

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva

**ENTREVISTA DE 15 MINUTOS: UMA
FERRAMENTA DE ABORDAGEM À FAMÍLIA NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO
2010**

Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva

**ENTREVISTA DE 15 MINUTOS: UMA
FERRAMENTA DE ABORDAGEM À FAMÍLIA NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da universidade de
São Paulo para a obtenção do título
de Mestre em Ciências

Área de Concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Regina Szyllit Bousso

SÃO PAULO

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVECIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:

Data: _____/_____/_____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro.

Entrevista de 15 minutos: uma ferramenta de abordagem à família no Programa Saúde da Família? / Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva. – São Paulo, 2010.

130 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Szylit Bousso.

1. Enfermagem da família (entrevista) 2. Saúde da família 3. Relações profissional-paciente 4. Pesquisa qualitativa I. Título.

Nome: Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva

Título: Entrevista de 15 minutos: uma ferramenta de abordagem à família no
Programa de saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*A Deus,
que mansamente me guia por águas tranquilas, veredas de justiça e, mesmo em vales
de sombras, me consola com sua presença. Agradeço-O por suprir minha casa com
vida, alegria e amor, de modo que nossa mesa está farta e nosso cálice transborda.
Por me acompanhar com sua bondade e misericórdia e permitir um lugar em sua
casa, eternamente.*

*A meu amado marido,
que prova mais uma vez a incondicionalidade e a constância de seu amor. Sem ele
não teria coragem de enfrentar esse desafio, nem mesmo motivação: é em seus olhos
que eu vejo onde juntos poderemos chegar. Sua fé e confiança são minha inspiração!*

*À minha princesa,
amada filhinha, que tanto a privei de minha presença nesse tempo, à quem eu devo
muitos passeios e brincadeiras – vou me dedicar a pagar essa dívida por toda vida.*

*A meus pais:
orgulho-me imensamente de ter testemunhado suas lutas e vitórias. Sigo os passos de
minha mãe com orgulho, na profissão e na vida. Sonho poder um dia ser sábia como
meu pai!*

Agradecimento Especial

À Profª. Drª. Regina Szylit Bousso,

que com sua paciência me conduziu nessa trajetória. Sempre me surpreendi com seu raciocínio rápido, sua tranquilidade – mesmo diante da minha ansiedade! Minha gratidão e meu carinho a ela, que além de compartilhar seu conhecimento e sua experiência, soube me guiar, para que não me desviasse desse objetivo: a busca de meus ideais humanos e profissionais.

*“Feliz aquele que transfere o que sabe e
aprende o que ensina !”*

(Cora Coralina)

Agradecimentos

*À Prof.^a Dr.^a Lucila Castanheira Nascimento,
pelas valiosas contribuições em meu Exame de Qualificação.*

*À Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo,
por compartilhar sua sabedoria durante as disciplinas e pelas contribuições preciosas
em meu Exame de Qualificação.*

*À todas as amigas integrantes do NIPPEL
Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Perdas e Luto, com as quais compartilhei as
emoções dessa trajetória.*

*À Prof.^a Dr.^a Georgina Lobato (tia querida),
pelo exemplo como estudiosa, produtora e divulgadora de conhecimento científico.*

*À Prof.^a Nilza Badim,
pela prontidão na assessoria e correção do texto em língua portuguesa – apesar de
sua incansável e inspiradora luta pessoal.*

*À Prof.^a Joana D'Arc Ribeiro Silva e Prof.^a Ana Paula Ferraz,
pela indicação e pelo profissionalismo na versão para a língua inglesa.*

*À Daniela Profitti,
uma amiga cuja amizade é pautada pelo cuidado (como boa enfermeira): sem seu
apoio, seu consolo, tranquilidade e sabedoria, tudo teria sido muito mais difícil.*

*À Leide e LÍlian,
que me apoiaram em momentos cruciais desse trabalho: tenho saudades, amigas.*

*À gerência da UBS Vila Dalva, aos amigos da Equipe Verde
e demais colegas de trabalho, que me apoiaram para a conclusão desse trabalho.*

*Aos enfermeiros participantes,
que aceitaram esse desafio tão prontamente, e com generosidade compartilharam
suas experiências, tornando possível esse trabalho.*

Silva MCLSR. Entrevista de 15 minutos: uma ferramenta para abordagem familiar no PSF. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Atualmente, já é consolidada a idéia de que as condições de saúde-doença dos membros da família e a família enquanto unidade influenciam-se mutuamente. A *Entrevista de 15 minutos* foi desenvolvida como uma forma condensada do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com famílias, objetivando contribuir para o estabelecimento de um relacionamento entre enfermeiro e família de modo que, mesmo em uma breve interação, possibilite intervenções que promovam saúde e alívio de sofrimento. O Programa/Estratégia Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 para reorganizar o Sistema Único de Saúde no Brasil, preconizando que a família e seu espaço social sejam eleitos como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Esse estudo objetivou conhecer a experiência de enfermeiros do Programa de Saúde da Família no uso da *Entrevista de 15 minutos* nas visitas domiciliares realizadas no período puerperal. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa que ocorreu em três etapas: Etapa 1 – treinamento dos participantes, Etapa 2 – utilização da *Entrevista de 15 minutos* pelos enfermeiros, Etapa 3 – entrevistas com os enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, totalizando oito participantes, e foram analisadas através de Análise Temática. Dois temas centrais foram evidenciados: VIVENDO O DESAFIO DE UMA NOVA EXPERIÊNCIA e AVALIANDO A EXPERIÊNCIA. Ao enfrentar o desafio de utilizar a *Entrevista de 15 minutos* em sua prática profissional o enfermeiro do PSF percebe o impacto positivo dessa nova ferramenta em seu relacionamento com as famílias atendidas, ampliando seu olhar sobre elas como uma unidade e aprofundando o vínculo entre família e profissional. Esse olhar ampliado contribui para uma avaliação mais precisa das necessidades e anseios da família, facilitando a implementação de novas intervenções, como o uso de elogios e orientações. Por outro lado, o profissional vivencia dificuldades ao construir os genogramas e ecomapas e também ao perceber que aquele momento não é adequado para a realização da entrevista com a família. Esse trabalho evidencia que a *Entrevista de 15 minutos* pode atuar como um contexto que facilita o aprofundamento das relações entre enfermeiros e famílias no PSF, o que aproxima a preconização da família como foco de atenção no atendimento à saúde da sua concretização.

Palavras-chave: enfermagem da família; saúde da família; relações profissional-família.

Silva MCLSR. The 15 minutes family interview: a tool for family approach in the Family Health Program [dissertation]. São Paulo (SP): School of Nursing of the University of São Paulo, 2010.

ABSTRACT

The idea that the conditions of health-illness of the members of a family influence one another mutually is widely known nowadays. The 15 minute family interview was developed as a condensed form of the Calgary Family Assessment and Intervention Models, aiming to contribute to the establishment of a therapeutic relationship between nurse and family and the implementation of interventions to promote health and the relief of suffering, even in a brief interaction. The Family Health Program (FHP) was implemented to reorganize the National Health System in Brazil, recommending that the family and their social space to be elected as the nucleus of approach in health care. This study investigated the experience of nurses from the Family Health Program in the use of the 15 minutes family interview on home visits in the postpartum. Thus, a qualitative study was conducted and took place in three stages: Stage 1 – Participants Training Program, Stage 2 – Utilization of the 15-minute family interview by participants and Stage 3 – Interviews with participants. The data were collected through semi-structured interviews with the nurses, a total of eight participants, and were analyzed using thematic analysis. Two main themes were highlighted: Living the challenge of a new practice and Evaluating the assignment. Facing the challenge of using the 15-minute family interview in his/her practice, the nurse realizes the positive impact of this new tool in his/her relationship with the families, broadening his/her view of them as a unit and deepening the bond with the families. This expanded view of the family contributes to a more accurate assessment of the family's needs and wishes, facilitating the implementation of new interventions, as the use of commendations and orientations. On the other hand, the professional also experiences difficulties in constructing genograms and ecomaps and when realizes that that moment is not suitable for the 15-minute family interview. This work shows that the 15-minute family interview can serve as a context that facilitates the deepening of relations between nurses and families in the FHP, which approximates the proposal of the family as the focus of attention in health care of its fulfillment.

Descriptors: family nursing; family health; professional-family relations

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Distribuição das referências bibliográficas obtidas nas bases de dados Pubmed e Lilacs, segundo as palavras chave selecionadas, Brasil – 2010 34
- Quadro 2** - Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com a base de dados, ano de publicação, autores, área de atuação e tipo de estudo, Brasil – 2010 36
- Quadro 3** - Caracterização dos sujeitos segundo tempo de formado, pós-graduação, tempo de experiência no PSF e tempo de experiência na atual equipe de PSF, Brasil – 2010 56

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1.1 DEFINIÇÕES E CONCEITOS DE FAMÍLIA | 17 |
| 1.2 SAÚDE DA FAMÍLIA | 19 |
| 1.3 A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA | 22 |
| 1.4 ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 26 |
| 1.5 A ABORDAGEM À FAMÍLIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 30 |
| 1.5.1 Revisão dos conceitos e práticas de abordagem à família nos documentos do PSF | 31 |
| 1.5.2 Revisão de Literatura | 33 |
| 1.6 ENFERMEIRAS E FAMÍLIAS NO PSF: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E PESQUISA..... | 43 |
| 2. OBJETIVO..... | 53 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 53 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 53 |
| 3 METODOLOGIA..... | 55 |
| 3.1 LOCAL DO ESTUDO | 55 |
| 3.2. PARTICIPANTES..... | 55 |
| 3.3 ETAPA 1: TREINAMENTO DOS PARTICIPANTES..... | 56 |
| 3.4 ETAPA 2: APLICAÇÃO DA ENTREVISTA DE 15 MINUTOS PELOS PARTICIPANTES..... | 58 |
| 3.5 ETAPA 3: ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES..... | 58 |

| | |
|------------------------------------|------------|
| 3.6 ANÁLISE DOS DADOS..... | 59 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS..... | 60 |
| 4 RESULTADOS | 62 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 90 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 107 |
| REFERÊNCIAS | 110 |
| ANEXOS..... | 121 |
| ANEXO 1..... | 121 |
| ANEXO 2..... | 124 |
| ANEXO 3..... | 125 |
| ANEXO 4..... | 128 |
| ANEXO 5..... | 130 |

Introdução



A Família (Tarsila do Amaral), 1925.

1 INTRODUÇÃO

Lembro-me de uma conversa entre colegas no quarto ano da faculdade, onde cada um comentava o que mais havia chamado sua atenção ao longo do curso de Enfermagem, e que área pretendiam seguir. Uma colega comentou que gostava do cuidado à mulher em sala de parto enquanto outra comentou que preferia os cuidados ao recém-nascido no berçário. Foi quando eu percebi por que gostava tanto da unidade de Alojamento Conjunto: meu maior prazer era cuidar da mãe com a criança. Foi quando decidi fazer meu estágio curricular em Alojamento Conjunto.

Assim, cuidar da família tornou-se meu modo de viver na enfermagem: nos primeiros meses de formada, trabalhando em unidade de adultos até finalmente ser transferida para a pediatria, onde encontrei um espaço para desenvolver minha prática com famílias: iniciei um grupo de pais na unidade de pediatria, onde podiam discutir seus medos, dúvidas, compartilhar experiências, fraquezas e forças.

Ao longo dos vários anos de trabalho, cursando a Especialização em Pediatria, agradei a Deus muitas vezes pelo privilégio de ter acertado na escolha da minha profissão: ser enfermeira é certamente uma das experiências mais transformadoras da minha vida, e isso por ter compartilhado com as famílias de quem cuidava, sua dor, seus medos, sua capacidade de superação, sua coragem, sua resiliência. Percebi que muitas vezes o desafio era grande de mais para suas forças: as famílias precisavam de apoio, de cuidado. Não só seu membro doente, não só o cuidador principal, mas cada um naquele grupo de pessoas que se relaciona, se apóia, esperando uns dos outros o recurso emocional, físico, financeiro e espiritual para superar os desafios da vida, da doença e também da saúde.

Comecei uma busca por conhecimentos que me capacitassem para este trabalho, que de modo algum me parecia uma prática adicional ao trabalho cotidiano da enfermagem e sim, parte de sua essência, tão fundamental quanto qualquer outro aspecto do cuidar. Assim fiz o curso de atualização “Família e doença: uma perspectiva de trabalho em

enfermagem”, ministrado pelas Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo e Prof.^a Dr.^a Regina Szylit Bouso, onde tomei conhecimento do desenvolvimento que a Enfermagem de Família vinha experimentando, e de saberes e práticas que vinham de encontro aos meus questionamentos e convicções. Também tomei conhecimento do livro *Enfermeiras e Famílias*, de Wright e Leahey (2002), que passou a ser uma referencia importante para minha prática.

Procurei praticar o que aprendi: ver a família como um sistema, onde cada ação sobre um membro afeta, de diferentes maneiras, os demais. Buscar conhecer a família, quem seus membros dizem que ela é, suas forças e fraquezas, as demandas de seu momento no ciclo vital familiar, além dos estressores próprios do momento de adoecer. Também procurei orientar, esclarecer e elogiar suas forças, que muitas vezes a própria família não vê.

Após 8 anos trabalhando no contexto hospitalar iniciei uma nova etapa na enfermagem, trabalhando em unidade básica de saúde (UBS). Minha expectativa era de poder finalmente manter o foco por mais tempo na família: agora de fato cada um dos seus membros são alvo de minha prática de trabalho. Logo percebi, porém, que as dificuldades em manter o foco na família também existem na atenção básica: atente-se a mulher, a criança, o adulto e o idoso, mas raramente estes são vistos como membros de um grupo familiar com demandas específicas, cujos relacionamentos internos e externos e a própria interação do grupo familiar com outros como a comunidade ou a UBS têm impacto direto nos modos de viver, de promover e proteger sua saúde e de cuidar (e de auto-cuidado) de cada um de seus membros. Não existe uma prática sistemática de atenção à família, e os profissionais não têm conhecimento de modelos que norteiem esta prática. O modelo biomédico, centrado na doença, predomina mesmo em situações onde o foco deveria ser a promoção da saúde (Denti, 2000; Resta, Motta, 2005; Ribeiro, 2004). Com os olhos na doença, o profissional tem dificuldade de ver o ser humano e suas relações.

Assim, no Mestrado em Enfermagem buscarei investigar e desenvolver esta interação tão plena de potenciais entre enfermeiras e famílias, investigando o uso do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção

em Famílias (Wright, Leahey, 2002) na Atenção Básica à Saúde, mais especificamente, no Programa de Saúde da Família.

1.1 DEFINIÇÕES E CONCEITOS DE FAMÍLIA

A família é a primeira instância que referencia e provê a proteção e a socialização dos indivíduos. Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela é o canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais (Carvalho, 2000). A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um “destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações”, de maneira que a vida doméstica e a vida comunitária não são isoladas (Vasconcelos, 1999a, p. 9). É na família que se desenvolvem estratégias de sobrevivência para o presente, constroem-se projetos futuros e avalia-se o passado (Vasconcelos, 1999a).

A família tem sido definida de várias maneiras, pelos diferentes campos de estudo como a sociologia, a psicologia e a terapia familiar. Friedman, Bowden e Jones (2003, p. 9) definem família como:

...um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que pode ou não estar relacionada a linhas de sangue ou legais, mas que funciona de modo a se considerarem família.

Elsen, Althoff e Manfrini (2001, p.93) definem família como:

...uma unidade dinâmica, com uma identidade que lhe é peculiar, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida.

Wright, Watson e Bell (1996) a definem como um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a

inclinação a participar da vida uns dos outros. Whight e Leahey (2002, p. 68) afirmam que a definição mais aplicável em seu trabalho clínico é “a família é quem seus membros dizem que são”.

A teoria geral dos sistemas, introduzida em 1936 por Von Bertalanffy, tem sido aplicada pelos profissionais de saúde à compreensão das famílias (Whight e Leheay, 2002). A família é vista como um sistema social aberto com fronteiras, mecanismos de auto-regulação, interagindo com sistemas maiores e subcomponentes (Friedman, Bowden, Jones, 2003). Whight e Leahey (2002) sintetizam os principais conceitos da teoria de sistemas familiares para a aplicação na enfermagem.

- Um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo e, por sua vez, é composto por muitos subsistemas.
- A família, como um todo, é maior que a soma de suas partes.
- A mudança em um membro da família afeta a todos na família.
- A família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade.
- Os componentes dos membros da família são mais bem compreendidos sob um ponto de vista de uma causalidade circular e não linear.

(p. 38-42)

Desta forma a família é considerada um sistema complexo, formada por subsistemas como o subsistema parental e o subsistema fraterno. Além disso, a família também é um subsistema de supra-sistemas como a comunidade e a sociedade como um todo. A interação entre cada subsistema produz tarefas, problemas e também pode constituir sistemas de suporte para a família (Minuchin, Fishman, 1981). A família funciona como um sistema vivo, no qual períodos de desequilíbrio se alternam com períodos de homeostase (Minuchin, Fishman, 1981).

Os profissionais de saúde reconhecem há séculos a importância da família no processo de cuidado à saúde (Burns, 2002), afinal, o cuidado à saúde sempre pertenceu ao espaço da família e o domicílio, anteriormente à institucionalização dos cuidados à saúde, configurava-se como o lócus das práticas de saúde (Antunes, Egry, 2001). Para a enfermagem, em especial,

a família sempre foi parte integrante da prática, afinal, originou-se nas casas dos pacientes, de modo que nada mais natural que se envolvesse com os membros da família e que prestasse serviços centrados na família (Wright, Leahey, 2002). Florence Nightingale já mencionava a importância da família e do ambiente domiciliar no cuidado de doentes, atenta às necessidades das famílias de militares em serviço (Friedman, Bowden, Jones, 2003).

Durante o período da industrialização, gradativamente, o cuidado à saúde foi transferido para o lócus hospitalar (Friedman, Bowden, Jones, 2003). Assim, as famílias foram excluídas não apenas do cuidado a membros doentes, mas também de eventos familiares importantes, como nascimento e morte (Wright, Leahey, 2002).

Com a progressiva institucionalização do cuidado à saúde e a crescente especialização dos profissionais médicos e enfermeiros, práticas de saúde da família caíram em desuso (Friedman, Bowden, Jones, 2003). Somente no final da década de 70 e início da década de 80 os profissionais de saúde começaram a desenvolver uma atenção sistemática à família, procurando a criação práticas que atendessem à saúde da família. Esse novo interesse em família resultou no desenvolvimento da medicina de família e comunidade, enfermagem familiar e terapia familiar (Burns, 2002).

1.2 SAÚDE DA FAMÍLIA

Hoje é amplamente conhecida a idéia que as condições de saúde-doença dos membros da família e esta como unidade influenciam-se mutuamente (Friedman, Bowden, Jones, 2003). Sabe-se que tanto existe o impacto da doença de um membro da família sobre o sistema familiar como o impacto do funcionamento do sistema familiar sobre a saúde de seus membros. Assim, saúde da família é um conceito que difere da saúde dos membros da família, da mesma forma que a família enquanto sistema é maior que a soma de suas partes. Entretanto, o termo saúde da família é usado muitas vezes com o significado de práticas de saúde que se dirigem a cada membro da família, individualmente (Friedman, Bowden, Jones, 2003).

Como exemplo pode-se citar o Programa de Saúde da Família, que vem se caracterizando pelo atendimento da saúde da mulher, do adulto, do idoso, da criança, com práticas de promoção e vigilância à saúde, sem, entretanto, ter como foco a família como uma unidade.

Existem múltiplas definições de saúde da família e família saudável, entre elas a que define famílias saudáveis como resilientes e com um senso de equilíbrio entre a coesão e a adaptabilidade, facilitado por uma boa comunicação (Denhan, 1999). Para a terapia familiar a ênfase está no bom funcionamento familiar e para uma perspectiva de desenvolvimento da família, as famílias saudáveis se caracterizam por completar as tarefas de desenvolvimento nos períodos apropriados. Para a sociologia as famílias saudáveis respondem às necessidades de todos os seus membros, lidando efetivamente com as transições da vida e problemas, sendo flexíveis e igualitárias na distribuição de poder, experimentando a interação regular entre seus membros e a comunidade, manifestando um estilo de vida promotor de saúde (Denhan, 1999).

A saúde da família pode também ser compreendida como um estado holístico, que se refere ao complexo processo de solucionar e negociar eventos e crises familiares diários e a provisão de qualidade de vida para seus membros. Este processo inclui os aspectos biológicos, físicos, psicossociais, espirituais, culturais e interpessoais da família, além de habilidades na negociação e solução de problemas, ambientes saudáveis, lazer, sexualidade e estabelecimento de rotinas saudáveis. Assim, a saúde da família é mais do que a ausência de doença em um de seus membros ou a ausência de disfunção na dinâmica familiar. É um estado de bem estar familiar (Bomar, 2004).

Elsen, Althoff e Manfrini (2001) definem família saudável como:

uma unidade que se auto-estima positivamente, onde seus membros convivem e se percebem mutuamente como família, tendo uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, a saúde e o bem estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade, exteriorizados por amor e carinho, seus membros têm liberdade de expor sentimentos e dúvidas. A família saudável compartilha crenças, valores, conhecimentos e

práticas, aceita a individualidade de seus membros, conhece e usufrui de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. Além disso, atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. A família e seus membros desenvolvem-se com as experiências, construindo sua história de vida (p. 93).

Bustamente-Edquén e Santos (2004) afirmam que o funcionamento familiar como um sistema fechado em termos de comunicação, não trocando energias com outros sistemas, pode influenciar negativamente a saúde de seus membros, que terão problemas para iniciar relações com outras pessoas não pertencentes ao círculo familiar. Ao mesmo tempo, famílias saudáveis que dão apoio a seus membros e que são flexíveis às mudanças no seu funcionamento para atender a suas necessidades, permitem que o indivíduo doente, por exemplo, mantenha a aderência a um tratamento, possibilitando sua reabilitação ou recuperação da saúde.

Desse modo, a promoção da saúde da família inclui a promoção da saúde dos membros da família e do próprio sistema familiar (Friedman, Bowden, Jones, 2003). A promoção de saúde da família pode ser entendida como o processo pelo qual as famílias trabalham para manter o bem estar físico, social, emocional e espiritual da unidade familiar e de seus membros (Ford-Gilboe, 2002; Bomar, 2004).

Assim, o papel da enfermeira é empoderar as famílias e aumentar sua capacidade de alcançar seu maior potencial de saúde, de modo que possam exercer seu papel na tomada de decisões de promoção e proteção à saúde, e ajuda-la na definição de suas forças e áreas de preocupação (Bomar, 2004). Para a mesma autora, uma abordagem de empoderamento assume que a família pode e será um agente de mudança, sendo considerada como “expert” em sua própria saúde. Elsen, Althoff e Manfrini (2001) também afirmam que a Enfermagem deve reconhecer a família “como sujeito de seu processo de viver e se cuidar, com direitos e responsabilidades” (p. 94).

1.3 A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (Rocha, Almeida, 2000). O setor saúde hoje tem que responder a uma pluralidade de necessidades, desde a demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade até a atuação nos espaços aonde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável.

Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não responde de forma plena às necessidades de saúde, pois estas se estendem a todos os aspectos de vida do ser humano, considerado em sua integralidade, suas relações sociais, trabalho e projetos futuros. Assim, um novo modelo assistencial vem se delineando tendo por foco de atenção a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos (Rocha, Almeida, 2000).

A enfermagem, ao considerar seu objeto de cuidado de forma integral, tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados da saúde (Wright, Leahey, 2002). Wright e Leahey (2002) afirmam que a evidência teórica e prática do significado que a família dá para o bem estar e a saúde de seus membros bem como sua influência sobre o processo saúde-doença obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Bomar (2004) afirma que o processo de aumentar a capacidade das famílias em promover saúde é uma responsabilidade fundamental da enfermagem.

