UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LORENA FENDRICH

Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental

Ribeirão Preto
2019

LORENA FENDRICH

Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

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

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Sueli Aparecida Frari Galera

Ribeirão Preto

2019

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

Fendrich, Lorena

Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental. Ribeirão Preto, 2019.

89 p.: il.; 30 cm

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

Orientadora: Galera, Sueli Aparecida Frari.

1.Enfermagem Familiar. 2.Teoria Sistêmica. 3.Entrevista. 4.Translação do conhecimento.

FENDRICH, L. **Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental**. 2019. 89f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico, com muito amor, este trabalho a meus pais, Alexandre César e Silvia. Minha gratidão pelo apoio sempre presente e por me proporcionarem a oportunidade de seguir os meus projetos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, onipresente em minha vida.

À minha orientadora Dra. Sueli Aparecida Frari Galera, minha gratidão por esses nove anos que trabalhamos juntas, contando iniciação científica, mestrado e doutorado. Agradeço por todas as oportunidades e por todos os ensinamentos profissionais, essenciais para o meu amadurecimento e para a minha formação. Agradeço a paciência, amizade, e fundamental orientação para a conclusão desta tese, e às inumeráveis outras coisas que aprendi em nossos momentos de convivência. Um orientador é eterno em nossa trajetória. Obrigada por me permitir ter seu nome gravado na minha. Receba minha admiração e afeto.

À minha companheira de pós-graduação, Heloisa França Badagnan. Esta jornada não teria sido a mesma sem você. Obrigada pela amizade, parceria, e pela essencial colaboração na realização deste e de outros trabalhos acadêmicos. Foi um privilégio conviver esse período com pessoa de tamanho valor.

A meus pais, pelas oportunidades, incentivo e apoio na busca por meus objetivos.

À minha avó Vitória, que sempre