Apesar da família ser uma preocupação da enfermagem por séculos, a enfermagem de família se desenvolveu a partir da década de 70 (Bomar, 2004) e vem evoluindo um crescente movimento de se recriar e redescobrir como a família pode ser abordada na prática de enfermagem (Bouso, 1999). Também o relacionamento entre enfermeiras e famílias tem sido investigado em vários contextos diferentes, como oncologia, cuidados

domiciliares, atendimento de emergências, cuidados intensivos e pediatria (Benzein et al, 2008; Beal, Quinn, 2002; Holden, Harrison, Johnson, 2002; Knott, Kee, 2005, Lacerda, Oliniski, 2005; Moore et al, 2005.). Entretanto, Benzein et al identificaram em sua revisão de literatura que, apesar das enfermeiras afirmarem que as famílias são consideradas importantes em seu trabalho esta crença não é evidenciada na sua prática.

A enfermagem vê o cuidado à família como um desafio porque os profissionais ainda têm dúvidas a respeito de se o cuidar da família é o mesmo que o cuidar de um grupo e se ao atender os diferentes membros que compõe uma família também se está atendendo o sistema familiar. Nesse sentido indagam-se se os métodos e as técnicas desenvolvidos para o atendimento individual são apropriados para atender a organização familiar (Bustamente-Edquén, Santos, 2004).

Assim a enfermagem de família é antiga, ao mesmo tempo em que é uma nova especialidade que incorpora teorias, conceitos e intervenções de outras especialidades dentro e fora da enfermagem (Bomar, 2004). A autora afirma que as raízes desta nova especialidade estão na enfermagem de comunidade, na enfermagem materno-infantil, na enfermagem de saúde pública e na saúde mental. Também afirma que a enfermagem de família se fundamenta nos modelos de enfermagem, nas teorias de família das ciências sociais e nas teorias da terapia familiar. Define enfermagem de família como as ações de enfermagem dirigidas à melhorar a qualidade da vida da família através do seu fortalecimento e do desenvolvimento de um relacionamento colaborativo entre profissionais e família, de modo a desenvolver a sua capacidade em obter maiores níveis de bem estar.

Para Friedeman, Bowden e Jones (2003) a enfermagem da família é praticada em três níveis. No primeiro, a família é considerada o contexto para o cuidado do indivíduo, um estressor ou um recurso para o paciente a ser cuidado. No segundo nível a família é vista como uma soma de seus membros. Deste modo, quando o cuidado é disponibilizado para todos os membros da família, é considerado uma prática de enfermagem familiar. No último nível, a família é considerada o cliente e o foco de avaliação e cuidado. A família é vista como um sistema interacional, e o foco da

assistência é a dinâmica familiar e suas relações, sua estrutura, assim como sua interdependência entre os seus subsistemas e sistemas maiores onde a família esteja inserida (serviço de saúde e comunidade).

As conexões entre saúde, doença, os indivíduos e sua família são analisados e incorporados neste terceiro nível de enfermagem familiar. É uma prática que se baseia no paradigma sistêmico, envolvendo conceitos próprios da teoria de sistemas familiares. Wright e Leahey (2002) se referem à prática clínica de avaliação e intervenção em famílias baseada em uma integração de enfermagem de família e a teoria de sistemas familiares como enfermagem de sistemas familiares.

As mesmas autoras discutem se a prática de enfermagem de sistemas familiares compete à enfermeira generalista ou não. Afirmam que esta prática demanda conhecimentos e treinamento avançado, de maneira que, geralmente, na prática de enfermagem com famílias pela enfermeira generalista predomina a utilização do conceito de família como contexto. A prática de enfermagem dos sistemas familiares requer que “o enfoque seja sempre sobre a interação e a reciprocidade”, não existindo “ou/ou”, mas “tanto/quanto” (Wright, Leahey, 2002. p. 27), concentrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais.

Bomar (2004) afirma que a enfermagem, em sua prática com famílias, pode e deve adaptar o foco de sua atuação dependendo da situação, de modo que, quando um problema atinge todo o sistema familiar, o foco da avaliação, empoderamento, interação e intervenção deve ser todo o sistema familiar. Como exemplos podemos citar o nascimento de uma criança, que traz demandas de aprendizagem de cuidado de crianças, readaptação de papéis, reorganização das rotinas, negociação de tarefas, e os cuidados com portadores de doenças crônicas, que também envolvem a negociação de tarefas, e a readaptação de papéis. Assim, a enfermagem de família acontece em todos os contextos onde enfermeiras encontram famílias, e cabe à enfermeira avaliar para cada caso se o cliente é o indivíduo ou a família, como foco ou como contexto (Bomar, 2004).

Wright e Leahey (2002) apresentam o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na família. Este modelo propõe uma estrutura multidimensional

de avaliação de família que consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Também traz uma estrutura organizada de intervenção em famílias para a conceitualização do relacionamento entre famílias e enfermeiras, que ajuda a efetuar mudanças e promover saúde. De maneira específica, o modelo destaca o relacionamento família-enfermeira, enfocando a intersecção entre o funcionamento dos membros da família e intervenções oferecidas pela enfermeira.

As autoras também trazem um capítulo onde apresentam uma versão que contempla os elementos essenciais do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção de Famílias, focalizando alguns dos elementos críticos mais importantes deste modelo: *Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*. Apresentam estratégias para a realização de entrevistas com famílias, em 15 minutos ou menos, de maneira a permitir uma avaliação da família e o desenvolvimento de uma conversação terapêutica, possibilitando a promoção de saúde da família e o alívio do sofrimento. As autoras afirmam que esta entrevista pode ser praticada por todas as enfermeiras, desde que primeiramente alterem suas crenças no que se refere ao envolvimento de famílias nos cuidados de saúde.

As autoras afirmam que quando as enfermeiras não incluem a família em sua prática existem geralmente algumas crenças que fundamentam esta atitude: se conversarem com famílias não terão tempo para suas outras atividades, estarão abrindo espaço para demandas com as quais não saberão lidar, o tempo reduzido que dispõe para as famílias não é suficiente para ajudá-las e que as famílias farão perguntas para as quais não têm resposta. Estas crenças restritivas podem ser transformadas à partir do momento que as enfermeiras compreendem que “a doença é assunto de família” (Wright, Leahey, 2002. p. 260). As enfermeiras teriam então grande interesse pelo conhecimento de como envolver e assistir os membros das famílias na prática de atenção á saúde.

1.4 ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado para a doença, que fragmenta o indivíduo e o separa de seu contexto e valores socioculturais (Brasil, 2000a). No modelo biomédico de atenção à saúde (centrado na doença), o atendimento a uma família se dá em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, raramente sendo vista como um grupo de pessoas que necessita de avaliação e intervenção (Moura, Kantorski, Galera, 2006). Assim, privilegia-se o atendimento individualizado de seus membros, perdendo sua integralidade, de maneira que

seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas relações com os demais membros da família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos (Brasil, 2000a, p. 9).

O papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la (Brasil, 2000b).

A priorização do cuidado da família como forma de integração e dinamização das diversas políticas sociais ganhou força nas últimas três décadas em todo o mundo (Vasconcelos, 1999a).

A Medicina de Família e a Enfermagem de Família e Comunidade são movimentos de cuidados primários que ganharam força na década de 60 (Paim, 1986; Roberts, Heinrich, 1985). Em 1963 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento sobre a formação do médico de família (Vasconcelos, 1999b), decorrente da crescente preocupação com a superespecialização do trabalho médico e suas conseqüências: altos custos financeiros e deterioração da relação humana com os pacientes. Em 1969 a medicina familiar foi reconhecida como especialidade médica nos Estados

Unidos e ao longo da década de 70 o movimento espalhou-se com intensidade pelo Canadá, México e alguns países europeus (Paim, 1986).

Em 1974 a OMS publica um documento encorajando todos os membros signatários a envolver enfermeiras como provedoras de cuidados básicos à saúde na atenção primária (Roberts, Heinrich, 1985). Já em 1984 a OMS declara que as enfermeiras estavam prontas para tornarem-se agentes de mudança na atenção primária à saúde, necessitando ainda uma reorientação curricular de modo a focar as necessidades sociais e de saúde da sociedade, estreitando os laços entre as escolas de enfermagem e os serviços de saúde na comunidade, incluindo enfermeiras na liderança, gerência e planejamento de estratégias de atenção primária à saúde (Roberts, Heinrich, 1985). Todo este movimento buscava uma superação das práticas tradicionais, contra a tendência à hospitalização, à complexidade tecnológica e a fragmentação da atenção à saúde, para uma prática voltada a todos os membros da família (Vasconcelos, 1999b).

Neste período assistia-se a uma progressiva valorização da atenção primária à saúde, como estratégia de reorganização do setor. A Conferência da Unicef e da OMS sobre Atenção Primária à Saúde em 1978, realizada em Alma-Ata, URSS, foi um marco político desta tendência (Rosa, Labate, 2005), com a proposta da atenção primária à saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. O enfoque foi a prioridade à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fosse não somente clínicos, mas com a percepção necessária para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (Rosa, Labate, 2005).

A priorização da família na agenda das políticas sociais foi enfatizada internacionalmente a partir de 1994, com a proclamação deste como O Ano Internacional da Família pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2008). Os objetivos desta proclamação foram estimular no nível local, nacional e internacional ações que visassem a conscientização sobre questões de família entre governos e setores privados, ressaltando sua importância e aumentando a compreensão sobre suas funções e problemas, promovendo

o conhecimento dos processos econômicos, sociais e demográficos que afetam as famílias e seus membros, trazendo o foco da atenção para seus direitos e responsabilidades. A ONU define família como a unidade básica da sociedade, que pode assumir formas e funções diversas em cada cultura.

No Brasil, durante os anos 70, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa (Rosa, Labate, 2005), enquanto diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro eram trazidas para o debate político (Vasconcelos, 1999b). Um destes debates envolvia a questão sobre que modelo de atenção primária à saúde deveria ser expandido como forma de reorganização da atenção à saúde no Brasil (Vasconcelos, 1999b). Entre os modelos discutidos existia a proposta do médico de família, que não prevaleceu, porém, nas discussões naquele momento, tendo sido privilegiado o modelo que ampliava a atenção básica nos moldes do atendimento tradicional, com a participação de especialistas em pediatria, clínica médica, ginecologia-obstetrícia e odontologia (Vasconcelos, 1999b). A rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, logo passou a ser assessoria e desqualificada (Brasil, 2000b). Com isso, perdeu seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão. Afirma o informe técnico do Departamento de Atenção Básica de 2000: “O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada” (p. 316).

Em 1986 o movimento de reforma sanitária tem um momento que configura-se como marco histórico: a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propunha a reforma administrativa da atenção à saúde, com a unificação das instituições e serviços em um único Ministério da Saúde, responsável pela gestão da atenção à saúde em todo território nacional (Rosa, Labate, 2005). Em 1988, é promulgada a nova Constituição brasileira, que definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com a definição da atenção básica como porta de entrada (Viana, Dal Poz, 1998).

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema família. A preocupação com o crescimento da violência e a consolidação do conceito de famílias de risco produziu uma pauta para a discussão mais ampla dos problemas familiares (Ribeiro, 2004).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é concebido em dezembro de 1993 e o primeiro documento deste, data de setembro de 1994 (Viana, Dal Poz, 1998). Entre os fatores mais importantes que levaram à concepção do Programa estão: o sucesso do Programa de Agentes Comunitários (PACS) no Ceará, não só em resultados, como também no desenvolvimento de novas práticas e novas abordagens profissionais (a supervisão dos agentes comunitários por de enfermeiras); a experiência do Programa Médico de Família (de Niterói) e a implantação do Comunidade Solidária (Viana, Dal Poz, 1998). Estes programas introduziam uma visão ativa da intervenção à saúde, de não esperar a demanda chegar para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se assim, um instrumento real de reorganização da demanda.

O PSF foi desenvolvido como uma estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e implantação de seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade (Brasil, 1997). Priorizando ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. Assim esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade mais facilmente (Brasil, 1997).

As principais atribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF) são:

Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e

situações de risco aos quais sua população está exposta; elaborar com a participação da comunidade um plano para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referencia e contra-referencia, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (Brasil, 1997, p.14).

O Ministério da Saúde ainda afirma que o PSF “elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de comprometimento e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p.7). Neste mesmo documento o MS preconiza que, para atingir este objetivo, o PSF considere a família como o espaço básico da sua abordagem.

Qual o conceito de família, entretanto, a que o PSF se refere? Sabemos que existem diversos conceitos de família, e que esta se apresenta como um universo múltiplo e variado, cuja complexidade permite inúmeros olhares e reflexões. Esta variedade é ainda mais evidente na família pós-moderna, onde o modelo da classe média, que antes dominava, já não ser visto como único e nem aplicável a todas as realidades socioculturais (Chasan, 2004).

1.5 A ABORDAGEM À FAMÍLIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Como já foi mencionado, o Programa de Saúde da Família preconiza que a família e o seu espaço social sejam eleitos como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (Brasil, 1997). Quem é esta família, entretanto, a que o PSF se refere? Como ela deve ser abordada? Com o objetivo de identificar o conceito de família e as práticas de abordagem à família do PSF foi realizada uma revisão de literatura em duas etapas: a primeira nos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o Programa / Estratégia de Saúde da Família e a segunda, na literatura científica.

1.5.1 Revisão dos conceitos e práticas de abordagem à família nos documentos do PSF

Foram analisados três documentos oficiais, selecionados na base de dados “Biblioteca do Ministério da Saúde”, por abordarem as principais diretrizes do PSF:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Treinamento introdutório. Brasília; 2000 (c).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

No *Guia prático do Programa de Saúde da Família* (Brasil, 2001) afirma-se que a família é o objeto de atenção da ESF, sendo também participante do cuidado à saúde. Também refere-se à família como alvo da vigilância à saúde e do planejamento da assistência, além de contexto do cuidado ao indivíduo. Afirma-se que a proximidade com a família torna o profissional mais humano, sendo necessário conhecer bem os integrantes e a situação social das famílias para a identificação de demandas de assistência. Em vários momentos são descritos problemas sociais envolvendo as famílias.

No *Caderno de Atenção Básica: Treinamento Introdutório* (Brasil, 2000c), afirma-se que o enfoque na saúde da família é uma estratégia de reorganização da atenção básica, exigindo um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade. Para a implantação desta estratégia o documento afirma que se faz necessário o estabelecimento de novas relações entre os profissionais e suas famílias e comunidades. O documento apresenta uma proposta de tópicos a serem abordados no treinamento introdutório para

profissionais de PSF. No que se refere à família, o documento recomenda que sejam identificados e discutidos os seguintes aspectos em relação à família: conceito, funções, tipos, papel na comunidade e influencia no processo saúde-doença.

No texto *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* (Brasil, 1997) afirma-se que a família é o objeto de atenção precípua do PSF, sendo o núcleo básico da atenção à saúde. É descrito o número de famílias que deverão ser atendidas por cada ESF e os aspectos a serem observados durante o cadastro das famílias: componentes familiares, morbidades referidas, condições de moradia, saneamento e condições ambientais. Afirma-se que uma das atribuições das ESF é conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. É reforçado o papel dos ACS na identificação de indivíduos e famílias de risco, juntamente com a ESF. A relação do médico com a família deve ser de confiança, como parte do processo terapêutico. O documento descreve as famílias como sendo compostas “do recém-nascido até o idoso” (p. 31), devendo ser acompanhadas, orientadas e monitoradas em sua situação de saúde.

Em todos esses documentos podemos constatar que não é apresentado um conceito de família. As ações envolvendo a família apresentadas são de orientação e vigilância à saúde. Não são especificadas ações para o atendimento das necessidades da família enquanto sistema ou unidade de cuidado. Os documentos reforçam a necessidade da criação de vínculos entre a equipe profissional e as famílias e comunidades, procurando o estabelecimento de relações mais humanas. Porém, quando propõe estratégias de ação elas são voltadas para grupos específicos como a gestante, a criança menor de cinco anos, hipertensos e diabéticos.

Nas orientações para o treinamento introdutório o documento recomenda que o conceito e as funções da família sejam discutidas com os participantes, mas não apresenta estes conceitos e funções. O documento reconhece a influencia da família no processo saúde-doença, mas não descreve esta influencia.

Assim apesar de o PSF ter um caráter bastante prescritivo, não se encontram nos documentos oficiais orientações sobre como conduzir a ação profissional frente a questões levantadas sobre a dinâmica familiar, permitindo que a família permaneça apenas como um rótulo para a Estratégia (Denti, 2000; Ribeiro, 2004).

1.5.2 Revisão de Literatura

Procurando conhecer o que vem sendo publicado em relação a abordagem à família no PSF, elaborou-se uma revisão de literatura que abordou o tema nos últimos dez anos. Para operacionalizar esta revisão seguiram-se os seguintes passos: a identificação do problema (definindo claramente o propósito da revisão), a busca da literatura (com metodologia sistemática, com a delimitação de palavras chave, bases de dados e aplicação dos critérios definidos para a seleção dos artigos) e avaliação e análise dos dados obtidos (Whittemore, Knafl, 2005; Smith, Stullenbarger, 1991; Kikevold, 1996). Em cada artigo procurou-se os aspectos que respondiam a pergunta central: “como se dá a abordagem à família no PSF?”.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: apresentar nos resultados e/ou na discussão considerações sobre a abordagem à família no PSF, pesquisas em português, inglês e espanhol, publicadas nos últimos dez anos, indexadas nas bases de dados Lilacs e Pubmed. Foram utilizadas as seguintes palavras chave: Enfermagem Familiar (Family Nursing), PSF, Saúde da Família (Family Health), Medicina de Família e Comunidade (Family Practice), Relação profissional-família (Professional-Family Relations), Promoção da Saúde (Health Promotion) e Cuidados de Enfermagem (Nursing Care). Deve-se esclarecer que foram utilizadas palavras chave consideradas descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*). O termo PSF não é considerado descritor no Pubmed.

Para a seleção das publicações a pesquisadora leu exaustivamente cada título e resumo, e no caso de haver dúvidas sobre a adequação do artigo, o mesmo foi lido na íntegra.

A seguir são apresentadas quadros com as etapas seguidas para a localização dos artigos:

Quadro 1 – Distribuição das referencias bibliográficas obtidas nas bases de dados Pubmed e Lilacs, segundo as palavras chave selecionadas, Brasil – 2010

| Base de Dados | Palavras- Chave cruzadas concomitantemente | Referências obtidas | Referências selecionadas | Referências selecionadas após a leitura na íntegra | Textos novos |
|---|---|---------------------|--------------------------|--|--------------|
| Lilacs | Enfermagem familiar / PSF | 9 | 2 | 1 | 1 |
| | Saúde da Família/ Enfermagem familiar | 32 | 8 | 3 | 2 |
| | Saúde da Família / PSF | 77 | 9 | 3 | 2 |
| | Relação profissional-família / PSF | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Relação profissional-família / Saúde da Família | 36 | 0 | 0 | 0 |
| | Medicina de Família e comunidade / PSF | 10 | 1 | 1 | 1 |
| | PSF / Promoção da saúde | 41 | 1 | 1 | 1 |
| | Promoção da Saúde / Saúde da família | 95 | 2 | 0 | 0 |
| | Cuidados de enfermagem / PSF | 5 | 1 | 1 | 1 |
| | Cuidados de enfermagem / Saúde da família | 40 | 1 | 0 | 0 |
| Medicina de família e comunidade / Saúde da família | 36 | 0 | 0 | 0 | |
| Pubmed | Family Health / Family Nursing | 63 | 5 | 3 | 1 |
| | Professional-Family Relations / Family Health | 125 | 0 | 0 | 0 |
| | Family Practice / Family Health | 53 | 0 | 0 | 0 |
| | Health Promotion / Family Health | 143 | 1 | 1 | 1 |
| | Family Health / Nursing Care | 193 | 2 | 0 | 0 |

No primeiro cruzamento de palavras chave na base de dados Lilacs (Enfermagem Familiar/ PSF) foram encontrados 9 artigos, mas apenas 1 se referia ao tema investigado. No segundo cruzamento (Saúde da família/ Enfermagem familiar) foram encontrados 32 textos e inicialmente, 8 foram selecionados. Após a leitura na íntegra, porém, apenas 3 foram considerados pertinentes e destes, um se repetia do cruzamento anterior. Na terceira vez foram utilizadas as palavras-chave: Saúde da Família / Programa Saúde da Família, sendo encontrados 77 artigos, selecionados 9 e após a leitura na íntegra dos textos selecionados, estes se reduziram para 3, sendo 1 repetido do cruzamento anterior. Utilizando as palavras chave: Relação profissional-família / PSF e Relação profissional-família / Saúde da Família, surgiram 1 e 36 textos respectivamente, porém em ambos os cruzamentos não surgiram textos considerados pertinentes segundo os critérios estabelecidos. No cruzamento de Medicina de família e comunidade / PSF surgiram 10 textos, que após a leitura dos resumos se reduziram para 1 texto selecionado. Utilizando as palavras-chave: Medicina de família e comunidade / Saúde da família surgiram 36 textos, mas mais uma vez nenhum foi considerado pertinente. Na busca utilizando o cruzamento entre os descritores Promoção da saúde e PSF surgiram 41 textos, dentre os quais um foi selecionado, mas alterando os descritores para Promoção da saúde e saúde da família, nenhum texto relevante foi encontrado. Utilizando os descritores Cuidados de enfermagem e PSF foi identificado um texto relevante, mas mais uma vez ao substituir o descritor PSF por Saúde da família, não surgiu nenhum texto para a seleção.

Na base de dados Pubmed foram realizados os mesmos cruzamentos, com exceção dos que continham o termo Programa de Saúde da Família (PSF é considerado sinônimo), pois o termo não é considerado descritor nesta base de dados. As únicas buscas que resultaram em textos que contemplavam os requisitos estabelecidos foi Family Health / Family Nursing, onde surgiram 63 textos, sendo selecionados inicialmente 5 e após a leitura na íntegra, 3, sendo que destes 2 já haviam sido selecionados em buscas anteriores e Health Promotion / Family Health, onde surgiu mais um

texto selecionado. As demais buscas (Professional-Family Relations / Family Health, Family Practice / Family Health e Family Health / Nursing Care) não resultaram em textos relevantes para o estudo.

Concluindo a seleção dos textos desta revisão foram obtidos 10 artigos que contêm em sua discussão aspectos que respondem à questão “Como se dá a abordagem à família no PSF?”, contemplando também aos critérios previamente estabelecidos.

A listagem dos artigos incluídos nesta revisão se encontra no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com a base de dados, ano de publicação, autores, área de atuação e tipo de estudo, Brasil – 2010

| Ano | Autor | Área de Atuação | Base de Dados | Tipo de estudo |
|-------|---|-----------------|-------------------|-----------------------------|
| 2007a | Oliveira RG, Marcon SS | Enfermagem | Lilacs/ Pubmed | Exploratório-descritivo |
| 2007b | Oliveira RG, Marcon SS | Enfermagem | Lilacs/ Pubmed | Exploratório-descritivo |
| 2006 | Ermel RC, Fracolli LA | Enfermagem | Lilacs | Exploratório-descritivo |
| 2006 | Machado TCM, Ueji JY, Pinheiro JCF, Marin MJS | Enfermagem | Lilacs | Estudo de Caso |
| 2006 | Moura LS, Kantorski LP, Galera SAF | Enfermagem | Lilacs/ Pubmed | Estudo de Caso |
| 2005 | Viegas SMF, Soares SM | Enfermagem | Lilacs | Estudo etnográfico |
| 2005 | Rosa WAG, Labate RC | Enfermagem | Pubmed | Estudo descritivo-reflexivo |
| 2005 | Resta DG, Motta MGC | Enfermagem | Lilacs | Reflexão teórica |
| 2004 | Ribeiro EM | Enfermagem | Lilacs | Revisão de literatura |
| 2000 | Denti IA | Enfermagem | Lilacs | Reflexão teórica |

Todas as publicações selecionadas são dos últimos 8 anos, sendo a maioria dos últimos 4 anos. Essa produção recente de trabalhos reflete o momento que o PSF está: após os anos iniciais de implantação e consolidação do trabalho, inicia-se um processo de produção de conhecimento.

Todos os dez artigos selecionados foram produzidos por pesquisadores da enfermagem. Para a Enfermagem brasileira a preocupação de incluir a família como objeto de assistência e pesquisa iniciou-se bem antes do PSF, na década de 80, principalmente na disciplina Materno-Infantil. Datam deste período os primeiros estudos publicados no Brasil (Ângelo, 1983; Costa et al, 1986; Bousso, 1987) e um lento processo de mudança, ainda em curso, no enfoque da assistência de enfermagem (Oliveira, Marcon, 2007a).

Dos autores dos artigos selecionados 9 são do Estado de São Paulo, 3 de Santa Catarina, 2 do Rio Grande do Sul, 2 do Paraná e 2 de Minas Gerais. É interessante notar que, mesmo tendo o PSF nascido no Nordeste, os trabalhos que investigam a relação entre os profissionais e as famílias se concentram no Sul e Sudeste. No Sul, especialmente, têm se desenvolvido trabalhos investigativos sobre a relação do PSF e as famílias atendidas.

Dos dez artigos selecionados, sete investigaram especificamente o trabalho do PSF com famílias. Dois outros investigaram as práticas de enfermeiras no PSF e outro o papel do PSF na mudança do modelo assistencial no Brasil e foram incluídos na seleção por conterem uma discussão sobre algum aspecto do trabalho com famílias no PSF.

É importante notar que, dos estudos que investigaram especificamente o trabalho dos profissionais de PSF com famílias apenas dois artigos (que são fruto de um mesmo trabalho) apresentam resultados de uma investigação exploratório-descritiva. Os outros cinco trabalhos são estudos de caso (2 trabalhos), uma revisão de literatura sobre a inclusão das famílias como foco de atenção nas políticas públicas (em especial no PSF) e dois artigos de reflexão teórica que discutiram a inserção da família como foco da atenção para o PSF. Faltam estudos sobre o trabalho dos

profissionais de PSF com famílias, de modo a evidenciar como este trabalho se dá na prática cotidiana destes profissionais. Entretanto, a própria falta de investigação sobre o tema já evidencia o pouco interesse que este desperta nos profissionais e na academia.

Nos artigos selecionados foi possível identificar 6 temas principais que discutiam o cuidado de famílias no PSF: **1- a abordagem da família nos documentos norteadores do PSF, 2- o perfil e o preparo profissional necessário para o trabalho com famílias, 3- o despreparo do profissional, 4- a prática da abordagem à família no PSF, 5- a formação e capacitação dos profissionais para atuarem com as famílias, e 6- o potencial do PSF em desenvolver um trabalho com famílias.**

Primeiramente, os autores afirmam que devido à indefinição sobre **a abordagem de família e do próprio conceito de família nos documentos norteadores do PSF** desde sua implantação (Denti, 2000; Ribeiro, 2004), a estratégia tem reiterado o modelo de atenção individualizado e centrado na demanda espontânea, sem considerar o contexto social e familiar da pessoa no cuidado à saúde (Machado, Ueji, Pinheiro, Marin, 2006). Assim, apesar dos documentos afirmarem que o PSF surge embasado principalmente na temática da família como foco de sua ação, em busca da reorientação de um modelo de saúde pautado na construção coletiva, ainda existem fragilidades na implementação deste novo modelo (Resta, Motta, 2005). A análise sobre o conteúdo de três destes documentos neste estudo também evidenciou esta questão claramente: o trabalho com famílias é uma proposta geral da Estratégia/Programa Saúde da Família, sem, no entanto ser especificada na forma de orientações para esta abordagem, definição de instrumentos para a avaliação e intervenção em famílias e preparo dos profissionais para esta nova prática assistencial.

Os autores discutem como deveria ser o **perfil e o preparo dos profissionais para o trabalho com famílias**. Oliveira e Marcon (2007b) afirmam que o programa prevê que o profissional tenha compreensão dos aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e

epidemiológicas, requerendo do mesmo uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis. Viega e Soares (2005) afirmam que, para tanto, os profissionais devem privilegiar ações que propiciem a relação terapêutica com o usuário do serviço de saúde. Estas ações devem visar a adoção de condutas que apoiem a família, fortalecendo-a (Machado, Ueji, Pinheiro, Marin, 2006). Para a concretização da proposta do PSF existe ainda a necessidade dos profissionais incorporarem em sua prática discussões acerca da família, da necessidade de se planejar as atividades em saúde com base nas suas experiências, nos contextos de vida dos sujeitos e nos saberes da família (Resta, Motta, 2005). Além disso, o profissional deve fundamentar sua prática no processo de cuidar da família em um referencial teórico claro, sendo competente para acessar e intervir com as famílias em um relacionamento cooperativo, estando apto para ingressar no mundo da família (Moura, Kantorski, Galera, 2006; Resta, Motta, 2005).

A realidade, porém, ainda é muito diferente do que se espera. Em relação ao **despreparo profissional** evidenciado na prática do PSF Resta e Motta (2005) discutem que o modelo hegemônico, biomédico, ainda tem forte influência na formação dos profissionais de saúde, limitando sua percepção do objeto de assistência ao indivíduo. Oliveira e Marcon (2007a) chegam a afirmar que existe uma carência no mercado de trabalho de profissionais qualificados e com perfil para trabalhar neste novo modelo de assistência, visto que “nem a formação profissional e nem a capacitação dos profissionais têm respondido pela diminuição desta defasagem”. No mesmo texto as autoras também apresentam que, em sua pesquisa, apesar da maioria das profissionais entrevistadas terem participado do treinamento introdutório do PSF, apenas 15% afirmaram que o treinamento abordou questões relativas à família. Afirmam as autoras que

“a escassez de conteúdos voltados para a família e a ênfase em conteúdos técnicos voltados para a doença leva a considerar que o modelo assistencial/individual/uniprofissional, ainda predomina nos serviços de saúde, o que dificulta a efetivação dos princípios do PSF” (p. 68).

Denti (2000) afirma que existe uma dificuldade dos profissionais em abandonar o método técnico de intervir, a pedagogia diretiva empregada quando de alguma forma é feita uma aproximação com a comunidade, bem como a cultura que pressiona a manutenção do processo “saúde-doença-receita-medicamento”. A autora discute sobre a insuficiente intimidade que a equipe de saúde tem com a temática da família e a falta de conhecimento técnico e tradição para esta nova prática.

Assim, em relação a como **a prática da abordagem à famílias no PSF**, o resultado do despreparo e da indefinição de estratégias para o trabalho com famílias é que o atendimento a estas se dá, muitas vezes, em decorrência do surgimento de uma doença em um de seus membros (Moura, Kantorski, Galera, 2006), não sendo feita diferença entre o cuidado de um indivíduo doente que tem uma família e o cuidado a uma família que tem um indivíduo doente. Ermel e Fracolli (2006) afirmam que a análise dos dados obtidos em seu estudo sobre mostrou que as enfermeiras das ESF estudadas, ao exercitarem sua prática, reiteram a lógica da clínica individual e curativa. Entre as evidências que apresentam, relatam que nas visitas domiciliares acompanhadas pelas pesquisadoras o enfoque era o indivíduo doente, embora as profissionais afirmassem que a visita era para a família. A família é abordada como alguém que contribuirá para o tratamento, mas não como um grupo social que sofre o impacto da doença em um de seus membros, de maneira que a dinâmica familiar e as mudanças na vida da família em decorrência da doença não são consideradas. Viegas e Soares (2005) também afirmam que as ações de cuidado ainda mantêm um caráter curativo e individual, apesar de uma busca por uma assistência à saúde integral na perspectiva da família e da comunidade. Oliveira e Marcon (2007a) concluem em seu estudo que o foco pretendido pelas profissionais é a família, mas na prática, as atividades mantêm um caráter individual, voltado em especial àquele que apresenta algum problema de saúde. Em seu outro artigo (2007a) as autoras afirmam que os enfermeiros muitas vezes acreditam estar cuidando da família quando o seu processo de trabalho não se diferencia daquele adotado na assistência ao indivíduo. Rosa e Labate (2005) afirmam que os profissionais, nas visitas domiciliares,

dirigem sua atenção a programas pré-estabelecidos, como o de amamentação, hipertensão, ou prevenção de alguma doença endêmica. As autoras discutem que, se por um lado a padronização facilita a expansão do programa, por outro, simplifica e empobrece o seu alcance e deste modo, afirmam, o enfoque à família/comunidade fica descaracterizado.

Neste sentido, os autores discutem a importância na **formação e capacitação dos profissionais para atuarem com as famílias** (Machado, Ueji, Pinheiro, Marin, 2006). Oliveira e Marcon (2007a) afirmam que é importante que o profissional busque suporte teórico além das fronteiras do PSF, procurando superar a ausência de um arcabouço teórico-prático que sustente e guie as ações inter-relacionais com as famílias, respeitando seus ciclos de desenvolvimento e os diferentes momentos e características de seu viver. Ribeiro (2004) faz uma reflexão sobre a dificuldade que a falta de consenso sobre as práticas com família traz para o planejamento e a implantação da assistência, mas que “análises e reflexões podem reparar insuficiências, preparando os caminhos para ações mais efetivas, exigidas ao se declarar a família o foco principal do cuidado profissional de saúde em atenção básica” (p. 664). Rosa e Labate afirmam que o trabalho com famílias demanda um resgate de conhecimentos e práticas perdidas pelo uso abusivo da tecnologia e o desenvolvimento da habilidade do trabalho em equipe.

Apesar do despreparo e das insuficiências constatadas na prática no PSF, os autores identificam o **potencial do programa no desenvolvimento do trabalho com famílias**, afirmando que o PSF é uma estratégia que possibilita o encontro entre a esfera do cuidado profissional à saúde e a família, trazendo diversas possibilidades e necessidades (Resta, Motta, 2005). Os pressupostos teóricos do PSF e o contexto de trabalho dos profissionais favorecem a interação com as famílias, através de atividades como as visitas domiciliares e orientações (Oliveira, Marcon, 2007b). Oliveira e Marcon (2007a) descrevem que as enfermeiras entrevistadas identificaram o estabelecimento e a manutenção de relações com a família como base de seu trabalho, evidenciando um cenário favorável para a discussão crítica e

reflexiva da prática, com vistas à superação do modelo biomédico predominante.

Por fim, surpresa com a pequena produção identificada nesta revisão relacionada a abordagem de famílias no Programa de Saúde da Família foi realizada uma nova revisão na literatura procurando identificar quais as principais questões investigadas na produção científica no PSF. Assim, analisou-se a temática principal dos 353 artigos obtidos na pesquisa na base de dados Lilacs com o descritor PSF, a partir da leitura dos resumos, procurando identificar: quais as principais perguntas de pesquisa investigadas no PSF? Concluiu-se que (descartados os artigos que não são sobre o PSF e sim sobre programas de família em outros países): 85 são sobre gestão, implantação organização do PSF, sistemas de informação, e a relação do PSF com a consolidação do SUS; 71 são investigações sobre a prática profissional dos enfermeiros, médicos, agentes comunitários e da equipe de saúde da família; 26 são sobre a saúde da mulher, incluindo o pré-natal e amamentação, além da prevenção e tratamento dos cânceres ginecológicos, 24 sobre saúde bucal; 19 sobre doenças como a hipertensão, diabetes e dengue, além da vigilância à saúde; 15 sobre o cuidado ao idoso; 14 são manuais ou capítulos de manuais do Ministério da Saúde; 9 sobre saúde mental, 4 sobre família e os demais sobre temas diversos como tecnologias leves, bioética e violência.

Assim, conclui-se que a abordagem da família como objeto de atenção do PSF se mantém apenas como um ideal, não se refletindo nem na prática nem na pesquisa acadêmica.

O PSF, entretanto, tem um enorme potencial de trabalho com famílias. O encontro entre os profissionais e as famílias proporcionado pelo programa é extremamente rico, podendo-se afirmar que

Neste encontro as alternativas de cuidado ganham cores e contornos diversos. Assim, é válido enfatizar que todos se deixem encantar pela curiosidade de conhecer o mundo familiar e ter a oportunidade de (re)significar as práticas de cuidado à saúde (Resta, Motta, 2005. p. 115).

1.6 ENFERMEIRAS E FAMÍLIAS NO PSF: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E PESQUISA

Enfermeiras, em sua prática cotidiana, “têm uma oportunidade única de trabalhar com famílias” (Wright, Bell, 2004. p. 3). Wright e Bell (2004) declaram que entre as áreas da enfermagem que trazem maior ênfase no trabalho com famílias a enfermagem de comunidade é uma das que mais se destacam. Ainda assim, afirmam as autoras, mesmo na comunidade a enfermagem de família não é realizada integralmente.

Bousso (2006) afirma que hoje os enfermeiros estão mais conscientes da necessidade e de seu compromisso de incluir a família no cuidado. Entretanto, também reconhece a dificuldade que os profissionais têm encontrado em implementar práticas com famílias devido à falta de um referencial teórico e de instrumentos, de modo que a estratégia para a reaproximação seria criar um contexto, no qual enfermeiras e famílias pudessem estabelecer uma relação de parceria onde a confiança, comunicação regular e transparência, bem como a cooperação para atender as necessidades da família, sejam asseguradas.

Wright e Leahey (2005) declaram que cada encontro entre uma enfermeira e uma família, tenha cinco minutos ou cinco anos de duração, tem o potencial de criar um contexto para aprendizagem e cura. Ao criar este contexto, tanto a enfermeira como a famílias passam por um processo de mudança, mas para isso, os obstáculos para esta mudança devem ser removidos. Tanto as crenças restritivas da enfermeira como da família podem servir de obstáculo para um contexto de mudança, assim como a falta de interesse genuíno no estabelecimento de um relacionamento cooperativo.

Como mencionado anteriormente, Wright e Leheay em seu livro *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (2002), trazem propostas que, implementadas, têm o potencial de criar este contexto de mudanças através do estabelecimento de um relacionamento entre enfermeiras e famílias mais colaborativo, consultivo e não hierárquico, conferindo às famílias mais habilidade, igualdade e respeito. Afirmam as autoras: “A combinação das habilidades da enfermeira e da família constitui uma nova e eficaz sinergia do

contexto das conversações terapêuticas que, de outra forma, não existia” (Wright, Leahey, 2002. p. 5).

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias já foi utilizado em vários contextos, como depressão materna (Marshall, Harper-Jaques, 2008), gravidez com complicações (Diógenes, Barroso, 2007; Martin-Arafeh, Watson, Baird, 1999), oncologia (Callaghan, 2007; Riley-Doucet, 2005; Leboeuf, 2000; Ménard, Saucie, 2000; Quellet, 1995), luto (Moules, Thirsk, Bell, 2006), saúde mental (Simpson, Yeung, Kwan, Wah, 2006), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Rempel, 2004), crianças em situação de negligência (Reis, 1993) e o Programa de Saúde da Família (Moura, Kantorski, Galera, 2006), em países como Canadá, Japão, Estados Unidos, e Brasil.

No Brasil o modelo é citado na literatura em relatos de experiência em pediatria (Christoffel et al, 2008), no ensino de enfermagem da família (Mendes, Bousso, 2006; Pinto, Fernandes, Horta, 2004), em uma unidade de saúde mental (Filizola, Ribeiro; Pavarini, 2003), unidade básica de saúde (Machado et al, 2006), no Programa de Saúde da Família (Moura, Kantorski, Galera, 2006), unidade neonatal (Fernandes et al, 2004), e em um estudo de caso sobre a família de uma gestante com papilomavirus (Diógenes, Varela, 2004).

Nos estudos realizados no Brasil os autores concluem que o modelo mostra-se um instrumento eficaz para abordar as famílias, possibilitando uma visão ampla de suas condições, relações externas e internas (Machado et al, 2006). Foi constatado que o modelo proporciona a aproximação das famílias com o serviço de saúde, possibilitando um melhor planejamento dos cuidados prestados (Moura, Kantorski, Galera, 2006). Também permitiu um olhar mais reflexivo sobre a família (Diógenes, Varela, 2004), sendo um embasamento científico importante no direcionamento do plano de cuidados à família, tornando o cuidar em enfermagem mais científico, sem ser menos humano, integral e responsável (Mendes, Bousso, 2006).

O emprego de uma estrutura de avaliação – Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAIF) - foi considerado de grande ajuda na organização da grande quantidade de informação obtida na entrevista e avaliação da família (Fernandes et al, 2004; Pinto, Fernandes, Horta, 2004).

Foi relatada uma dificuldade inicial no uso de genograma e do ecomapa, superada após o desenvolvimento da prática na construção dos diagramas e de um envolvimento com as famílias estudadas (Christoffel et al, 2008). O modelo foi considerado um material valioso para o conhecimento e intervenção em famílias (Christoffel et al, 2008; Filizola, Ribeiro; Pavarini, 2003) e sugere-se a “utilização deste modelo por profissionais de saúde na sua prática assistencial, enriquecendo o cuidado prestado e garantindo a escuta e o vínculo com as famílias” (Moura, Kantorski, Galera, 2006. p. 43).

Alguns estudos vêm demonstrando a efetividade da realização de treinamentos curtos na capacitação de enfermeiros para a utilização do MCAIF (Martinez, D’Artois, Rennik, 2007; Goudreau, Duhamel, Ricard, 2006; LeGrow, Rossen, 2005). Goudreau, Duhamel e Ricard (2006) realizaram um treinamento de 4 dias com as enfermeiras de um hospital psiquiátrico participantes do estudo, com um intervalo de 3 meses entre os dois primeiros e os dois últimos dias de estudo. Nesta capacitação foram abordados todos os aspectos do MCAIF. Esse também foi o objetivo de LeGrow e Rossen (2005) na capacitação que ofereceram às enfermeiras de um hospital pediátrico, em um treinamento com 8 horas de duração. Previamente ao treinamento foi oferecido às enfermeiras artigos e material informativo para leitura a ser discutido durante o treinamento. Martinez, D’Artois e Rennik (2007) realizaram um treinamento mais curto, de apenas 4 horas, em dois períodos de duas horas em cada semana, com o objetivo específico de capacitar as enfermeiras de um hospital pediátrico para o uso da entrevista de 15 minutos proposta por Wright e Leahey (2002) como uma forma condensada do MCAIF. Também abordaram as questões centrais do modelo Calgary de Avaliação e intervenção em Família, mas enfocaram a aplicação da entrevista com seus elementos essenciais.

Nestes três estudos os resultados demonstraram que, apesar da limitação do tempo, as enfermeiras participantes perceberam o impacto do treinamento e da capacitação em sua prática, com um aumento da percepção e das habilidades conceituais em avaliar e intervir em famílias e no relacionamento com as mesmas. Relataram conversações mais terapêuticas, relacionamentos mais abertos, e confiantes (LeGrow, Rossen,

2005). Goudreau, Duhamel e Ricard (2006) afirmam que as enfermeiras apresentaram-se mais confortáveis em intervir nas famílias devido à capacitação que receberam, empoderando-as para a abertura de seu trabalho para as famílias, facilitando conversações mais terapêuticas. Em seu estudo também ficou evidente que os elementos do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias podem ser bem aceitos por enfermeiras experientes, que podem integrá-los à sua prática. O trabalho de Martinez, D'Artois e Rennik (2007) evidenciou que mesmo treinamentos curtos têm o potencial de desenvolver a capacidade de enfermeiras no trabalho com famílias. Goudreau, Duhamel e Ricard (2006) declaram que o uso de "role playing" e práticas de entrevista são essenciais para este tipo de treinamento.

A Entrevista de 15 minutos ou menos, criada por Wright e Leheay (2002) como uma forma condensada do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias, já foi aplicada em dois contextos diferentes segundo a literatura internacional: em um hospital pediátrico (Martinez, D'Artois, Rennik, 2007) e uma unidade pós-parto (Holtslander, 2005).

No artigo sobre o uso da entrevista de 15 minutos na unidade pós-parto a autora afirma que o modelo de entrevista foi de grande utilidade, sendo prático e flexível (Holtslander, 2005). As famílias se mostraram satisfeitas em participar da entrevista. A autora modificou um instrumento previamente utilizado na unidade para que os objetivos da entrevista de 15 minutos fossem contemplados, e considerou que esta mudança fez com que o cuidado da família passasse de uma opção para uma obrigação, que tem o potencial de transformar as atitudes dos profissionais encorajando relacionamentos colaborativos com as famílias. A autora afirma que a entrevista de 15 minutos é um guia vital, interativo e flexível para ser utilizado em cada relacionamento único entre enfermeira e família, e não um checklist a ser completado. O modelo proporciona a enfermeiras ocupadas com as múltiplas demandas de trabalho uma estratégia para a promoção de saúde da família, podendo ser utilizado em qualquer cenário onde enfermeiras encontrem famílias (Holtslander, 2005).

Martinez, D'Artois e Rennik (2007) realizaram um estudo, já discutido anteriormente, no qual, após realizarem um treinamento que totalizou 4 horas

com seis enfermeiros de unidade pediátrica sobre a entrevista de 15 minutos, investigaram a percepção dos participantes sobre o impacto do uso da entrevista no processo de admissão no hospital. Os resultados do estudo indicaram que os enfermeiros perceberam positivamente mudanças na sua prática com o uso da entrevista de 15 minutos. Relataram que obtiveram mais informações que o usual na admissão do paciente, e através de um conhecimento mais próximo da família puderam intervir de maneira mais efetiva, provendo suporte para as famílias atendidas. Relataram uma dificuldade inicial com o uso do genograma, mas que com seu uso obtiveram mais informações sobre a estrutura familiar, os estressores e apoios da família.

A entrevista de 15 minutos é composta por cinco elementos chave: 1 - boas maneiras, 2 - conversação terapêutica, 3 - genogramas e ecomapas, 4 - perguntas terapêuticas e 5 - o elogio às forças da família e de seus membros.

1. Boas Maneiras:

As boas maneiras consistem em atitudes que promovam um ambiente adequado para o estabelecimento de um relacionamento com a família. Wright e Leahey (2002) afirmam que têm-se observado com frequência que enfermeiras não se referem ao paciente pelo nome, qualificam pacientes e família por suas dificuldades, prestam cuidados sem incentivar a participação do paciente ou da família e não conversam ou fazem contato visual com os pacientes e suas famílias. Assim, as boas maneiras, como denominam as autoras, constituem em práticas como: sempre chamar o paciente e os membros de sua família por seu nome, se apresentar e dizer sua função e seu objetivo/papel naquele momento, explicar procedimentos antes de fazê-los e ser honesta, mantendo compromissos assumidos com os pacientes e suas famílias.

2. Conversação terapêutica:

As autoras afirmam que “as enfermeiras estão sempre participando de conversações terapêuticas com seus pacientes sem, talvez, pensar nelas como tais” (p. 263). Para tanto, é necessário que a enfermeira desenvolva a compreensão que atua “com os pacientes e não sobre eles” (p. 215). Através da conversação terapêutica a família pode ter a oportunidade de reconhecer o

próprio potencial de cura. A arte de ouvir também é muito importante, tendo em si um grande potencial terapêutico. Compartilhando histórias do sofrimento as famílias podem re-significar momentos marcantes de sua vida. As enfermeiras não devem se sentir cobradas a resolver as questões e angústias que ouvem das famílias, mas devem compreender que este é um ato em si, sendo uma arte e uma prática ética (Wright, Leahey, 2002).

3. Genograma e Ecomapa:

Ao referirem-se ao genograma as autoras afirmam que as enfermeiras deveriam ter como prioridade desenhar um genograma rápido, de três gerações, para todas as famílias que serão parte de seu cuidado por mais de três dias. O genograma é uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna, podendo ser utilizado ao mesmo tempo para desencadear informações úteis, tanto para a família como para a enfermeira, a respeito do desenvolvimento e outras áreas de funcionamento da família. As informações mais essenciais a serem obtidas compreendem dados sobre idade, ocupação ou grau de escolaridade, religião, data de migração e estado de saúde atual de cada membro da família. O ecomapa é outro diagrama para avaliação de família, que representa os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Através do ecomapa são representadas graficamente as redes de apoio à família, seus recursos e estressores externos.

4. Perguntas Terapêuticas:

As perguntas terapêuticas encorajam a família a expressar suas crenças, clarificar sua compreensão sobre questões de saúde, e a refletir sobre a situação em que vivem. Elas definem uma conversação terapêutica. Wright e Leahey (2002) incentivam as enfermeiras a pensar em pelo menos três perguntas chave que podem ser feitas às famílias de maneira rotineira em sua prática de trabalho. Segundo as autoras alguns temas básicos devem ser abordados, como o compartilhar de informações, as expectativas em relação à hospitalização e à visita domiciliar, “desafios, sofrimentos e as preocupações ou problemas mais prementes” (p. 265).

5. Elogios:

Os elogios às forças da família são uma intervenção importante, baseada nos recursos familiares e suas competências. Não são afirmações sobre atitudes eventuais da família, mas comentários sobre comportamentos que se repetem ao longo do tempo. Com frequência os membros da família não estão cientes de suas próprias forças, e os elogios podem oferecer à família uma nova visão sobre si mesmos, trazendo uma oportunidade de olharem seus problemas de modo diferente e avançarem em direção a soluções mais eficazes. Famílias que internalizam os elogios são mais receptivas a outras intervenções de enfermagem (Martinez, D'Artois, Rennik, 2007).

O uso dos elementos chave da entrevista de 15 minutos também contribui para a organização das informações obtidas com a família. Procurando trabalhar com famílias, profissionais de saúde podem obter uma série de dados que, mais tarde, podem ter dificuldade de utilizar ou compartilhar com sua equipe. Com o uso de genogramas, a estrutura e as relações familiares são representadas graficamente, podendo ser consultadas posteriormente à entrevista da família. Além disso, através da participação da família na entrevista novos dados podem surgir, que haviam sido desconsiderados anteriormente, não só sobre a estrutura familiar, mas particularmente sobre forças da família, que muitas vezes ela própria não percebe até ser questionada.

Um bom exemplo pode ser observado no PSF, pois no contato diário com as famílias de seu território as enfermeiras do PSF têm um conhecimento muitas vezes privilegiado da estrutura e dinâmica familiar. Estão cientes de suas lutas e dificuldades, conflitos e potenciais. Entretanto, sem uma sistematização que organize este conhecimento, ele pode ser subutilizado ou não compartilhado com outros membros da Equipe de Saúde da Família.

Como parte da estratégia de constituição de vínculos e aprofundamento do conhecimento dos profissionais sobre a comunidade atendida, as enfermeiras do programa de Saúde da Família fazem visitas periódicas às famílias sob responsabilidade de sua equipe, dependendo das demandas de cuidado

existentes, como pacientes acamados, com dificuldade de deslocamento até à Unidade Básica de Saúde, curativos complexos, ou outros. O protocolo de enfermagem do Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo prevê que as enfermeiras realizam uma visita domiciliar a todas as puérperas e seus recém-nascidos nos primeiros 7 dias após o parto.

O protocolo prevê que nesta visita as enfermeiras abordem os seguintes aspectos:

- abordar as técnicas corretas para o aleitamento adequado;
- cuidados com as mamas;
- cuidados com a incisão cirúrgica do parto (episiotomia ou sutura de cesárea);
- avaliar a loquiação e orientar sinais de possíveis anormalidades;
- incentivo ao aleitamento materno exclusivo;
- peculiaridades do cuidado com o recém-nascido como cólicas, choro excessivo, cuidados com o coto umbilical e higiene geral.
- Ouvir e orientar a parturiente em relação à suas ansiedades, dúvidas e possíveis dificuldades.

(São Paulo, 2002).

Além destes aspectos, no manual de Atenção à Saúde da criança – Protocolo de Enfermagem (São Paulo, 2002) recomenda-se que sejam avaliados riscos à saúde como a desestrutura familiar, situações de violência doméstica e sexual, uso e dependência de drogas. Também orienta-se a “trabalhar com a avaliação da família sobre a criança” e “registrar as conquistas e elogiar a família em relação aos aspectos positivos” (São Paulo, 2002, p. 11).

O período pós-parto marca o início de uma etapa da vida familiar que requer dos adultos que estes avancem uma geração, se tornando cuidadores da geração mais jovem (Carter, McGoldrick, 2001). Assim, esta fase tem demandas características como a definição de novos papéis, podendo ocasionar conflitos na divisão de responsabilidades, a recusa ou mesmo a incapacidade de assumirem (cada membro da família) seus novos papéis (mãe, pai, tio, tia, avó) e a rivalidade entre os irmãos. Nesta fase também o casal precisa definir o espaço do novo membro da família, tanto

emocional como físico, além de enfrentar a dificuldade em manter sua privacidade e intimidade, podendo repercutir da sua vida sexual. Assim, existem demandas específicas neste momento do ciclo de vida familiar, possibilitando um espaço de intervenção terapêutica com orientações, intermediação de negociações no estabelecimento dos novos papéis e a identificação de redes de apoio dentro e fora do sistema familiar.

O uso de modelos de avaliação e intervenção de famílias tem se mostrado uma estratégia efetiva para o estabelecimento de relacionamentos terapêuticos entre enfermeiras e famílias, possibilitando a identificação de demandas e a implantação de ações adequadas às necessidades de cada unidade familiar. No estudo de Martinez, D'Artois e Rennik (2007) as enfermeiras participantes foram capacitadas para a aplicação da entrevista de 15 minutos durante a admissão da família na unidade hospitalar enquanto Holtlander (2005) aplicou a entrevista em uma unidade pós-parto. O uso da entrevista em situações determinadas possibilitou o desenvolvimento de exemplos de perguntas terapêuticas a serem usadas, estratégias para a confecção do genograma no cenário determinado, exemplo de forças a serem ressaltadas nas famílias, enfim, possibilitou o preparo para o uso no modelo em um novo cenário.

A entrevista de 15 minutos baseada no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção de Famílias (Wright, Leahey, 2002) pode ser adaptada, como afirmam os estudos apresentados, a vários cenários de cuidado de enfermagem diferentes. Assim, neste estudo, propõe-se o uso da entrevista de 15 minutos por enfermeiras do PSF durante a visita domiciliar no puerpério, de modo a conhecer a experiência de enfermeiras no uso desta entrevista visando promover uma avaliação e intervenção em famílias mais efetiva.

Objetivo



2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a experiência de enfermeiras do Programa de Saúde da Família no uso da entrevista de 15 minutos nas visitas domiciliares realizadas no período puerperal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar facilidades e dificuldades no uso da entrevista de 15 minutos pelas enfermeiras do PSF.
- Conhecer a percepção dos enfermeiros do PSF sobre o impacto do uso da entrevista de 15 minutos na avaliação e intervenção em famílias.
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do uso da entrevista de 15 minutos no processo de trabalho para a Equipe de Saúde da Família.

Metodologia



3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Supervisão de Saúde do Butantã da Coordenadoria Regional Centro-Oeste do Município de São Paulo. A Supervisão de Saúde do Butantã responde por 13 UBS e um Centro de Saúde Escola (CSE), sendo que destes cinco contam com Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas entre as unidades da seguinte forma:

- UBS Vila d'Alva: 5 ESF
- UBS São Jorge: 6 ESF
- UBS Boa Vista: 6 ESF
- UBS Real Parque: 1 ESF
- UBS Jardim d'Abril: 4 ESF

3.2. PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo todos os enfermeiros das ESF da Supervisão de Saúde do Butantã que concordaram em participar de um treinamento para o uso da Entrevista de 15 Minutos na visita domiciliar de puerpério.

Participaram do treinamento para o uso da Entrevista de 15 Minutos 12 enfermeiros de quatro UBS: Vila d'Alva, São Jorge, Boa Vista e Jardim d'Abril. Destes, 8 participaram da pesquisa. Os quatro enfermeiros que participaram do treinamento mas não foram entrevistados para a pesquisa não realizaram as entrevistas puerperais utilizando a Entrevista de 15 Minutos no período estabelecido para a coleta de dados, não participando das etapas seguintes deste trabalho.

A caracterização dos sujeitos entrevistados se encontra no Quadro 3:

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos segundo tempo de formado, pós-graduação, tempo de experiência no PSF e tempo de experiência na atual equipe de PSF, Brasil – 2010

| Caracterização | Sujeitos | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Tempo de formado (em anos) | 11 | 5 | 14 | 10 | 7 | 12 | 25 | 30 |
| Pós-graduação | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| Tempo de experiência em PSF (em anos) | 10 | 3 | 4 | 3 | 5 | 10 | 8 | 8 |
| Tempo nesta UBS (em anos) | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 6 | 14 | 8 |
| Tempo nesta equipe de PSF (em anos) | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 6 | 8 | 8 |

A investigação foi dividida em três etapas:

1. Treinamento das enfermeiras participantes.
2. Aplicação da Entrevista de 15 Minutos pelas enfermeiras participantes do estudo.
3. Entrevista individual com as enfermeiras participantes do estudo.

3.3 ETAPA 1: TREINAMENTO DOS PARTICIPANTES

Foi realizado um treinamento para as enfermeiras participantes do estudo sobre a entrevista de 15 minutos. O treinamento da Etapa 1 desta pesquisa foi ministrado por uma especialista em enfermagem da família e a pesquisadora, sem custos para as participantes.

Inicialmente foi apresentada à Coordenadoria Regional Centro-Oeste e à Supervisão de Saúde do Butantã uma proposta de treinamento para as enfermeiras das ESF abordando “Entrevistas com Famílias”.

O convite para a participação no treinamento foi entregue pessoalmente aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde pela pesquisadora (Anexo 1), onde foi discutido o projeto de pesquisa e seus objetivos. Também foi encaminhado às unidades uma cópia do convite a ser disponibilizado aos enfermeiros, por e-mail. A confirmação do interesse no treinamento foi encaminhada à pesquisadora por e-mail. Na resposta a este e-mail, confirmando a data e horário do treinamento, foi encaminhado um material para leitura, como apoio ao treinamento, com artigos e capítulos de livros e manuais sobre o tema (Bouso RZ, 2008; Wright LM, Leahey M, 2002, p. 261-71; Bouso RZ, Tito RS, Dias ICC, 2007, p.161-82; Ângelo M, Bouso RS, 2001, p.14-17; Bouso RS, Ângelo M, 2001, p.18-22.). O material foi entregue aos participantes, encadernado, no dia do treinamento.

O treinamento foi realizado em um único período de 8 horas, em dois dias diferentes: 17/03/2009 e 02/04/2009 – permitindo a participação das enfermeiras interessadas sem prejudicar o andamento das atividades nas Unidades por suas ausências. No dia 17/03/2009 participaram 7 enfermeiros e no dia 02/04/2009 participaram 6 enfermeiros. O transporte das Unidades Básicas de Saúde até a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo se deu por van, custeada pela pesquisadora, assim como o retorno às unidades. No local do treinamento foi oferecido café da manhã, almoço e café da tarde.

No treinamento foi abordado o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias (Wright, Leahey, 2002), incluindo uma visão geral do genograma, ecomapa, estágios de desenvolvimento de famílias, tarefas e vínculos, crenças e valores. Também foram discutidos os princípios gerais da teoria de sistemas familiares e de padrões de comunicação circular. O objetivo desta discussão inicial foi contextualizar a entrevista de 15 minutos de modo que as participantes tenham uma compreensão do modelo que a originou. Foram também discutidas as crenças dos enfermeiros sobre

famílias e sua abordagem na prática de trabalho, suas experiências pessoais e profissionais.

A entrevista de 15 minutos foi detalhadamente discutida, como instrumento de avaliação e intervenção em famílias. Foi entregue às enfermeiras um instrumento impresso como material de apoio à aplicação da entrevista de 15 minutos (Anexo 2).

3.4 ETAPA 2: APLICAÇÃO DA ENTREVISTA DE 15 MINUTOS PELOS PARTICIPANTES

Após o treinamento as enfermeiras foram orientadas a aplicarem a entrevista de 15 minutos nas visitas domiciliares realizadas no período puerperal das moradoras de sua área de abrangência, utilizando o instrumento impresso de apoio (Anexo 2). Este instrumento foi desenvolvido tendo como referencia o estudo de Holtlander (2005) e o capítulo *Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família* do livro *Enfermeiras e Famílias* de Wright e Leahey (2002).

3.5 ETAPA 3: ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES

As entrevistas foram realizadas após os participantes terem vivenciado pelo menos duas experiências de aplicação da entrevista de 15 minutos durante o período máximo de dois meses a contar da data do treinamento.

Esta entrevista foi realizada procurando conhecer a experiência das enfermeiras no uso da entrevista de 15 minutos, abordando os elementos chave da entrevista de 15 minutos e as dificuldades e facilidades experienciadas no processo.

Perguntas norteadoras da entrevista:

- Conte-me sobre sua experiência em ter usado a Entrevista de 15 minutos na visita pós- parto.
- Durante o treinamento nós apresentamos 5 elementos que compõe a entrevista de 15 minutos: boas maneiras, conversação terapêutica, perguntas terapêuticas, genograma e ecomapa e elogios. Como foi a experiência de utilização destes componentes?
- Como foi sua experiência na confecção do genograma e do ecomapa?
- Como você avalia o uso da Entrevista de 15 minutos para avaliação e intervenção nas famílias?

A entrevista com os enfermeiros participantes na pesquisa ocorreu na própria Unidade Básica de Saúde de trabalho, evitando o deslocamento dos participantes, em horário agendado por contato telefônico ou por e-mail, e foi gravada digitalmente.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Como método de análise dos dados foi utilizada a análise temática. A análise temática consiste em um método para a identificação, análise e registro de padrões (temas) à partir dos dados, organizando-os e descrevendo-os em detalhes (Braun, Clarke, 2006). Um tema deve capturar algo importante nos dados, que se relacione à pergunta de pesquisa e que represente um nível de resposta ou significado que se apresente como padrão nos dados. Entretanto, não se deve considerar um tema apenas por este estar presente com determinada frequência no material obtido, e sim, através da interpretação deste material pelo pesquisador (Braun, Clarke, 2006).

Os temas identificados pelo pesquisador podem ser formulados de modo dedutivo ou indutivo. Em uma abordagem indutiva os temas identificados estão fortemente ligados aos dados, enquanto em uma abordagem dedutiva o referencial teórico e os interesses analíticos do pesquisador determinam os temas a serem identificados (Braun, Clarke,

2006). Fereday e Muir-Cochrane (2006) afirmam que é possível uma abordagem analítica que utilize um processo híbrido, utilizando temas desenvolvidos de forma indutiva e dedutiva, a partir do referencial teórico utilizado pelas autoras.

Neste estudo adotou-se como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias, proposto por Wright e Leahey (2002).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, contidas na resolução 196/96 (Brasil, 1996), antes de iniciar o processo de coleta de dados, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da prefeitura de São Paulo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A aprovação dos Comitês de Ética se encontram no Anexo 3.

Para a realização do estudo foram fornecidas informações aos enfermeiros convidados por e-mail, com o programa do treinamento, data e hora de sua realização e o objetivo da pesquisa, sendo novamente discutido no momento da realização do treinamento e antes das entrevistas individuais, no momento da entrega e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4).

Resultados



4 RESULTADOS

A análise detalhada das entrevistas realizadas com os enfermeiros levou à identificação de dois temas centrais: **VIVENDO O DESAFIO DE UMA NOVA EXPERIÊNCIA** e **AVALIANDO O DESAFIO**. Cada um destes temas se subdivide em categorias, que evidenciam a experiência dos enfermeiros na utilização da Entrevista de 15 Minutos nas visitas puerperais.

Os resultados são apresentados da seguinte forma: os temas estão em letras maiúsculas com negrito (**VIVENDO O DESAFIO DA UMA NOVA EXPERIÊNCIA**), as categorias em negrito sublinhado (**Sendo exposta a uma nova experiência**) e, quando a categoria se divide em sub-categorias, estas aparecem em negrito simples (**Participando do treinamento**). As citações das narrativas obtidas nas entrevistas com os enfermeiros estão em itálico. O diagrama contendo os temas, com suas categorias e subcategorias, está no Anexo 5.

VIVENDO O DESAFIO DE UMA NOVA EXPERIÊNCIA é quando o enfermeiro tem os primeiros contatos com a Entrevista de 15 Minutos e inicia sua utilização nas visitas de puerpério. Após participar do treinamento, o enfermeiro passa a criar estratégias para a aplicação do instrumento em sua rotina de visitas puerperais, enfrentando desafios para utilizar cada um dos ingredientes-chave, tendo sucesso em alguns momentos e encontrando dificuldades em outros.

Arriscando-se em uma nova experiência é quando o enfermeiro, decidindo participar da pesquisa, passa pelo treinamento da Etapa 1 do trabalho e conhece a Entrevista de 15 minutos e seus ingredientes-chave. Nesse treinamento, o enfermeiro, além de receber informações, discute suas crenças sobre: famílias e sua abordagem profissional. É uma fase de troca de conhecimentos e experiências, mas também, de dúvidas em relação à aplicabilidade da Entrevista de 15 Minutos na sua realidade profissional, a eficácia desta ferramenta na avaliação/intervenção com famílias e sua pertinência ao trabalho do PSF.

Participando do treinamento é o início desta nova experiência. O enfermeiro toma contato com uma nova maneira de trabalhar com famílias, além de dividir suas experiências, pessoais e profissionais, com a pesquisadora, a docente e os colegas.

“eu achei muito bom a gente poder fazer uma troca, né, com as outras enfermeiras que estavam presentes, com você, com a docente, e eu fiquei bastante animada...” (enfermeiro 2)

“Para mim foi bom, porque eu não conhecia... como eu não tinha essa experiência para mim foi bom. Eu gostei de ter participado.” (enfermeiro 7)

Durante o treinamento, foram discutidas as crenças dos enfermeiros sobre famílias, e a relação dessas crenças com a abordagem às famílias atendidas. A partir dessas discussões, foram introduzidos os fundamentos teóricos do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com Famílias e a Entrevista de 15 Minutos e seus ingredientes-chave, apresentando aos profissionais uma nova visão de família e abordagem familiar.

“...eu não valorizava tanto a questão de, por exemplo: quais as dificuldades que vocês estão tendo com a chegada do bebê? Esta outra visão trouxe uma, uma coisa muito bacana para mim.” (enfermeiro 6)

“...depois eu tentei fazer meu próprio genograma e aí eu entendi porque que o genograma é importante para entender algumas coisas.” (enfermeiro 3)

Sentindo-se mais instrumentalizado reflete a aquisição de novos conhecimentos, de forma que o enfermeiro percebe-se mais capacitado para usar a Entrevista de 15 minutos, avaliando e intervindo com famílias. Alguns dos ingredientes-chave já eram utilizados empiricamente pelo enfermeiro, como o genograma ou os elogios, mas, após o treinamento, passam a ter um referencial teórico e ganham um novo sentido. Outros ingredientes-chave configuram-se como novidades para o profissional.

“Foi bem interessante, porque eu não conhecia esta parte de fazer assim o genograma, para mim foi muito importante ter aprendido e ter manuseado porque é a partir daí que a gente começa a conhecer melhor a forma de utilizar e então para mim foi legal.” (enfermeiro 7)

“...eu nunca tinha usado, né, não é que eu nunca tinha usado, eu nunca tinha observado, que seria legal eu fazer essa pergunta para as puérperas.”
(enfermeiro 1)

“...eu nunca tinha feito um genograma na minha vida, ...nunca tinha ouvido falar de ecomapa,” (enfermeiro 5)

“Realmente eu tinha alguns conceitos errados sobre como fazer o genograma, e eu acho que eu melhorei muito o genograma depois do treinamento.” (enfermeiro 2)

“Já faziam parte da rotina (os elogios). Mas é interessante porque sempre é bom reforçar. Porque no dia a dia a gente às vezes deixa de fazer algumas coisas tão importantes.” (enfermeiro 4)

Saindo com dúvidas é outra percepção do enfermeiro frente ao novo desafio: aplicar a Entrevista de 15 minutos nas visitas puerperais. Antes de ter uma primeira experiência utilizando essa nova ferramenta, o enfermeiro reluta, tem dúvidas e não sabe se essa abordagem trará de fato uma contribuição ou se será apenas mais uma tarefa dentro de uma rotina já saturada. Assim, além de questionar sua competência para realizar a Entrevista de 15 minutos, o enfermeiro questiona sua utilidade e aplicabilidade. Enfrentar o desafio do novo pode ser desestimulante, quando o benefício para a prática não está evidente.

“Eu acho que o treinamento foi interessante... mas as dúvidas elas surgiram na hora que eu apliquei, e aí o treinamento já tinha ido e eu não tinha tirado dúvidas.” (enfermeiro 4)

“Então, quando propôs que a gente fizesse isso, eu não gostei, logo de cara, eu pensei: “há, meu Deus, é uma coisa que eu não sei fazer”, eu não vi utilidade. Eu relutei um pouco, sabe quando você vai deixando? Eu pensei: “há, vai ser chato...”. Sem experimentar.” (enfermeiro 5)

Criando estratégias para realizar a Entrevista de 15 minutos

traduz as experiências do enfermeiro ao enfrentar as dificuldades da aplicação de alguns dos ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos em sua prática. O profissional se vê diante de um desafio, tendo que se engajar com a família na utilização dessa nova ferramenta e realizar procedimentos como o genograma e o ecomapa. Assim, cria estratégias para conseguir adaptar essa nova abordagem de famílias na rotina já conhecida da visita de puerpério.

Tendo o instrumento impresso como suporte retrata o cuidado do enfermeiro em levar sempre consigo a versão impressa da Entrevista de 15 minutos (Anexo 2) como apoio. O profissional percebe o instrumento impresso como uma ajuda para lembrá-lo de todos os ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos. As perguntas terapêuticas e os símbolos do genograma são aqueles que o enfermeiro mais tem dificuldade em recordar.

“Essa parte das perguntas sobre o bebê..., tem que estar junto com a “colinha”, a questão dos ingredientes chave, né, que a gente fala de outros aspectos, dos cuidados, de tudo, da parte do bebê, da mãe, né, isso aqui precisa estar junto, se não, não consegue, tanto é que eu não fiz completa a entrevista...” (enfermeiro 7)

*“...apesar de ser um genograma redondinho, bonitinho, mas eu tinha que olhar a “colinha” toda hora, para ver como eu fazia, como eu não fazia...”
(enfermeiro 3)*

“Olha, eu usei minha “colinha” aqui, que tem tudo que eu preciso fazer!! Então isso me ajudou bastante. Porque eu não tinha esta experiência.”

(enfermeiro 7)

Assim, o enfermeiro percebe que o instrumento impresso pode se tornar um apoio, mesmo em ações que afirma já realizar em sua rotina, como os elogios.

“A gente sempre elogia... Mas é interessante porque sempre é bom reforçar... Porque no dia a dia a gente às vezes deixa de fazer algumas coisas tão importantes.” (enfermeiro 4)

“eu acho que o instrumento serve tanto para o enfermeiro quanto para o médico, e assim você lembra as pessoas que é importante elogiar.”

(enfermeiro 2)

O instrumento impresso foi considerado prático e funcional, por ser compacto e conciso. Após algumas experiências iniciais, porém, o enfermeiro se percebe menos dependente deste instrumento e consegue realizar a entrevista mesmo sem este suporte.

“E esse instrumento eu acho prático, não só para a pesquisa, tenho achado interessante, acho que é uma coisa assim, simples e que funciona.”(enfermeiro 2)

“Eu consegui montar (o genograma) sem a “colinha”...” (enfermeiro 7)

“Não, nas outras duas não (não usou o instrumento impresso). Porque ficou bonitinho (o genograma), não precisou. Acho que estão certos, os outros dois (genogramas).” (enfermeiro 5)

Desenvolvendo estratégias de engajamento e boas maneiras é quando o enfermeiro utiliza de técnicas para obter o engajamento com a

família para a Entrevista de 15 minutos. O enfermeiro percebe a necessidade de explicar o que fará, já que se trata de um novo procedimento na rotina da visita puerperal, tanto para a família como para si próprio.

Quando faz a Entrevista de 15 minutos com uma família desconhecida, o enfermeiro procura apresentar-se e explicar o funcionamento do PSF e o papel dos membros da equipe. O profissional também procura explicar o objetivo da construção do genograma.

“Na primeira consulta com a equipe, eles eram de outra equipe, então nessa eu me apresentei, falei da equipe, ...” (enfermeiro 4)

“Foi uma visita de puerpério, e eu já comecei pelo genograma. Eu expliquei para a pessoa, né... Eu comecei por isso. Dizendo que era para eu conhecer a família.” (enfermeiro 5)

“Eu falei assim, que eu ia fazer aquilo (o genograma) para conhecer a família do bebê... então eu acho que ela entendeu que eu queria conhecer a família do bebê que estava nascendo... .” (enfermeiro 5)

Em algumas situações o enfermeiro considera que o conhecimento anterior que tem da família facilita seu engajamento. Porém, existem situações onde acontece o contrário: o fato de não ter um vínculo estabelecido com a família é percebido como vantagem, já que pode justificar a execução da Entrevista de 15 minutos para a família explicando que seu objetivo é justamente conhecê-los melhor.

“Essa moça fez pré-natal comigo, eu já conheço a família dela,... O conhecimento anterior é um grande facilitador.” (enfermeiro 2)

“Acho que para mim foi fácil por que, como eu estou chegando agora, do mesmo jeito que eu não conheço as pessoas, as pessoas não me conhecem. Então eles entenderam que era para eu conhecer o bebê que estava nascendo, a família, a história da família...” (enfermeiro 5)

Enfrentando dificuldades na construção do genograma e ecomapa retrata a experiência de um grande desafio para o enfermeiro. Ainda que, o profissional já tenha o conhecimento teórico e o instrumento impresso como suporte, a construção do genograma e do ecomapa é um desafio: primeiramente, por se tratar de um desenho e em segundo lugar, devido à complexidade da estrutura das famílias entrevistadas nas visitas puerperais.

O enfermeiro desempenha inúmeras tarefas em sua prática cotidiana, porém, de modo geral, não tem o hábito de utilizar desenhos. Como estratégia para enfrentar essa dificuldade, o profissional utiliza-se de rascunhos ou mesmo da descrição da estrutura e das relações familiares em forma de texto, sem construir o desenho do genograma e do ecomapa (com as linhas representando os relacionamentos e os símbolos diversos representando os indivíduos).

“...eu não consegui montar nenhum direito. É fácil entender o contexto, mas montar o genograma é difícil.” (enfermeiro 4)

“Fiz um rascunho porque eu sou péssima de desenho e arrumei, porque ficou muito feio, por minha desorganização.” (enfermeiro 3)

“Não usei ele assim, fisicamente, assim, então eu fiz as perguntas que o genograma..., que eu poderia chegar na unidade e fazê-lo com tranquilidade: quem mora, quantos são, quem são, de onde eles vêm, o que eles fazem da vida, eu fiz todo este levantamento, mas não o desenho.” (enfermeiro 6)

“...eu cheguei a perguntar, quem ela tinha próximo, se precisasse de alguma coisa a quem ela iria recorrer, quem são as pessoas que estão próximas, mas não fiz os risquinhos...” (enfermeiro 4)

A dificuldade é ainda maior nas famílias extensas, como naquelas em que ocorrem vários recasamentos, onde a quantidade de informação é

maior, trazendo desafios para a construção da representação gráfica da família.

“...eu fiquei com dúvida na questão do genograma, porque assim: as famílias são meio que complexas, e as duas primeiras que eu entrevistei não era o mesmo pai (das crianças)” (enfermeiro 1)

“No máximo você consegue fazer assim, a criança, o pai e a mãe, mas quando a outra criança não era deste pai já não sabia onde colocar, e aí começa ter pai e mãe separado, meio irmão de um lado, meio irmão do outro, tem o irmão de pai e mãe, sogra e sogro separados, com tio, com outro tio, não... é difícil!” (enfermeiro 4)

O enfermeiro, entretanto, considera que com a prática, após a construção de alguns genogramas e ecomapas, fica mais fácil utilizar esses novos procedimentos durante os atendimentos realizados.

“Então se eu tivesse experiência era: pá, pá, pá, três, quatro bolinhas, ... seria muito mais rápido do que eu fazer por extenso, só que eu não tenho esta experiência, né, e aí complicou um pouquinho. Eu tenho que parar, treinar aqui, fazer minha família inteirinha, gato, cachorro, todo mundo da unidade, para chegar com uma técnica...” (enfermeiro 6)

“É, até que eu consegui, né, fazer. Essa aqui (mostrando o genograma) estava mais complicada... , eu fui pondo assim, fui tentando puxar, mas até que eu me organizei direitinho. Bom né? Eu acho, como você pode ver, que até utilizei certo. Eu não tive dificuldade não, eu fiz acho que certo...”

(enfermeiro 7)

Assim, o profissional passa a considerar que o genograma e o ecomapa possibilitam uma visão mais clara e abrangente da família, ao representar graficamente a sua estrutura e suas relações com sistemas mais

amplos e a rede social de apoio. Além disso, possibilita esse registro no prontuário, facilitando os próximos atendimentos familiares.

“...e isso é muito legal, porque, quando você faz o genograma, fica ali documentado no prontuário, a situação da família atual, e eu acho isso muito interessante, ...Possibilita uma visão melhor.” (enfermeiro 2)

“Eu acho, uma coisa que tinha que ter para a gente realmente falar: é um prontuário família, é ter um genograma.” (enfermeiro 2)

“Ele ajudou (o ecomapa). Porque essas questões..., se a gente não tiver um instrumento... . A mãe da criança, ela não tem assim..., ela morava em outro lugar, aí ela engravidou do menino, veio morar na casa da sogra, então o vínculo dela é a família do marido. Ponto. E só. Para a mãe da criança eu acho que falta. Porque ela vai sentir falta de toda a rede social de onde ela estava inserida, as amigas, as amigas da escola, a mãe.” (enfermeiro 3)

Resgatando conhecimentos do treinamento é quando o enfermeiro, ainda durante a visita puerperal, se reporta ao conteúdo teórico com que teve contato durante o treinamento na Etapa 1 da pesquisa. Durante a prática da Entrevista de 15 minutos, o profissional se vê diante de situações que o levam a recordar questões discutidas no treinamento, como a importância da rede social de suporte para as famílias.

“Eu abordei nessa família (os elementos do ecomapa), mas para saber, porque me chamou muita atenção: os meninos estavam em casa, eram 11:00 da manhã, estavam brincando no chão molhado, tinha muito cachorro, então foi mais essa questão: se eles estudavam, se a escola era perto, se eles brincavam, o que mais eles faziam.” (enfermeiro 5)

“Valorizei o ambiente, o meio ambiente, o ambiente externo e não só foquei na teoria, no como está a mãe, como esta o bebê... Expandiu o seu olhar

para a família e para o entorno, assim né, quem está, quem vem, se você precisar onde você vai buscar...” (enfermeiro 6)

Sendo surpreendido ao realizar as perguntas terapêuticas é o enfermeiro arriscando-se a utilizar esse ingrediente-chave e percebendo, com surpresa, que proporciona uma abertura para a família compartilhar suas necessidades. Ao fazer uma pergunta aberta, que permite a expressão das ansiedades, dúvidas e angústias das famílias, o enfermeiro constata que esse ingrediente-chave contribui para que se abra, sem preconceitos, para a realidade da família.

“E essa outra pergunta... trabalha também com, a gente não ir com um pré-conceito do que a família quer da gente, mas a gente abrir para que a família realmente mostre o que ela precisa.” (enfermeiro 2)

“... e ela se abriu tanto que ela tinha muito mais dúvidas, até mais que as outras, e coisa que eu nem imaginava que ela poderia perguntar...”
(enfermeiro 1)

Através das respostas às perguntas terapêuticas, o profissional também identifica déficits de informação e fatores de estresse familiar. Além disso, permite avaliar a receptividade e a compreensão das orientações fornecidas. Ao mesmo tempo, proporciona a oportunidade de conhecer as forças da família.

“Eu fiz as perguntas terapêuticas, e como eu falei, eu acho que a resposta dessas perguntas acho que fazem com que a paciente, a usuária, ela realmente mostre para a gente o que ela entendeu.” (enfermeiro 3)

“...a preocupação maior da mãe em relação ao desafio (“qual seu maior desafio?”) é a segurança, a violência, e o pai o maior desafio foi o financeiro...” (enfermeiro 7)

“Essa primeira pergunta também trabalha com a potência, o que a pessoa tem de pontos fortes ou quais são os pontos fracos...” (enfermeiro 2)

O enfermeiro experimenta que utilizando as perguntas terapêuticas seu olhar se amplia, contribuindo para sua prática com famílias.

“Eu achei interessante essa pergunta principalmente: “o que vocês precisam para se sentirem mais fortes nessa situação?”, achei legal essa pergunta, achei que é uma pergunta que pode levantar uma série de informações que possibilitam o trabalho da enfermeira, né? (enfermeiro 2)

Desse modo, as perguntas terapêuticas constituem-se em um instrumento valioso na avaliação da família. Além disso, fica claro para o enfermeiro que estas contribuem para o desenvolvimento de uma postura de escuta e acolhimento.

“... e ela se abriu tanto que ela tinha muito mais dúvidas, ... as perguntas terapêuticas te abrem mais um acolhimento com a puérpera.” (enfermeiro 1)

Sendo prazeroso elogiar as famílias é a manifestação de alegria e prazer do enfermeiro ao utilizar esse ingrediente-chave da Entrevista de 15 minutos. O profissional não tem dificuldade em fazer os elogios e percebe o impacto positivo dessa intervenção nas famílias, tornando-se uma experiência prazerosa. Sente-se realizado ao identificar o benefício deste ingrediente-chave e reconhece que o mesmo pode funcionar como uma intervenção com a família.

“Então foi fácil fazer essa parte dos elogios, e para mim também, foi tranquilo. Eu não tive dificuldade, não, porque como ela era muito receptiva também, e quem não gosta de receber um elogio?” (enfermeiro 7)

“Ela adorou, né? Ela sorriu, ela estava tensa quando eu elogiei, ela ficou feliz, ela..., entendeu? Eu percebi pelo não-verbal dela que foi muito

favorável, ela precisava ouvir aquilo para se sentir mais segura e fortalecida.” (enfermeiro 2)

“Em relação aos elogios, eu acho que foi muito mais prazeroso para mim, para eu fazer do que para ela receber. A família teve uma resposta positiva, como eu observei...” (enfermeiro 6) .

O profissional se utiliza desse ingrediente-chave para intervir em situações em que identifica um déficit ou um problema em potencial, especialmente no que se refere à visão que a família tem de si mesma, buscando ressaltar as forças da família que identificou até esse momento na Entrevista de 15 minutos. Assim, elogia o cuidado materno ao recém-nascido, a dedicação e o apoio dos membros da família.

“Principalmente com essa mãe de 15 anos, muito jovem, então eu elogiei ela bastante, porque estava no aleitamento materno exclusivo, isso é muito importante pelo fato dela ser muito jovem...” (enfermeiro 7)

“Usei (os elogios), inclusive mais ainda nessa que estava super assim... desanimada, ela estava sozinha, com mais dois filhos, achando que tudo era..., não lembro o que eu falei, mas eu tentei ressaltar coisa boas, dela e dos filhos... .” (enfermeiro 5)

“Então eu elogiei o fato dela ter começado a cuidar sozinha e ter confiança nela mesma, pois ela estava muito insegura logo nos primeiros dias, né, do nascimento. Então esse ponto eu enfatizei bastante, para ela.” (enfermeiro 7)

“Eu achei que o elogio reforça ainda mais o vínculo, essa parte do elogio é super importante. Porque você acompanhou essa mulher no pré-natal, agora na puericultura, e você reconhecer que ela está desempenhando, que ela está conseguindo fazer o papel dela, isso reforça..., elas ficam carentes, são novas, muito novas. Então, quando a gente dá um elogio, elas ficam felizes da vida, né?” (enfermeiro 3)

Entretanto, nem sempre o enfermeiro tem facilidade em elogiar, pois se vê diante de crenças pessoais que dificultam esse ato, como, por exemplo, o significado do papel de mãe.

“Mas eu tenho um pouco de dificuldade de elogiar. Talvez que eu acabe achando que isso, fazer e assumir a responsabilidade no puerpério, que assumir a responsabilidade de mãe e cuidar, deveria ser uma coisa, a mulher já deveria saber que é o papel dela, ela escolheu ser mãe, o problema é que nem todo mundo escolheu, né... .” (enfermeiro 3)

A partir das perguntas terapêuticas e dos elogios o enfermeiro pode estar **Reconhecendo um espaço para a comunicação terapêutica**. A comunicação terapêutica pode acontecer em todos os contatos entre enfermeiros e famílias. Porém, ao utilizar as perguntas terapêuticas e os elogios, o profissional reconhece que proporciona um espaço de escuta e troca. Isso porque, além de oferecer informações, ele ouve da família quais são suas necessidades e os relatos sobre suas experiências de saúde-doença.

“O pai estando junto, respondeu tudo que eu precisei, foi boa a troca ...eles me responderam tudo com tanta tranqüilidade, tão natural...” (enfermeiro 7)

“se eu continuasse ali, eles iam continuar falando. Eles estavam carentes...”
(enfermeiro 3)

*“Porque quando eu perguntei Achei super bonita a resposta dela,...
.Porque ela estava se sentindo olhada e cuidada.”* (enfermeiro 2)

“Elas ficam assim, as duas que eu fiz era o primeiro filho, né, então elas tinham uma insegurança enorme, e eu percebi que elas ficaram mais: “há, eu estou fazendo tudo certinho, há que bom!”, e aumentou a auto-estima,

acho que aumenta até mais a segurança, ...elas ficam meio que carentes, eram meninas, que de uma hora para outra, são mães, né?” (enfermeiro 3)

O segundo tema identificado nesse estudo é **AVALIANDO O DESAFIO**. **AVALIANDO O DESAFIO** é quando o enfermeiro considera os resultados do uso da Entrevista de 15 minutos na visita puerperal. Avalia também, o impacto na sua experiência, profissional e pessoal, pois está sujeito a ansiedades e angustias. Por outro lado, experimenta a satisfação em superar esse desafio.

O enfermeiro avalia as dificuldades enfrentadas e os benefícios encontrados, considerando também suas experiências anteriores à pesquisa, revendo sua prática com famílias. **AVALIANDO A EXPERIÊNCIA**, o profissional analisa a adequação da Entrevista de 15 minutos à realidade de trabalho no PSF.

Revendo a prática com famílias é quando o enfermeiro, após ter utilizado a Entrevista de 15 Minutos, pondera sobre sua vivência anterior (sem utilizar essa ferramenta), considerando as dificuldades encontradas ao não fazer uso de um modelo de avaliação e intervenção com famílias em sua rotina. O enfermeiro deve realizar uma série de procedimentos técnicos durante a visita puerperal, como o exame-físico e orientações, estabelecidos pelo Protocolo de Enfermagem. Entretanto, nessa prática, ele percebe-se tendo como foco o binômio mãe-filho e não obtendo feedback da família sobre as orientações dadas no atendimento.

No PSF, um aspecto marcante do trabalho é o fato de que o profissional, ao conviver com a população atendida em seu cotidiano e acompanhando os vários momentos do seu ciclo vital, passa conhecer e a criar vínculos com as famílias atendidas. Ainda assim, esse conhecimento dos membros de uma família pode não ser suficiente para avaliar a família como um todo, frente às situações de saúde-doença e aos vários desafios do ciclo vital familiar, como na visita puerperal.

Percebendo limitações na avaliação das famílias expressa uma reflexão do enfermeiro ao rever sua prática com famílias anterior à pesquisa. O profissional percebe as limitações dessa prática ao atuar sem um

referencial teórico próprio e constata a necessidade de utilizar de um modelo de avaliação e intervenção com famílias, de modo a facilitar essa assistência.

“...a gente acaba atentando mais para aquilo que o usuário fala e aquilo que você consegue enxergar. Sentimentos, emoções, nem sempre, se a gente não tiver um instrumento..., a gente é treinada a cuidar da doença, né? Até que na saúde pública a gente vai aprendendo a lidar com mais elementos, mas...” (enfermeiro 3)

“Normalmente, em uma VD de puerpério, eu não sistematizo tanto a família...” (enfermeiro 2)

“...eu não valorizava tanto a questão de o que mudou na sua rotina, ... quais as dificuldades que vocês estão encontrando para cuidar, ...eu não tinha esta visão, a visão era do cuidado muito focado no cuidado e não tanto..., deixa eu tentar explicar: era uma coisa que era focada naquilo e até por uma falta de visão acabava sendo uma coisa meio mecanicista...” (enfermeiro 6)

Deste modo, o profissional, ainda que esteja diante de vários membros da família no domicílio, pode estar **Ficando restrito ao binômio mãe-filho**. **Ficando restrito ao binômio mãe-filho** é a percepção do enfermeiro de suas atividades na visita puerperal quando seu trabalho se restringe aos aspectos biomédicos do cuidado. Enfocando ao binômio mãe-filho, o profissional não atenta ao impacto do ciclo gravídico-puerperal na vida familiar. Sem um instrumento que o apóie, facilmente perde a percepção de que o nascimento é um evento familiar, assim como todos os outros que se seguem, como a amamentação e os cuidados com o recém-nascido.

“Eu chegava na visita domiciliar do RN com o foco nas necessidades do bebê: banho, aleitamento materno, as condições de higiene com o bebê,

umbigo, a mãezinha, o loquios, a cicatriz da cesárea, né, como eles fazem com a dor, se eles estão comendo, se eles estão dormindo...” (enfermeiro 6)

“...porque a gente ia muito voltada ao bebê, e não tanto quanto à família, sim, a gente conhece a família, tudo, se preocupa, mas, como é esta família mesmo, em si..., porque não fazendo isso (a Entrevista de 15 minutos) a gente vai muito voltada ao bebê, a gente está preocupada, está lá para ver o bebê, né?” (enfermeiro 7)

“A gente fica olhando se está tudo bem com a criança, se está mamando no peito e se não está, mas (a Entrevista de 15 minutos) facilitou olhar o todo”
(enfermeiro 3)

Revedo a prática com famílias o profissional percebe que, mesmo algumas ações e intervenções realizadas de acordo com o protocolo de enfermagem podem não atingir o objetivo desejado quando as necessidades da família não são avaliadas. Assim, **Não tendo feedback da família** é quando o profissional, tendo fornecido as várias orientações pertinentes ao puerpério, percebe que essas podem não surtir o efeito esperado, talvez por não virem de encontro às necessidades da família.

“...é que as vezes são tantas informações na visita de puerpério que a gente dá, que elas ouvem e elas ficam meio perdidinhas.” (enfermeiro 3)

“Por que assim, pela experiência que eu já tenho de PSF geralmente você ia para a visita, você conversava com as puérperas, tudo, e assim, é..., eu nunca tinha observado, que seria legal eu fazer essa pergunta para as puérperas... o que você mais solicita, qual a sua dúvida, sabe? E assim, tanto é que, todas elas têm uma pergunta. Embora você ache que na sua visita domiciliar você está seguindo aquele protocolo e pense que está fazendo tudo, mas essa abertura, nessa pergunta terapêutica, eu achei muito interessante. inclusive na última agora: ela se abriu tanto que ela tinha muito mais dúvidas, até que as outras, e coisa que eu nem imaginava que ela poderia perguntar.” (enfermeiro 1)

Esse fato chama a atenção do enfermeiro, pois para ele as orientações são a essência de seu trabalho na visita puerperal.

“...a parte claro, que consome mais, a parte que a gente pode ajudar na visita, que é a principal, as orientações, dúvidas, amamentação, tudo.”

(enfermeiro 7)

“Então é parte da visita que é super importante para eles. Eles gostam muito, que a gente vai e dá as orientações.” (enfermeiro 7)

Sentindo-se inseguro é o receio manifestado pelo enfermeiro diante do desafio de introduzir uma nova prática a uma rotina já estabelecida. É resultado das dúvidas que permanecem após o treinamento da Etapa 1 da pesquisa. O profissional questiona-se sobre sua própria competência na utilização da Entrevista de 15 minutos e sobre a adequação, aplicabilidade e utilidade dessa ferramenta em sua prática profissional.

“Então, quando propôs que a gente fizesse isso, eu não gostei, logo de cara, eu pensei: “há, meu Deus, é uma coisa que eu não sei fazer”, eu não vi utilidade. Eu relutei um pouco, sabe quando você vai deixando? Eu pensei: “há, vai ser chato...”. Sem experimentar.” (enfermeiro 5)

“E assim, tanto na primeira quanto na segunda o que mais assim, eu fiquei com dúvida, até uma questão profissional minha mesmo... Esse instrumento eu nunca usei, nunca usava. No PSF que eu trabalhei 10 anos, não...”

(enfermeiro 1)

A Entrevista de 15 minutos se propõe a servir de modelo para uma avaliação e intervenção com famílias que seja adequado à realidade profissional dos enfermeiros, geralmente envolvidos em múltiplas atividades. Entretanto, diante das dificuldades, inseguranças e ansiedades do

profissional e da família, a realização da Entrevista de 15 minutos pode não acontecer dentro tempo previsto.

A percepção do tempo despendido para a realização da Entrevista de 15 minutos com a família, porém, é subjetiva. Assim, **O tempo não sendo um impedimento** caracteriza-se por essa percepção do tempo utilizado para a aplicação dessa ferramenta, como não sendo um empecilho para seu uso em sua prática profissional.

Dentre os fatores que contribuíram para o prolongamento do tempo despendido na Entrevista de 15 minutos estão as dificuldades na utilização dos ingredientes-chave, como o genograma.

“...eu fiquei com dúvida, na questão do genograma e do ecomapa, em me organizar para fazer neste tempo, porque assim: as famílias são meio que complexas. Então assim, demorou um pouco.” (enfermeiro 1)

Outra questão enfrentada pelo enfermeiro foi a dificuldade em lidar com a fala das famílias, não sabendo como conduzir a conversa de modo a permitir que elas se expressem, sem que isso prolongue a entrevista indefinidamente.

“...eu gastei quarenta minutos. Foi a construção do genograma e as respostas das perguntas, a falta de prática na construção do genograma, também de deixar os usuários falarem, essa questão de falar, falar, eles são muito carentes de atenção, e quando você dá corda..., eu não consigo cortar.” (enfermeiro 3)

Após alguma prática inicial, porém, o enfermeiro pode experimentar a realização da Entrevista de 15 minutos em aproximadamente 15 minutos.

“eu não acho que isso tenha demorado mais do que quinze minutos, que era a proposta, eu acho que cabe nos quinze minutos...” (enfermeiro 2)

“na verdade um eu consegui fazer bem nos 15 minutos” (enfermeiro 7)

A constatação do enfermeiro ao longo da experiência é que, com algumas estratégias, é possível adaptar a rotina de trabalho para a realização da Entrevista de 15 minutos, mesmo que não seja nesse tempo. O enfermeiro percebe que alguns dados obtidos com essa ferramenta não serão necessariamente investigados mais uma vez, como alguns aspectos da estrutura familiar no genograma ou das relações com sistemas mais amplos, no ecomapa. Esses gráficos podem ser atualizados, mas não deverão ser refeitos em uma nova consulta ou visita. Sendo assim, o enfermeiro imagina estratégias possíveis para adequar a Entrevista de 15 minutos à rotina, como separar mais tempo para uma consulta ou visita em que pretenda utilizar a ferramenta e fazer o genograma da pessoa considerada arrimo da família.

“Então para mim, a entrevista não foi inviável. Mas também é uma coisa que se faz da primeira vez, vai abordar uma vez, então mesmo que demore, você pensa: “vou atender esse paciente a primeira vez, vou fechar mais um horário”, porque é uma vez só, você não vai demorar esse tempo todo nas outras vezes.” (enfermeiro 5)

“Eu acho, uma coisa que tinha que ter para a gente realmente falar: é um prontuário família, é ter um genograma. Pode ser que a gente tivesse que fazer o genograma do arrimo da casa, não deve dar para fazer de todos os membros.” (enfermeiro 2)

Sendo gratificante é a percepção do enfermeiro de que a realização da Entrevista de 15 minutos evoluiu como uma experiência proveitosa e agradável, reconhecendo também o resultado positivo de seu trabalho na avaliação e intervenção com famílias. Além disso, recebe uma série de manifestações de aceitação e apreço das famílias entrevistadas, ficando ainda mais satisfeito com seu trabalho.

“...mas realmente foi a melhor coisa... Tudo que eu fiz foi mais gratificante para mim do que para a família. Porque foi um ganho para mim e a família teve uma resposta positiva, como eu observei... . (enfermeiro 6)

“Eu achei bonito! Porque quando eu perguntei: “como podemos ser mais úteis para você e sua família nesta visita?”, ela me respondeu: “vindo aqui você já é útil”. Achei super bonita a resposta dela, eu me senti importante, nesse momento, “pôxa, só a minha presença já está sendo útil!”. Porque ela estava se sentindo olhada e cuidada. Eu me senti bem.” (enfermeiro 2)

*“Então rolou legal a entrevista que eu tive com os dois. Olha, não sei, que para mim foi tão positivo que foi..., tranqüilo. ...Foram me respondendo naturalmente, né ...foi boa a troca, não ficaram perguntando o porquê eu ficar perguntando casos tão íntimos da família, então foi tranqüilo, por isso que eu consegui fazer, fluiu bem a entrevista. Foi positivo mesmo.”
(enfermeiro 7)*

Um fator importante para a percepção positiva do enfermeiro durante a Entrevista de 15 minutos foi seu engajamento com a família. Quando o profissional avalia que a família compreendeu o porquê do uso dessa ferramenta, ao não se negar a participar e, mais do que isso, interessando-se em responder, passa a perceber a experiência como **Sendo gratificante.** Além disso, o profissional também se sente satisfeito quando a família contribui ativamente na construção do genograma, contando sua história, manifestando satisfação e até alívio ao receber os elogios.

“Fazer nesse momento deu mais certo, as pessoas estavam mais tranqüilas, e foi legal construir o genograma junto, e foi frutífero não só para mim, para conhecer a família e suas peculiaridades, e também interessante para a família, para ela refletir sobre a própria família...” (enfermeiro 2)

“Ela adorou, né? Ela sorriu, ela estava tensa quando eu elogiei, ela ficou feliz, ela..., entendeu? Eu percebi pelo não-verbal dela que foi muito

favorável, ela precisava ouvir aquilo para se sentir mais segura e fortalecida.” (enfermeira 2)

Quando o engajamento com a família não ocorre, entretanto, a avaliação do profissional muda. Assim, **Sentindo-se constrangido** é a percepção do enfermeiro sobre a Entrevista de 15 minutos, quando considera que a realização desta torna-se um incômodo, imposto por ele à família e à si próprio. Naquele momento, sua percepção sobre essa ferramenta é negativa e constrangedora.

O engajamento pode não ter ocorrer por um desconforto físico da puérpera – como um ingurgitamento mamário doloroso – de modo que o profissional considera que não é adequado realizar a avaliação da estrutura naquele momento. Uma outra situação em que o engajamento é prejudicado, ocorre quando o enfermeiro considera que a família não está à vontade para falar sobre sua estrutura e seus relacionamentos durante a visita.

“Porque foi na visita de puerpério que eu descobri em dois casos que o primeiro filho não é deste marido, e a criança tá junto na sala, e aí você percebe que a mãe ficou um pouco... desconfortável em falar sobre isso e eu achei muito constrangedor, eu não gostei.” (enfermeiro 4)

“...em princípio eu achei interessante, mas eu..., na prática, não foi. Porque a puérpera que eu visitei ela estava com um ingurgitamento mamário e eu fiz, meio por obrigação, porque eu queria participar da pesquisa. Mas não era o momento mais adequado para eu fazer esse trabalho: as perguntas até caberiam, poderia ser feito, tanto que couberam, mas o genograma não era o momento mais adequado, porque a preocupação dela era a mama, então ela não estava com disposição para conversar sobre esse assunto e falar sobre a família naquele momento. Então ficou meio forçado, não era o momento mais tranquilo, e eu fiz o genograma dela, perguntei, e eu vi que foi uma coisa forçada, não foi gostoso. Não foi legal. (enfermeiro 2)

O enfermeiro, assim, **Sentindo-se constrangido** acredita estar sujeitando a família a um procedimento inadequado para aquele momento e julga estar causando desconforto ou angústia a ela. Percebe que suas ações não vão de encontro às necessidades da família.

Tendo que ser feito no momento adequado é a conclusão do enfermeiro ao avaliar suas experiências com a Entrevista de 15 minutos. A percepção do momento da entrevista como adequado ou não é determinante da percepção da experiência como **Sendo gratificante** ou como **Sendo constrangedor**. O profissional conclui que a chave para a realização da Entrevista de 15 minutos é a qualidade do momento em que ela ocorre: um momento onde o enfermeiro e a família possam sentir-se à vontade para partilhar suas experiências e conhecimentos, abrindo espaço não só para obtenção de dados, mas também, para comunicação terapêutica.

“...então ela ainda estava tendo que lidar com a situação para a criança, que chegou o irmão, então era para ter feito isso antes, durante o pré-natal, e não na visita de puerpério. Foi interessante porque eu pude conhecer algumas coisas, mas o momento não foi adequado.” (enfermeiro 4)

“Eu acho que as duas famílias que eu entrevistei gostaram. Eles aceitaram bem, responderam bem, e se eu continuasse ali, eles iam continuar falando. Eles estavam meio carentes! Eu percebi a aceitação por conta disso, né? Responderam tudo de bom grado, né?” (enfermeiro 3)

Sendo surpreendido pelos benefícios do desafio é quando o enfermeiro, após enfrentar o desafio de introduzir um novo elemento à sua rotina, se arriscar em um novo procedimento, ter experiências gratificantes e outras constrangedoras, percebe que os benefícios obtidos se destacam. O enfermeiro fica surpreso com os novos dados sobre a família que obtém, mesmo após conhecê-la já há algum tempo. Seu vínculo com as famílias se aprofunda e a partir da nova avaliação, pode intervir, implementando novas condutas.

Aprofundando o conhecimento sobre a família é um resultado evidente nas experiências do enfermeiro com a Entrevista de 15 minutos. Mesmo já tendo um vínculo com a família anterior à visita puerperal e à Entrevista de 15 minutos, o profissional toma conhecimento sobre aspectos da família que eram desconhecidos e percebe que, se não estivesse usando um instrumento de avaliação de famílias, não teria obtido essas informações.

“...eu acho que ficou muito mais completa esta visita, com o genograma, até com as perguntas, eu achei pertinentes, né, legal, porque a gente ia muito voltada ao bebê, e não tanto à família, sim, a gente conhece a família, tudo, se preocupa, mas, fazendo o genograma a gente aprofunda mais, em relação à família, aos avós do bebê, qual a relação que têm com os filhos, o apoio familiar, né, como é esta família mesmo, em si...”
(enfermeiro 7)

“Mas depois que eu fiz a primeira, eu gostei bastante, porque eu vi coisas que eu jamais teria conhecimento de outra maneira. Da primeira vez que eu fiz eu descobri que a mãe, que um dos pais dos filhos dela é desconhecido, eu nunca teria descoberto de outra maneira.” (enfermeiro 5)

O enfermeiro obtém dados novos sobre a estrutura familiar:

“...porque aqui eu não sabia que o pai tinha outra família, é sempre só a mãe que vem à consulta, a gente está envolvida aqui com a mãe, e a gente mapeando, a gente consegue descobrir coisas que a gente não viu na consulta, ali, em todo o pré-natal a gente não descobriu.” (enfermeira 7)

Também identifica novas questões sobre o desenvolvimento e funcionamento familiar:

“Eu já tinha um vínculo, mas, por exemplo, eu comecei entender melhor o vínculo da puérpera com os avós paternos do RN, ela estava com a visita dos avós paternos, ela contou um pouco, né? Quando eu fui

perguntar deles, se eu não tivesse perguntado no genograma eu não ia perceber que isso é um ponto conflituoso na vida dela, Porque quando ela falou, ela abriu um pouco para falar desse desconforto que ela estava tendo.” (enfermeiro 2)

A interação do enfermeiro com a família durante a Entrevista de 15 Minutos proporciona o desenvolvimento de um ambiente potencialmente terapêutico. Assim, não só o aumento do conhecimento do enfermeiro sobre a família, mas também o próprio reconhecimento de um espaço para a comunicação terapêutica, fazem com que o profissional perceba que está **Aprofundando o vínculo com as famílias. Aprofundando o vínculo com as famílias** é um ganho essencial para a prática dos enfermeiros do PSF, uma vez que um dos seus instrumentos de trabalho mais importantes é o vínculo com as famílias e a comunidade.

“Mas eu achei que foi bem importante, porque eu abordei temas que eu não abordaria se não usasse esse tipo de instrumento. Então até criou um vínculo maior entre eu e a pessoa, porque eu sou uma desconhecida, também.” (enfermeiro 5)

“...eu achei que o elogio reforça ainda mais o vínculo, essa parte do elogio é super importante. Porque você acompanhou essa mulher no pré-natal, agora na puericultura, e você reconhecer que ela está desempenhando, que ela esta conseguindo, fazer o papel dela, isso reforça.” (enfermeiro 3)

Implementando novas intervenções são ações que o enfermeiro realiza a partir da avaliação da família na Entrevista de 15 minutos, com a obtenção de novos dados e do ampliar da visão sobre as necessidades da família. O enfermeiro percebe o potencial de intervenção com famílias dos ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos.

“...e foi legal construir o genograma junto, e foi frutífero não só para mim, para conhecer a família e suas peculiaridades, e também interessante para a família, para ela refletir sobre a própria família.” (enfermeiro 2)

“Mas essa questão, assim, de encorajar e as perguntas terapêuticas te abre mais um acolhimento com a puérpera. Eu senti isso.” (enfermeiro 1)

“Ela adorou, né? Ela sorriu, ela estava tensa quando eu elogiei, ela ficou feliz, ela..., entendeu? Eu percebi pelo não-verbal dela que foi muito favorável, ela precisava ouvir aquilo para se sentir mais segura e fortalecida.” (enfermeiro 2)

“Eles aceitaram bem, e se eu continuasse ali, eles iam continuar falando. Eu acho que as duas famílias que eu entrevistei gostaram. Eles estavam meio carentes...” (enfermeiro 3)

Essas novas intervenções também podem ser novas orientações ou mesmo o encaminhamento da família para atendimento conjunto com outro profissional.

“Então, o que mais me marcou foi isso: que eu conheci aspectos que, por exemplo: essa (puérpera) que sabia só o primeiro nome do pai da criança, mas sabia onde ele morava, ela não sabia que tinha direito a pensão, então ela foi encaminhada para o serviço social, e se eu não tivesse perguntado: “qual o nome do pai do seu filho?”, eu não ia saber (dessa situação). Porque ela não ia me falar, ela estava lá para falar do bebê, né? Então assim: abriu um outro universo” (enfermeiro 5)

Por fim, o enfermeiro considera que a Entrevista de 15 minutos é uma estratégia para estar **Indo além do protocolo. Indo além do protocolo** é quando o enfermeiro avalia que o uso da Entrevista de 15 minutos não o impede de executar as atividades prescritas – e necessárias – pelo Protocolo de Enfermagem da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher. Ao

contrário, é uma ferramenta que o habilita a ir além, aproveitar uma oportunidade, desde que seja o momento adequado, para conhecer a experiência de uma família em um momento chave de seu ciclo vital: o nascimento de um novo membro. Assim, o profissional amplia seu olhar, para além das questões biomédicas (higiene, amamentação, dor...), além do binômio mãe-filho, para todo o sistema familiar e sua rede social de suporte, os sistemas mais amplos.

“Não tirou meu foco do puerpério, assim, na verdade é isso que eu acho: ela (a entrevista) tem a ver com o puerpério, porque eu não conheço as famílias...” (enfermeiro 5)

“Porque não fazendo isso a gente vai muito voltada ao bebê, a gente está preocupada, está lá para ver o bebê, né? O cuidar da mãe, os dois ali são importantes, mas neste momento a gente consegue não ver só o bebê com a mãe, mas o pai, a família, a relação, se tem outras famílias envolvidas, também junto com este bebê, né, coisas que a gente não estava fotografando bem, mas assim, fica uma fotografia bem clara, né?”
(enfermeiro 7)

“...utilizando o genograma você acaba se aprofundando mais, nesse assunto, né? Normalmente não. Como eu fiz todas as outras coisas que eu tinha que fazer, porque você sabe, que a gente tem uma série de coisas que a gente precisa fechar ali, que é obrigatório ver, isso tudo eu fiz, não mudou nada. Faço e sempre fiz, nesta também, o que mudou é que ampliou, aprofundou mais no assunto da família...” (enfermeiro 2)

O profissional percebe que é possível atender a demanda exigida pelo Protocolo e também uma demanda mais evidente, como a dor, e ao mesmo tempo, avaliar e intervir com famílias. Para isso é essencial que esteja sensível para escutar a família, perceber qual sua disponibilidade naquele momento, e adequar sua ação às suas necessidades e anseios. A avaliação e intervenção com famílias é percebida como uma necessidade, e

não um detalhe, no trabalho com famílias. É parte essencial desta prática e um potencial marcante do Programa de Saúde da Família.

“Porque muitas vezes a gente acaba vendo os ingurgitamentos mamários e acaba não vendo a família.” (enfermeiro 2)

“Sinalizou vários outros aspectos que eu tenho que olhar, que lembrar, além de se a mulher está com sangramento, se o útero está involuindo, se a criança está mamando. Ir além do protocolo.” (enfermeiro 3)

Discussão



5. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa procurou-se investigar a experiência do enfermeiro do Programa de Saúde da Família na utilização da Entrevista de 15 Minutos. A análise das entrevistas nos possibilitou compreender que essa experiência é considerada um desafio pelo profissional, por estar utilizando uma nova ferramenta – a Entrevista de 15 minutos – em sua rotina profissional.

Desde a Etapa 1 dessa pesquisa o enfermeiro, apesar de perceber-se mais instrumentalizado, ainda manifesta dúvidas em relação à possibilidade da Entrevista de 15 minutos contribuir na abordagem das famílias que atende. Assim, sente-se desafiado ao utilizar essa nova ferramenta, sobre a qual ainda não tem domínio, nas visitas puerperais que rotineiramente realiza em sua prática profissional.

Entretanto, ao usar essa nova ferramenta, o profissional surpreende-se com a influência decisiva da Entrevista de 15 minutos em seu trabalho com famílias, por possibilitar a ampliação de seu olhar para as mesmas. Percebe que os ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos contribuem para aprofundar o conhecimento sobre as famílias atendidas, com a obtenção de novos dados sobre sua estrutura e as relações entre seus membros e com sistemas mais amplos, como igrejas e o próprio sistema de saúde. Também entende estar **Aprofundando o vínculo com as famílias**, através da abertura proporcionada pela Entrevista de 15 minutos, para a troca de experiências e informações. Além disso, esse olhar ampliado para a família possibilita a implementação de novas intervenções, como novas informações, orientações e encaminhamentos para outros profissionais. Esses resultados positivos da Entrevista de 15 minutos levam o profissional a descrever a experiência como **Sendo gratificante**.

Esses resultados se assemelham muito aos obtidos em outros estudos que também se utilizaram de treinamentos para enfermeiros com o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com Famílias (MCAIF) e a Entrevista de 15 minutos. Esses trabalhos foram realizados em ambientes diversos, como um hospital pediátrico (D'Artois, Rennick, 2007), um hospital

psiquiátrico (Goudreau, Duhamel, Ricard, 2006) e um hospital de reabilitação pediátrica (LeGrow, Rossen, 2005) analisando as experiências desses profissionais no uso do MCAIF. Apesar de terem sido utilizadas metodologias diferentes – os treinamentos tiveram diferentes durações e utilizaram diferentes estratégias como role-play e supervisão continuada – e dos cenários de realização dos estudos terem sido outros (todos hospitalares) o impacto da utilização do MCAIF e da Entrevista de 15 minutos observado na prática dos profissionais participantes nesses trabalhos se aproxima muito ao experimentado pelo enfermeiro em nosso estudo.

Nesses trabalhos os autores afirmam que após os treinamentos os profissionais passaram a focar a unidade familiar como um todo (LeGrow, Rossen, 2005), desenvolvendo e aprimorando a comunicação e a interação com as famílias com o uso de perguntas, comunicação terapêutica, elogios e intervenções objetivando o engajamento das famílias (LeGrow, Rossen, 2005; Martinez, D'Artois, Rennick, 2007; Goudreau, Duhamel, Ricard, 2006). Além disso, foram obtidos mais dados sobre a família do que o usual, levando os profissionais a uma percepção de aprimoramento na sua competência em avaliar as famílias (Martinez, D'Artois, Rennick, 2007). Os enfermeiros também passaram a oferecer novas informações e orientações a partir da identificação de necessidades (Martinez, D'Artois, Rennick, 2007), participando mais nas reuniões familiares realizadas no serviço de saúde (que já aconteciam de rotina com a presença de outros profissionais), aumentando sua satisfação no trabalho com famílias e sua auto-estima profissional (LeGrow, Rossen, 2005; Martinez, D'Artois, Rennick, 2007; Goudreau, Duhamel, Ricard, 2006).

A semelhança desses resultados com os de nosso estudo evidencia que a Entrevista de 15 minutos pode ser considerada uma ferramenta bastante flexível, adaptável a diferentes cenários, como também afirma Holtlander (2005). Essa autora relata em seu artigo sua experiência na utilização da Entrevista de 15 minutos em uma unidade hospitalar de pós-parto. Afirmar que além de possibilitar a obtenção de novos dados sobre a família, facilitando a identificação de suas necessidades, a Entrevista de 15

minutos pode ser um guia, interativo e flexível, para o relacionamento entre enfermeiras e famílias.

Leahey e Svavarsdottir (2009) relatam que enfermeiros utilizando a Entrevista de 15 minutos em seus estudos indicaram que essa ferramenta possibilitou que as famílias compartilhassem suas experiências de sofrimento, aprofundando a interação entre profissionais e famílias. O enfermeiro em nosso estudo também experimenta esse aprofundamento de sua relação com as famílias atendidas utilizando a Entrevista de 15 minutos.

É importante ressaltar que para o enfermeiro do Programa de Saúde da Família essa relação que se desenvolve entre ele a família atendida à partir do uso da Entrevista de 15 minutos é, em si, um ganho fundamental, uma vez que, por definição do próprio Ministério da Saúde “o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p.7). Além disso, em outro documento, o Ministério da Saúde reforça que “para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade” (Brasil, 2000, p. 317).

O profissional do PSF usualmente já tem vínculo com os membros das famílias atendidas, devido ao relacionamento que se estabelece ao acompanhá-los em diferentes momentos de suas vidas: nos atendimentos à gestante, à criança, ao idoso, ao portador de doenças crônicas e infecto-contagiosas. Ainda assim, o olhar do profissional pode tornar-se fragmentado ao atender os membros da família isoladamente, correndo-se o risco de perder-se a perspectiva sistêmica e integral da assistência, desarticulando o indivíduo do seu contexto. Oliveira e Marcon (2007a, p.437) afirmam que, na prática de trabalho do PSF:

o foco pretendido é a família, mas, na prática, as atividades, que têm caráter assistencial e se manifestam prioritariamente por meio de orientações no âmbito preventivo, ainda são voltadas para o indivíduo, em especial àquele que apresenta algum problema de saúde

O enfermeiro percebe que muitas vezes ficam restritos ao binômio mãe-filho nas visitas puerperais feitas anteriormente ao uso da Entrevista de 15 minutos. As exigências do Protocolo de Enfermagem, além da sobrecarga de trabalho, não favorecem o estabelecimento de uma relação com a família. Com o uso da Entrevista de 15 minutos o profissional entende estar **Reconhecendo um espaço para a comunicação terapêutica**. Essa comunicação que se estabelece permite que a família se expresse e que o profissional reconheça suas angústias e forças, possibilitando que o enfermeiro avance em direção a uma prática onde a família é o objeto do cuidado.

Moules et al. (2009) afirmam que o relacionamento é considerado uma questão central na prática de enfermeiras de saúde pública com famílias. Em seu estudo observaram que em visitas domiciliares para famílias com crianças consideradas de risco, o peso da criança servia de “porta de entrada”, o início de uma conversa e do desenvolvimento de um relacionamento, servindo de contexto para que enfermeiras e famílias conversassem sobre outros tópicos. Heaman et al. (2007) afirmam que o respeito, a confiança e o apoio são alguns dos fatores mais importantes no relacionamento de enfermeiros de saúde pública com as famílias em visitas domiciliares. Campos e Wendhauseo (2007, p.272) afirmam que:

o estabelecimento de uma nova relação com o usuário, em que a comunicação passa a ser horizontal e privilegia o diálogo entre diferentes saberes

é uma das características necessárias para a prática no PSF.

Reconhecendo o impacto da Entrevista de 15 minutos em seus relacionamentos com as famílias atendidas, o enfermeiro considera que, ao agregar a Entrevista de 15 minutos à rotina de trabalho, está **Indo além do protocolo**. Entretanto, uma vez que um dos objetivos específicos do PSF é “eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (Brasil, 1997), podemos considerar que é quando se estabelece uma relação terapêutica entre família e profissional que essa idéia central da Estratégia/Programa Saúde da Família aproxima-se de ser

concretizada. Sendo assim, ir além do protocolo nada mais é do que atuar de modo coerente com alguns dos conceitos originais do PSF.

O aprofundamento da interação entre enfermeiro e famílias e o estabelecimento de um relacionamento terapêutico durante a realização da Entrevista de 15 minutos favorece a implementação de novas intervenções. Martinez, D'Artois e Rennick (2007) afirmam que à partir da ampliação do conhecimento sobre as famílias usando a Entrevista de 15 minutos os enfermeiros puderam identificar suas necessidades específicas, de modo que puderam oferecer informações que enfocassem essas necessidades. Goudreau, Duhamel e Ricard (2006) relatam que, de acordo com os enfermeiros em seu estudo, os elogios foram uma das intervenções com famílias de maior impacto, por mudar o foco da atenção profissional dos problemas para as forças e recursos presentes na família, empoderando-a e transformando o olhar da própria família sobre si mesma. Em nosso estudo o enfermeiro também percebe os ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos como uma forma de intervenção com a família de grande impacto, particularmente por promoverem um ambiente acolhedor durante a entrevista, facilitando o desenvolvimento de um relacionamento mais terapêutico. Além disso, ao ampliar o olhar do enfermeiro para a família como uma unidade, outras necessidades e demandas ficam evidentes, contribuindo para a implementação de intervenções com foco na família, como orientações ou o seu encaminhamento para atendimento com outro profissional.

Como dissemos de início, o profissional sente-se desafiado ao utilizar a Entrevista de 15 minutos em sua prática profissional, mas ao enfrentar esse desafio, experimenta um impacto decisivo nessa prática, com a ampliação de seu olhar para as famílias. Entretanto, o enfrentamento desse desafio também traz algumas dificuldades, levando o profissional a experimentar também ansiedades e constrangimentos.

Os trabalhos que utilizaram em sua metodologia treinamentos para enfermeiros com o MCAIF descrevem pouco as dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao iniciar o uso desta nova abordagem às famílias. D'Artois e Rennick (2007) identificaram diferentes níveis de desconforto no

uso de genogramas pelos profissionais, porém esse desconforto progressivamente reduziu-se com a prática. Também identificaram dificuldades no uso dos elogios. Segundo os autores, o momento da admissão da família no hospital (o momento em que os profissionais teriam que usar a Entrevista de 15 minutos para o estudo) não foi considerado adequado para o uso dos elogios pelos enfermeiros, por considerarem que seria um julgamento precipitado. Além disso, problemas no engajamento com as famílias também foram descritos como dificuldades para o uso da Entrevista de 15 minutos.

Em nosso estudo o enfermeiro também enfrenta dificuldades no engajamento com as famílias atendidas, manifestando estar **Sentindo-se constrangido** quando percebe que o momento não é adequado para a realização da Entrevista de 15 minutos. Em visitas onde a família manifesta grande angústia ou desconforto por uma questão específica, fica claro para o enfermeiro que não é possível utilizar todos os ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos sem que antes atenda às expectativas da família para aquele encontro. Wright e Leahey (2002) afirmam que para ser criado um contexto favorável à mudança, é fundamental obter um entendimento claro das principais preocupações das famílias naquele momento, assim como reconhecer seu sofrimento, expectativas e angústias.

Através das dificuldades no engajamento com as famílias o enfermeiro percebe que existem situações onde a melhor opção é realizar a Entrevista de 15 minutos em outro momento, adiando-a quando aquele não parece o momento adequado. Fica claro que a Entrevista de 15 minutos não visa somente a obtenção de dados para avaliação, mas também o estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro e família. Dessa maneira, esse atendimento passa a ir de encontro às expectativas da enfermeira e também da família.

O profissional do PSF tem em sua prática cotidiana o privilégio de poder adiar um procedimento como a Entrevista de 15 minutos, ou parte dela, pois sabe que voltará a atender aquela família várias vezes, ao longo do atendimento de puericultura, por exemplo. Além disso, se considerar necessário, pode planejar uma nova visita. Assim, pode definir, juntamente

com a família, um momento que seja adequado para ambos sentirem-se à vontade para participarem da Entrevista de 15 minutos.

Outra dificuldade que o enfermeiro encontra no uso da Entrevista de 15 minutos é o registro gráfico do genograma e ecomapa, sendo essa parte da experiência descrita como **Enfrentando dificuldades na construção do genograma e ecomapa**. D'Artois e Rennick (2007), como já foi dito, também relatam que o grau de conforto com o uso de genogramas em seu estudo foi variado, sendo que alguns participantes manifestam um nível elevado de dificuldade inicial.

Em relação à atenção primária e em especial ao PSF, são poucos os estudos que analisam o uso de genogramas e ecomapas. Na base de dados Lilacs encontramos 6 trabalhos que trazem análises sobre o uso desses instrumentos no PSF (Pereira et al., 2008; Mello et al., 2005; Moysés et al. 1999; Ditterich, Gabardo, Moysés, 2009; Pereira et al. 2009; Pavarini et al, 2008). Dentre esses, a maioria analisa a experiência dos próprios autores das pesquisas utilizando esses instrumentos para avaliar famílias.

Um fator que possivelmente contribui para o reduzido número de estudos sobre esses instrumentos é a pouca utilização dos mesmos na prática da Atenção Primária e no PSF. Campbell et al (2002) afirmam que nos Estados Unidos um estudo revelou que apenas 11% dos pacientes atendidos por médicos de família tinham genogramas em seu prontuário. Pereira et al. (2008), investigando o uso do prontuário familiar em unidades de Saúde da Família em 16 municípios do Norte e Nordeste do Brasil afirmam que, nas 469 entrevistas analisadas, 26% dos entrevistados não utilizavam o prontuário familiar e 70% desconheciam o genograma. São instrumentos pouco conhecidos, pouco utilizados e também pouco estudados.

Dentre os trabalhos que discutem as dificuldades do uso de genogramas e ecomapas na atenção primária, Pereira et al. (2008) afirmam que seu aprendizado pode levar tempo, requerendo paciência do profissional, mas que com a prática esses instrumentos se constituem em elementos indispensáveis para a atenção primária. Schilson, Braun e Hudson (1993) considerando que uma das dificuldades encontradas pelos

profissionais de medicina de família no uso do genograma é o tempo despendido na sua construção – em contraste com o pouco tempo disponível para os atendimentos – chegam a sugerir que terapeutas familiares façam os genogramas em interconsultas com os médicos de família. Campbell et al (2002), por outro lado, afirmam que genogramas feitos pelo próprio médico de família têm mais influência no comportamento do profissional e em sua avaliação da família do que os realizados por outros profissionais ou pelo próprio paciente e sua família antes da consulta.

Pereira et al. (2009), utilizando genogramas e ecomapas na coleta de dados sobre famílias atendidas pelo PSF também afirmam que, em sua experiência, esses instrumentos levam muito tempo para serem construídos e analisados, de modo que, em sua opinião,

para o processo de trabalho das equipes de saúde da família são instrumentos pouco aplicados, restringindo-se ao uso acadêmico por despendem tempo para dedicar atenção necessária para construí-los de forma adequada, para sua análise e atuação frente às exigências de cuidados encontradas, e ainda para sua atualização, visto que é o retrato de um momento do ciclo vital da família, e desta forma, sofre modificações ao longo do processo de viver humano (Pereira et al., 2009, p. 411).

Essa afirmação nos causa surpresa, tendo em vista que esses instrumentos vêm sendo utilizados na prática clínica, em todo o mundo, há muitos anos, pelos diversos profissionais que trabalham e atendem famílias, como terapeutas familiares, médicos de família, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros (McGoldrick, Gerson, 1985; Wright, Leahey, 2002). Campbell et al (2002) afirmam que os genogramas vêm sendo considerados por muitos como um componente-chave de uma entrevista centrada na família, sendo um dos métodos mais eficientes e simples de compreender o contexto familiar de um paciente na Atenção Primária à Saúde.

Em relação aos benefícios do uso de genogramas e ecomapas no PSF Mello et al. (2005) afirmam que em seu estudo o uso desses instrumentos no contexto do PSF possibilitou a aquisição de informações sobre a família que complementaram a ficha A (ficha de cadastro da família no PSF), levando a um olhar mais detalhado sobre os relacionamentos

familiares e a obtenção de dados sobre as relações da família com a comunidade, além de contribuir com a disposição dos dados de forma prática. Pereira et al. (2008) afirmam ser fundamental para o profissional de atenção primária detectar indícios ou riscos na esfera psicossocial, visando prevenir doenças ou alterações na funcionalidade familiar. Os autores afirmam que o genograma é um dos instrumentos que possibilitam essa avaliação. Pereira et al. (2009) também afirmam que o uso do genograma e ecomapa em seu estudo permitiu a visualização da complexidade e da dinâmica de cada família estudada no PSF. Além disso, Pavarini et al. (2008) ressaltam que o uso do genograma também é importante ao retratar patologias existentes nas famílias, sendo possível identificar predisposições genéticas ou comportamentos que se repetem.

Em nosso estudo o enfermeiro também vivencia dificuldades no uso desses instrumentos. Primeiramente, o profissional confronta-se com a falta de prática na realização de desenhos e gráficos. Desenhos requerem organização espacial e destreza, que podem ser desenvolvidos com o tempo, mas certamente constituem-se em desafios de início. Além disso, é essencial que os símbolos utilizados nos gráficos sejam lembrados. Ter o instrumento impresso como suporte é fundamental nesse sentido, porém, a construção dos genogramas e ecomapas pode levar mais tempo que o esperado pelo profissional.

Além dessa dificuldade inicial na construção desses diagramas a quantidade de dados obtidos nas entrevistas com as famílias também contribui para que a utilização dos genogramas e ecomapas se torne trabalhosa e demorada. Algumas das famílias entrevistadas pelo enfermeiro são constituídas por muitos recasamentos com filhos. Wright e Leahey (2002) afirmam que para que o genograma e o ecomapa se tornem tempo-eficientes é necessário focar em dados como idade, ocupação, religião e estado de saúde dos membros da família. Dados como divórcios de irmãos ou netos, se não forem relevantes para aquele atendimento, não têm necessidade de serem obtidos de início, por não ser tempo-eficiente.

Na sociedade brasileira, em especial nas camadas de baixa renda, ainda encontramos grandes multiparidades – apesar de esse fenômeno

estar em declínio (IBGE, 2010). Além disso, também se têm observado um fenômeno descrito como “monogamia seriada” – constantes e sucessivas uniões conjugais, que se iniciam uma logo após o término da outra (Amazonas et al., 2003). Não é raro encontrarmos mulheres com três ou mais filhos, cada um de um parceiro diferente. Um outro fenômeno foi observado pelos mesmos autores, e estaria relacionado à precariedade das condições sociais da população de baixa renda: ao encontrarem dificuldade na criação de seus filhos, muitos pais contam com a solidariedade da família extensa e vizinhos, de modo que as crianças podem vir a serem criadas como filhos em outras famílias, ainda que às vezes mantendo o contato com os genitores. Considerando que nosso referencial teórico – o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias – assume que “a família é quem seus membros dizem que são” (Wright, Leahey, 2002, p.68) pode-se imaginar que um genograma assim pode trazer muita dificuldade em sua construção. Em nosso estudo as famílias entrevistadas pelo enfermeiro têm composições semelhantes a essa, numerosas e com muitos recasamentos, trazendo dificuldades para o profissional na coleta e organização de dados elementares para a construção do genograma e ecomapa, como idade, ocupação, filiação e casamentos.

Quais seriam as informações importantes a serem obtidas em um genograma de uma família com esse tipo de estrutura? Com tantas informações, como construir um genograma tempo-eficiente (como descrito por Wright e Leahey)? Não é fácil afirmar que os companheiros anteriores de uma mulher, pais de seus outros filhos, não devam constar no genograma, por exemplo. Informações sobre pensão e sustento das crianças são fundamentais nesses casos, de modo a identificar precocemente riscos sociais e vulnerabilidade.

Ditterich, Gabardo e Moysés (2009) discutem que nem todas as informações sobre as famílias podem ser obtidas nos primeiros contatos com as mesmas e que, enunciar os problemas em algum ponto e observar a reação da família também é parte de uma entrevista de ajuda. Mello et al., (2005) também ressaltam que as informações para a construção do genograma devem ser coletadas em vários contatos com as famílias. Isso

porque, segundo as autoras, é necessário o estabelecimento de um relacionamento com as famílias para a utilização do genograma e ecomapa, de modo que a família se sinta confortável em compartilhar sua história. Além disso, a estrutura familiar é dinâmica, sofrendo variações com a perda e aquisição de novos membros, de modo que todo genograma e ecomapa devem ser atualizados com o tempo. Assim, esses diagramas podem ser construídos ao longo dos atendimentos que são realizados e da relação que estabelece entre profissional e família.

McGoldrick e Gerson (1985) afirmam que, ainda que o genograma seja tipicamente construído no primeiro encontro entre um profissional e a família a ser atendida, ele deve ser revisado e atualizado nos encontros subsequentes. Wright e Leahey (2002) também declaram que o trabalho com famílias deve ser um processo contínuo, de modo que a obtenção de dados deve acompanhar o desenvolvimento do relacionamento entre enfermeiro e família. As autoras relatam, entretanto, que enfermeiros principiantes na avaliação e intervenção com famílias “quase sempre despendem um tempo excessivo coletando grandes quantidades de informações” (Wright, Leahey, 2002, p. 181), informações estas que são apenas tangenciais ao problema central da família e são pouco utilizáveis. Ainda assim, afirmam as autoras, é preferível que errem por levar mais tempo que o esperado para completar a avaliação do que realizem intervenções prematuramente. Desse modo, quando necessário, o profissional deve optar por terminar a avaliação familiar – incluindo a construção do genograma e ecomapa – em um próximo atendimento, realizando essa avaliação ao longo da interação que se estabelece no cuidado.

Não podemos deixar de lembrar que as relações entre profissionais e famílias na atenção primária devem se pautar por um atributo fundamental: a longitudinalidade, caracterizada por relações pessoais estáveis e de longa duração entre profissionais e a população atendida (OMS, 2008). Segundo o documento publicado em 2008 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) denominado *Primary Health Care: Now More Than Ever*, é fundamental que os profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS)

desenvolvam um relacionamento com a população atendida ao longo do tempo, como indivíduos e como membros de uma família e comunidade. A OMS também afirma que a continuidade do cuidado é importante para determinar a efetividade da atenção à saúde, assim como uma atitude compreensiva por parte dos profissionais. Sendo assim, fica claro que o aprofundamento do conhecimento da família, a criação de vínculos e o desenvolvimento de um ambiente relacional propício à mudança e alívio do sofrimento não precisam acontecer em um único contato entre o enfermeiro do PSF e a família, tendo em vista que espera-se que esse profissional desenvolva um relacionamento longo e duradouro com a família atendida.

Apesar das dificuldades encontradas, o enfermeiro percebe que obtém novos e surpreendentes dados com o uso do genograma e do ecomapa. Além disso, entende que a participação dos familiares na construção desses diagramas permite que reflitam sobre si próprios, tornando a experiência ainda mais rica, de modo que a utilização desses ingredientes-chave é também vista como uma intervenção com as famílias. Alguns autores (Mello et al. 2005; Pereira et al., 2009; Pavarini et al., 2008; Ditterich, Gabardo, Moysés, 2009; Wright, Leahey, 2002; McGoldrick, Gerson, 1985) enfatizam a importância da participação da família na construção do genograma, por se tratar de um instrumento relacional, não somente por avaliar relações, mas também por ser construído na interação da família com a enfermeira, de modo que tem em si um potencial de intervenção. O genograma também pode ser usado como um meio de engajar-se com a família para a entrevista, pois as famílias inicialmente se sentem mais confortáveis conversando sobre seus aspectos estruturais (Wright, Leahey; 2002, McGoldrick, Gerson, 1985).

Existe ainda uma outra questão relacionada às dificuldades que o enfermeiro experimenta na utilização da Entrevista de 15 minutos – a duração da entrevista com as famílias. Nem sempre a entrevista realizada pelo enfermeiro com as famílias tem a duração aproximada de 15 minutos. As dificuldades já discutidas em relação ao engajamento com as famílias e ao uso do genograma e ecomapa levam o profissional a gastar mais tempo que o esperado para concluir as entrevistas com as famílias. Ainda ocorrem

situações onde o enfermeiro, conversando sobre as angustias e dúvidas da família, tem dificuldade em controlar o tempo que utiliza para a entrevista. Nesse sentido, Wright e Leahey (2002) reforçam a importância de deixar claro para a família a estrutura da entrevista a ser realizada desde o início, o que inclui sua duração. Essa estratégia contribui para que a própria família tenha em mente que a duração da entrevista é limitada, facilitando que o enfermeiro interrompa a conversa quando o tempo combinado de início acabar.

Leahey e Svavarsdottir (2009) citam que, em estudos em que os enfermeiros utilizaram os ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos para desenvolverem uma conversa terapêutica curta com famílias atendidas, esses profissionais levaram entre 15 e 50 minutos para concluir essas conversas. Em nosso estudo, esse prolongamento da entrevista com as famílias que o enfermeiro experimenta não é visto como um problema, de modo que percebe **O tempo não sendo um impedimento**. O profissional entende que, no futuro, pode organizar sua rotina de modo a utilizar os ingredientes-chave da Entrevista de 15 minutos ao longo dos atendimentos a serem realizados com aquela família, ou ainda, separar mais tempo para uma visita ou consulta em que pretendam utilizar a Entrevista de 15 minutos.

Por fim, gostaríamos de ressaltar que para a concretização da proposta do PSF existe a necessidade dos profissionais incorporarem em sua prática discussões acerca da família, planejando as atividades em saúde com base nas suas experiências, nos contextos de vida dos sujeitos e nos saberes da família (Resta, Motta, 2005). Ainda que nem todas as demandas trazidas à Equipe de Saúde da Família sejam demandas de família (pois existem questões que devem ser assistidas com foco no indivíduo e outras com foco na comunidade), existem situações onde uma intervenção eficaz depende da abordagem à família – como sistema ou como contexto. Entretanto, ainda não é uma prática comum em nossa sociedade a avaliação e intervenção de famílias como uma unidade (Wright, Leahey, 2002), mesmo no contexto das práticas de Saúde da Família. Em nosso estudo o enfermeiro utiliza a Entrevista de 15 minutos nas visitas puerperais. Tendo em vista o grande número de famílias atendidas por cada equipe de Saúde

da Família e a grande variedade de demandas dos indivíduos, suas famílias e comunidades, podemos nos questionar sobre quais famílias deveriam ser abordadas usando essa ferramenta e em que momento isso deveria ocorrer.

Wright e Leahey (2002) oferecem algumas indicações para a avaliação de famílias:

1. A família está vivenciando um sofrimento físico e/ou espiritual ou ruptura causados por uma crise familiar (por exemplo, doença aguda, lesão ou óbito)
2. A família está vivenciando um sofrimento físico e/ou espiritual ou ruptura causados por um marco de desenvolvimento (por exemplo, nascimento, casamento ou saída do filho mais novo de casa)
3. A família define o problema como uma questão familiar e existe motivação para sua avaliação (por exemplo, o impacto da doença crônica na família). (Wright, Leahey, 2002, p. 17)

As autoras ainda citam outras situações que evidenciam a necessidade de avaliação e intervenção com famílias, mas de modo geral é a situação de sofrimento físico / espiritual ou ruptura que levariam o profissional a considerar a necessidade de avaliação e intervenção com a família.

Ditterich, Gabardo e Moysés (2009) afirmam que o conceito de trabalhar com famílias envolve um trabalho que se dá por múltiplas intervenções curtas ao longo do tempo, diferenciando-o da terapia familiar que propõe uma intervenção intensa por tempo limitado, buscando modificar o padrão de relacionamento da família. Segundo os autores, existem momentos chave que devem ser explorados na atenção primária e em especial no PSF:

a ocasião de cadastro das famílias, as mudanças no ciclo de vida delas, a observação da resiliência familiar para situações adversas e o surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto entre seus membros. (Ditterich, Gabardo, Moysés, 2009, p.517)

Segundo os autores, essas situações permitem o desenvolvimento de um vínculo com a família, facilitando que o profissional seja aceito para

investigar e intervir. Considerando que todas as famílias passarão pelo marcos do ciclo vital familiar, com a aquisição e saída de membros, nascimentos e morte, além de eventualmente serem confrontadas pela presença de doenças crônicas e agudas, pode-se considerar que para muitas famílias atendidas, em algum momento, será importante a realização de uma avaliação familiar, para o estabelecimento de intervenções que visem-na como sistema – ou mesmo como contexto.

A OMS (2008) declara que, mesmo os mais dedicados profissionais de Atenção Primária à Saúde podem não aproveitar espontaneamente as oportunidades vivenciadas em sua prática cotidiana para estabelecerem um vínculo com as famílias atendidas, aprofundando seu conhecimento sobre as mesmas, de modo que seria necessário que:

a interface entre a população e seu serviço de saúde seja desenhado de modo que não somente isso seja possível, mas também seja a ação mais provável (OMS, 2008, p.52).

Sendo assim, a utilização de uma ferramenta de avaliação e intervenção com famílias, ao longo de um relacionamento que se estabelece através do cuidado profissional durante as etapas da vida das famílias e suas demandas de saúde e doença, possibilita a criação de um contexto que favorece o que os objetivos da Atenção Primária à Saúde - que abrange o PSF - sejam atingidos. Um contexto onde

os trabalhadores de saúde devem cuidar de pessoas em todo o curso de suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e reforçada, e não apenas como partes do corpo com sintomas ou doenças que requerem tratamento. (OMS, 2008, p.43).

Bouso (2006) afirma que, apesar dos enfermeiros estarem cada vez mais conscientes da necessidade e de seu compromisso de incluir a família no cuidado, a dificuldade em implementar práticas com famílias persiste, devido à falta de um referencial teórico e de instrumentos. Sendo assim, o profissional deve fundamentar sua prática no processo de cuidar da família em um referencial teórico claro, sendo competente para acessar e intervir com as

famílias em um relacionamento cooperativo, estando apto para ingressar no mundo da família (Moura, Kantorski, Galera, 2006; Resta, Motta, 2005). Bousso (2006) declara que a estratégia de reaproximação seria a criação de um contexto, no qual enfermeiras e famílias pudessem estabelecer uma relação de parceria onde a confiança, comunicação regular e transparência, bem como a cooperação para atender as necessidades da família, sejam asseguradas.

Wright e Leahey (2005) declaram que cada encontro entre uma enfermeira e uma família, tenha cinco minutos ou cinco anos de duração, tem o potencial de criar um contexto para aprendizagem e cura. Ao criar esse contexto, tanto o enfermeiro como as famílias passam por um processo de mudança, mas para isso, os obstáculos para esta mudança devem ser removidos. Tanto as crenças restritivas do enfermeiro como as da família podem servir de obstáculo para um contexto de mudança.

Em nosso estudo o enfermeiro, ao abrir-se para a experiência de utilizar a Entrevista de 15 minutos em sua prática de trabalho com famílias, percebe um impacto significativo em seu olhar e em seu relacionamento com as mesmas. Desse modo, essa nova ferramenta favorece a ampliação do olhar do profissional para as famílias, sugerindo que propicia o contexto necessário para o desenvolvimento de um relacionamento mais profundo e colaborativo entre enfermeiros e famílias.

Considerações
Finais



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz uma importante contribuição ao apresentar a experiência dos enfermeiros do PSF na utilização da Entrevista de 15 minutos em sua prática de trabalho com famílias. O estabelecimento de um relacionamento aberto e colaborativo entre enfermeiros e famílias é essencial para a prática do PSF e nesse estudo pudemos observar como, ao longo do uso da Entrevista de 15 minutos nas visitas puerperais, os enfermeiros puderam aumentar seu conhecimento sobre famílias atendidas, implementar novas intervenções e aprofundar-se nesse relacionamento.

Nesse sentido esse trabalho reforça a importância da adoção de referenciais teóricos e instrumentos que facilitem a abordagem das famílias atendidas por esses profissionais, de modo que o estabelecimento de relacionamentos colaborativos permeie cada consulta, cada visita à família, cada atendimento realizado. Assim, utilizando uma ferramenta como a Entrevista de 15 minutos, o profissional – mesmo quando realizando um atendimento individual – pode ter em mente que a pessoa atendida é membro de um sistema familiar, que por sua vez está incluído em sistemas maiores como a comunidade, e atentar para o impacto dessas interações em sua saúde e qualidade de vida.

Temos que ressaltar, porém, que a criação de um contexto favorável para a troca experiências, informações e o compartilhamento de angustias, sofrimentos e forças entre enfermeiros e famílias depende não somente da adoção de referenciais teóricos e instrumentos, mas também do reconhecimento de crenças e valores – dos enfermeiros e também das famílias – que possam atuar restringindo essa interação. Essas crenças, uma vez reconhecidas e removidos os obstáculos, favorecem o processo de mudança pelo qual passam tanto as famílias como os próprios profissionais ao longo do estabelecimento desse relacionamento.

Tendo em vista que discussões sobre a família e sua relação com o processo saúde-doença frequentemente não são presentes no cotidiano dos profissionais e também, muitas vezes, não acontecem ao longo de sua

formação, esse trabalho também indica que treinamentos curtos, adaptáveis à rotina de trabalho das Unidades de Saúde da Família, podem favorecer a prática de abordagem de famílias.

Nesse ponto, uma das limitações desse estudo foi a não realização de supervisão sistemática como forma de apoio para os enfermeiros na utilização da Entrevista de 15 minutos após o treinamento na Etapa 1 da pesquisa. Essa supervisão poderia ter esclarecido dúvidas que surgiram ao longo da utilização da Entrevista de 15 minutos, de modo a facilitar seu uso e compreensão dos ingredientes-chave que representaram maior desafio para os enfermeiros, como o genograma.

Outro fator que pode ter influenciado o resultado final deste estudo foi o fato de que os enfermeiros participantes foram voluntários, o que pode indicar que possivelmente já teriam um interesse mais específico no trabalho com famílias. Esse fator pode ter contribuído para os resultados positivos encontrados nesse estudo

Serão necessários mais trabalhos para esclarecer outros aspectos relativos ao uso da Entrevista de 15 minutos no PSF, como quais os novos dados que podem ser obtidos usando os ingredientes-chave, quais as intervenções que os enfermeiros implementam à partir desses dados e qual a percepção das famílias sobre essa ferramenta e o relacionamento com os profissionais do PSF após sua utilização.

Referências



REFERÊNCIAS

Amazonas MCLA, Damasceno PR, Terto LMS, Silva RR. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicologia em Estudo*. 2003; 8(num. Esp):11-20.

Angelo M. Visitas restritas a crianças hospitalizadas: uma barreira para a interação mãe-filho. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 1983; 17(3):229-34.

Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: Brasil, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001; p.14-17.

Antunes MJM, Egry EY. O programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: A contribuição da enfermagem brasileira. *R Bras Enferm*. 2001; 54(1):98-107.

Beal JA, Quinn M. The nurse practitioner role in the NICU as perceived by parents. *Am J Matern Child Nurs*. 2002; 27(3):183-8.

Benzein E, Johansson P, Arestedt KF, Berg A, Saveman BI. Families' importance in nursing care: nurses' attitudes – an instrument development. *J Fam Nurs*. 2008; 14(1): 97-117.

Bomar PJ. *Promoting Health in Families: Applying family research and theory to nursing practice*. 3ª ed. Philadelphia: Saunders; 2004.

Bousso RS, Angelo M. A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. In: Brasil, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.18-22.

Bousso RS. A teoria dos sistemas familiares como referencial para pesquisas com famílias que experienciam a doença e a morte. *Ver. Min. Enferm*. 2008; 12(2):257-61.

Bouso RS. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

Bouso RS. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI Pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 21, n. 3, p. 249-53, 1987.

Bouso RS, Tito RS, Dias ICC. A família convivendo com a dor crônica. In: Leão ER, Chaves LD. Dor 5.º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. São Paulo: Martinari; 2007. p.161-82.

Bouso RS. Um tempo para chorar: A família dando sentido à morte prematura do filho [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

(a) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília; 2000.

(b) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnicos Institucionais: Programa de Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000;34(3):316-19.

(c) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Treinamento introdutório. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: 2001.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;(3): 77-101.

Burns CM. Assessing staff nurses' styles of involvement with the families of their patients [tese]. Gainesville: University of Florida, 2002.

Bustamente-Edquén S, Santos RS. A arte de cuidar em enfermagem familiar. *Fam Saúde Desenv*. 2004; 6(1): 57-64.

Callaghan EE. Achieving balance: a case study examination of na adolescent coping with life-limiting câncer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007; 24(6): 334-9.

Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family Interviewing: A Review of the Literature in Primary Care. *Fam Med*. 2002; 34(5):312-8.

Campos I, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2): 271-9.

Carter B, McGoldrick M, organizadoras. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. *Família Brasileira: A base de tudo*. Brasília: Cortez; 2000. p. 93-108.

Chasan LF. Trabalhando com as famílias na atenção primária. In: Mello Filho J, Burd M. *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 111-121.

Christoffel MM, Pacheco STA, Reis CSC. Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(1): 160-5.

- Costa ZS, Leite JL, Tocantins FR, Begosi MR. A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde familiar. *Rev. bras. enferm.* 1986; 39(3):107-18.
- Denhan SA. Part I: The definition and practice of family health. *J Fam Nurs.* 1999; 5(2): 139-59.
- Denti IA. Programa de Saúde da Família: suas possibilidades e limites na promoção da saúde e no trabalho com a família. *Texto Contexto Enferm.* 2000; 9(2): 699-713.
- Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc.* 2009;18(3):515-24.
- Diógenes MA, Barroso MG. Experiencing pregnancy with human papillomavirus: a case study. *Rev Gaucha Enferm.* 2007; 28(3): 340-9.
- Diógenes MAR, Varela ZMV. Aplicação do modelo Calgary de avaliação em família de gestante portadora de papilomavírus humano. *Rev Enferm UERJ.* 2004; 12(2):199-204.
- Elsen I, Althoff CR, Manfrini GC. Saúde da Família: desafios teóricos. *Fam Saúde Desenv.* 2001; 3(2):89-97.
- Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(4). 533-9.
- Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods.* 2006;5(1):
- Fernandes MGO, Viana DL, Balbimo FS, Horta AL. Entrevistando as famílias de recém-nascidos mal-formados como proposta de avaliação e de intervenção de enfermagem. *Acta sci Health sci.* 2004; 26(1): 159-165.

Filisola CLA, Ribeiro MC, Pavarini SC. A história da família Rubi e seu filho Leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave inscrito no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Carlos (SP). *Texto Contexto Enferm.* 2003; 12(2):182-190.

Ford-Gilboe M. Developing knowledge about family health promotion by testing the developmental model of health and nursing. *J Fam Nurs.* 2002; 8(2): 140-56.

Friedman MM, Bowden VR, Jones E. *Family Nursing: Research, theory and practice.* 5º ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2003.

Goudreau J, Duhamel F, Ricard N. The impact of a Family Systems Nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: a pilot study. *J Fam Nurs.* 2006; 12(3): 292-306.

Heaman M, Chalmers K, Woodgate R, Brown J. Relationship Work in an Early Childhood Home Visiting Program. *J Pediatr Nurs.* 2007; 22(4): 319-330.

Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2002;11(2):140-8.

Holtlander L. Clinical application of the 15-minute family interview: addressing the needs of postpartum families. *J Fam Nurs.* 2005;11(1):5-18.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. [homepage na internet]. Rio de Janeiro. [citado em 2010 fev. 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm

Kikevold M. Integrative nursing research: an important strategy to further development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing.* 1997; 25(1): 977-84.

Knott A, Kee CC. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Appl Nurs Res.* 2005;18(4):192-8.

- Lacerda MR, Oliniski SR. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2005; 26(1):76-87.
- Leahey M, Svavarsdottir EK. Implementing Family Nursing: How Do We Translate Knowledge Into Clinical Practice? *J Fam Nurs.* 2009; 15(4): 445-60.
- Leboeuf I. A family-centered approach on a couple living with a brain tumor: a case study. *Axone.* 2000; 22(1): 24-31.
- LeGrow K, Rossen BE. Development of professional practice based on a Family Systems Nursing Framework: nurses' and families' experiences. *J Fam Nurs.* 2005; 11(1): 38-58.
- Luz AMH, Berni NLO, Selli L. Mitos e tabus da maternidade: em enfoque sobre o processo saúde-doença. *Rev Brás Enfer.* 2007; 60(16): 42-8.
- Machado TCM, Ueji JY, Pinheiro JCF, Marin MJS. Cuidando de uma família de acordo com o modelo Calgary em uma unidade básica de Saúde da cidade de Marília – SP. *Rev Min Enf.* 2006; 10(1): 69-74.
- Marshall AJ, Harper-Jaques S. Depression and family relationships: ideas for healing. *J Fam Nurs.* 2008; 14(1): 56-73.
- Martin-Arafeh JM, Watson CL, Baird SM. Promoting family-centered care in high risk pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 1999; 13(1); 94-5.
- Matinez AM, D'Artois D, Rennick JE. Does the 15-minute (or less) family interview influence Family Nursing Practice? *J Fam Nurs.* 2007; 13(2): 157-178.
- McGoldrick M, Gerson R. *Genograms in family assessment.* New York: W.W. Norton, 1985.

- Mello FD, Viera CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2005;15(1):78-89.
- Ménard D, Saucier A. John's story: an application of Calgary Family Intervention Model. *Can Oncol Nurs J.* 2000; 10(2). 56-61.
- Mendes AMC, Bousso RS. O desafio de aprender e experimentar o cuidado da família na graduação em enfermagem. *REME – Rev mim enferm.* 2006; 10(1): 79-81.
- Minuchin S, Fishman HC. *Family Therapy Technics.* Cambridge: Harvard University Press, 1981.
- Moore S, Sherwin A, Medina J, Ream E, Plant H, Richardson A.. Caring for carers: a prospective audit of nurse specialist contact with families and carers of patients with lung cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2006;10(3):207-11.
- Moules NJ, MacLeod MLP, Thirsk LM, Hanlon N. "And Then You'll See Her in the Grocery Store": The Working Relationships of Public Health Nurses and High-Priority Families in Northern Canadian Communities. *J Pediatr Nurs.* 2009. No prelo.
- Moules NJ, Thirsk LM, Bell JM. A Christmas without memories: beliefs about grief and mothering – a clinical case analysis. *J Fam Nurs.* 2006; 12(4): 426-41.
- Moura LS, Kantorski LP, Galera SAF. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipe de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):35-44.
- (a) Oliveira RG, Marcon SS. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15(3): 431-8.

(b) Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 65-72.

Organização das Nações Unidas (ONU) [homepage na internet]. New York; 2005-2007. [atualizado em 14 maio 2008, citado em 21/06/2008]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/family>.

Paim JS. Medicina familiar no Brasil: Movimento ideológico e ação política. In: Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva. *Estudos em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Abraso, 1986. p. 11-25.

Pavarini SCI, Luchesi BM, Fernandes HCL, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ, Jorge Oishi J. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*.2008;10(1):39-50.

Available from:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm>

Pereira APS, Teixeira GM, Molina CABB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2009;62 (3):407-16.

Pereira ATS, Noronha J, Cordeiro H, Dain S, Pereira, TR, Cunha FTS, et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup (1):123-33.

Pinto JP, Fernandes MGO, Horta ALM. Representação da família na arte: análise da estória em quadrinhos. 2004; 26(1):21-26.

Quellet S. Cancer of the larynx. *Can Nurse*. 1995; 91(9): 21.

Reis M. The neglected preschool child. *Can Nurse*. 1993; 89(2): 42-5.

Rempel GR. Technological advances in pediatrics: challenges for parents and nurses. *J Pediatr Nurs*. 2004; 19(1):13-24.

Resta DG, Motta MGC. Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(esp): 109-15.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2004;12(4):658-64.

Riley-Doucet C. Beliefs about the controllability of pain: congruence between older adults with cancer and their family caregivers. *J Fam Nurs.* 2005; 11(3): 225-41.

Roberts DE, Heinrich J. Public Health Nursing comes of age. *AJPH.* 1985; 75(10): 1162-72.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev latino-am enfermagem.* 2000; 8(6):96-101.

Rolli CR. Apresentação do modelo Calgary como ferramenta de avaliação e intervenção nas famílias [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2003.

Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(6):1027-34.

São Paulo (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Atenção à Saúde da Criança: Protocolo de Enfermagem. São Paulo, 2002.

Schilson E, Braun K, Hudson A. Use of Genograms in Family Medicine: A Family Physician/Family Therapist Collaboration. *Family Systems Medicine.* 1993;11(2):201-8.

Simpson P, Yeung FK, Kwan AT, Wah WK. Family systems nursing: a guide to mental health care in Hong Kong. *J Fam Nurs.* 2006. 12(3): 276-91.

Smith MC, Stullenbarger E. A prototype for integrative review and meta-analysis of nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(1): 1272-83.

(a) Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*. 1999; 23(53):6-19.

(b) Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec; 1999. Inserir, observar, intervir e refletir: Assim surge um programa de acompanhamento a famílias em situação de risco; 79-175.

Viana ALDA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva*. 1998; 8(2):11-48.

Viegas SMF, Soares SM. O cuidado na saúde da família no vale do Jequitinhonha. *Rev Min Enf*. 2005; 9(3): 212-17.

Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(5): 546–553.

World Health Organization. *The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever*. Geneve: WHO; 2008.

Wright LM, Bell JM. Retrospective – nurses, families, and illness: a new combination. *J Fam Nurs*. 2004; 10(3): 3-11.

Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca, 2002.

Wright LM, Leahey M. The three most common errors in family nursing: how to avoid or sidestep. *J Fam Nurs*. 2005; 11(2): 90-101.

Wright LM, Watson WL, Bell JM. *Beliefs: the heart of healing in family and illness*. New York: Basic Books, 1996.

Anexos



ANEXOS

ANEXO 1

CONVITE PARA TREINAMENTO: ENTREVISTANDO FAMÍLIAS

São Paulo, 16 de fevereiro de 2009

Ilma. Sra.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Gerente da Unidade de Saúde

UBS XXXXXXX

Como parte do projeto de pesquisa “A Entrevista de 15 minutos no Programa de Saúde da Família” gostaríamos de convidar as enfermeiras do Programa de Saúde da Família desta Unidade Básica de Saúde para um treinamento abordando a avaliação e a intervenção com famílias à partir da “Entrevista de 15 Minutos”.

ENTREVISTANDO FAMÍLIAS

A Entrevista de 15 Minutos é um formato condensado de elementos essenciais de entrevista com famílias baseada no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com Famílias.

Público Alvo:

Enfermeiros do Programa de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã.

Objetivos

- Preparar as enfermeiras para a realização da Entrevista de 15 Minutos.

Programa:

- “Modelo Calgary” de avaliação e intervenção com família;
- Entrevistando famílias - A entrevista de 15 minutos:
 - Engajamento com a família;
 - Conversação Terapêutica;

- Genogramas e Ecomapas ;
- Perguntas Terapêuticas;
- Elogio às forças da família.

Informações Gerais

- Carga Horária: 8 horas
- Datas: 17 de março de 2009, das 08:00 às 17:00 (com intervalo das 12:00 às 13:00 para almoço);

Ou

- 02 de abril de 2009, das 08:00 às 17:00 (com intervalo das 12:00 às 13:00 para almoço).

Optar por uma das datas.

- Número de vagas: 10 vagas por dia (20 no total).
- Local de realização do curso: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Transporte: será oferecida van para o transporte até o local do treinamento, saindo da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. A van transportará os participantes de volta à Supervisão Técnica de Saúde do Butantã ao final do treinamento.
- Alimentação: Os participantes poderão almoçar no refeitório da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sem custos.

Inscrições:

- As inscrições deverão ser feitas através de e-mail: marianalobatoribeiro@usp.com, com o nome, unidade de trabalho e o e-mail das participantes, para o envio de material de apoio.
- Período de inscrições: de 17/02/2009 à 07/03/2009.
- Taxas: Não haverá custos para os participantes do treinamento.

Responsável pelo Treinamento:

Prof.^a Dr.^a Regina Szyllit Bousso

Esclarecemos que este treinamento está inserido em um projeto de pesquisa intitulado: "A Entrevista de 15 minutos no Programa de Saúde da Família". Após terem participado do treinamento as enfermeiras serão convidadas a participarem de uma entrevista com o objetivo de conhecermos a experiência de enfermeiras do Programa de Saúde da Família no uso da entrevista de 15 minutos nas visitas domiciliares realizadas no período puerperal.

As entrevistas com as enfermeiras interessadas em contribuir com esta pesquisa deverão se realizar entre 30 e 60 dias após o treinamento, no próprio local de trabalho, em dia e horário agendados previamente.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada, apresentando protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Enf. Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva – Mestranda do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da
USP.

ANEXO 2

Frente:

Verso:

INGREDIENTES-CHAVE

1. Engajamento
2. Conversa Terapêutica
3. Genogramas e Ecomapas da Família
4. Perguntas Terapêuticas

- Qual é o maior desafio que vocês vem enfrentando após a chegada do bebê?
- O que vocês precisam para se sentirem mais fortes nesta nova situação?
- Como podemos ser mais uteis para você e sua família nesta visita?

5. Elogiar as Forças de Família e do Indivíduo

LEGENDA:

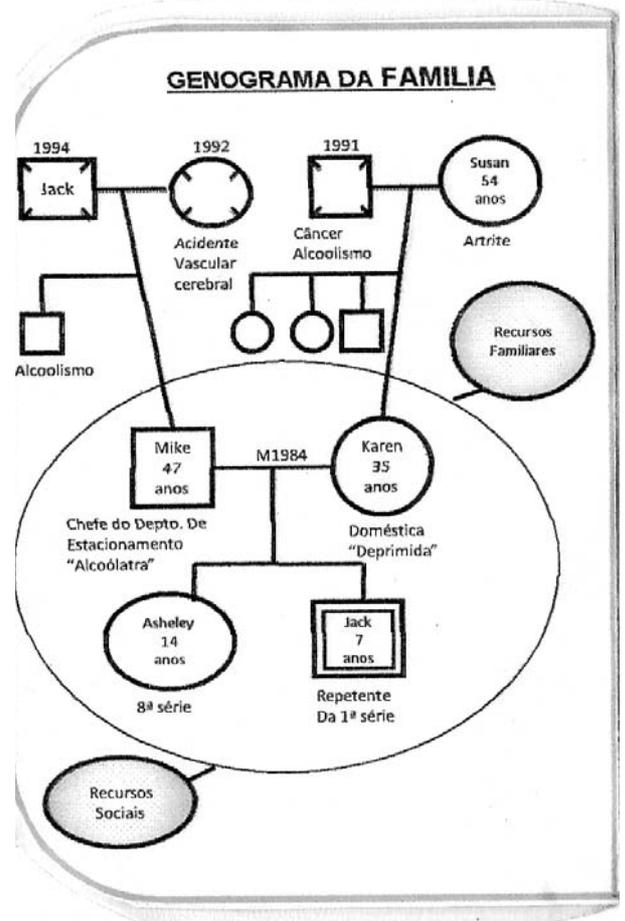
Sexo Feminino (circle), Pessoa Índice (PI) (square with circle), Óbito (Informar a data) (square with X), Divórcio (Informar a data) (square with horizontal line), Mora na casa (circle with horizontal line), Sexo Masculino (square).

VÍNCULOS:

- Vínculos Fortes (thick solid line)
- Vínculos Moderados (medium solid line)
- Vínculos Superficiais (thin solid line)
- Vínculos muito Superficiais (dashed line)
- Vínculos Negativos (wavy line)

Exemplo de Vínculo:

Bouso, R.S. adaptado de Wright L.M., Leahey M. In: Enfermeiras e famílias: um guia para a intervenção na família. Trad. De Silvia M. Spada. São Paulo: Roca, 2002. p.257-271



ANEXO 3



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 03 de dezembro de 2008.
PARECER Nº 316/08 – CEP/SMS
CAAE: 0162.0.162.000-08

Para
Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva
Sr(a) Pesquisadora

IDENTIFICAÇÃO

- **Projeto de Pesquisa:** A Entrevista de 15 minutos no Programa de Saúde da Família
- **Pesquisador Responsável:** Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva
- **Instituição:** Faculdade de Enfermagem da USP
- **Local onde os dados serão coletados:** Supervisão de Saúde do Butantã
- **Patrocinador:** A autora do projeto

I - Sumário Geral do Protocolo

Uma dessas ferramentas que otimizam o potencial das equipes do PSF é a entrevista de 15 minutos preconizada por Wright e Leahy, composta por cinco elementos chave: boas maneiras, conversação terapêutica, genogramas e ecomapas, perguntas terapêuticas e elogio às forças da família e de seus membros.

Alguns autores afirmam que muitos enfermeiros não incluem em sua prática esta estratégia porque algumas crenças tais como falta de tempo e abertura de demandas com as quais não saberiam lidar, os impedem, bem como a falta de capacitação para tal.

As autoras sugerem ser a visita pós-parto uma ótima oportunidade para a inclusão desta estratégia.

Este projeto tem por **objetivos:** analisar uma experiência de introdução da estratégia da entrevista de 15 minutos na prática dos enfermeiros do PSF; identificar facilidades e dificuldades no uso da mesma e conhecer a percepção dos enfermeiros do PSF relativa ao impacto provocado pelo seu, na avaliação e intervenção em famílias e conhecer a percepção dos enfermeiros do PSF, relativa ao impacto do uso da entrevista de 15 minutos no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Método: O estudo será realizado com todos os enfermeiros (que aceitem o convite para participar), das equipes do PSF das UBS da área de abrangência da Supervisão de Saúde do Butantã em três etapas: 1) treinamento dos enfermeiros participantes; 2) aplicação das entrevistas de 15 minutos e 3) entrevistas individuais com as enfermeiras. Os dados serão analisados por meio da análise temática.

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Cronograma, orçamento detalhado e fonte pagadora estão adequados.

Há tratamento adequado dos dados/informações.

A metodologia impõe certa condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa, devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos. (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, etc.).



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

CAAE: 0162.0.162.000-08

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): adequado**

III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO

- *Visto que o CEP teve alterações no seu endereço, solicitamos atenção para a necessidade de re-tificação do mesmo para: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com .
Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.
Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.*

Atenciosamente,



Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br



São Paulo, 23 de outubro de 2008.

Ilm.^a Sr.^a

Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva

Ref.: Processo nº 773/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A entrevista de 15 minutos no Programa de Saúde da Família**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 4

Pesquisa: Uso da Entrevista de 15 minutos no Programa de Saúde da Família

Autores: Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva (pesquisadora)
Contato: 81698585 (cel.) E-mail: mestradomariana@terra.com.br
Prof.^a Livre Docente Regina Szyllit Bousso (orientadora)

Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP - Fone: 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa buscando investigar o uso de um instrumento para a obtenção de informações sobre famílias por enfermeiras do Programa de Saúde da Família. Este instrumento é chamado de Entrevista de 15 Minutos, e é composto por elementos de avaliação de famílias e por elementos de intervenção. Através dos dados obtidos com essa entrevista a enfermeira pode planejar a assistência à família, a partir da identificação das forças e dos problemas que cada família vivencia na sua dinâmica cotidiana.

Cada enfermeira é convidada a participar de um treinamento sobre a entrevista de 15 minutos que terá a duração de 4 horas. Ao fim do treinamento, será orientada a aplicar o instrumento aprendido em sua prática de trabalho. Após um período de dois meses as participantes serão novamente contatadas pela pesquisadora para participarem de uma entrevista com fins de compartilhar sua experiência no uso da entrevista de 15 minutos. A entrevista será realizada em local de escolha da enfermeira e seu conteúdo será gravado para posterior transcrição e análise dos dados.

As fitas das entrevistas permanecerão guardadas e mantidas em segredo, bem como suas identidades serão mantidas em sigilo.

Esclarecemos que a participação poderá ser interrompida em qualquer momento, mesmo após ter sido assinado o termo, sem prejuízo algum. Informamos que os resultados da pesquisa serão transformados em trabalhos científicos e apresentados em congressos e revistas da área de saúde. Em nenhum momento os nomes serão mencionados.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que tomei ciência do estudo a ser realizado por **Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva** e aceito participar voluntariamente.

Se tiver dúvidas e quiser que os dados não sejam mais utilizados, entrarei em contato com **Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva** pelos telefones: 88169-8585 ou 3782-4742 (UBS Jardim d'Abril).

Este documento possui duas vias, sendo que uma ficará em posse da entrevistada e outra arquivada com a pesquisadora, **Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva**.

Sem mais, São Paulo, ____ de _____ de 2008.

assinatura do entrevistado

assinatura do entrevistador

ANEXO 5

DIAGRAMA:

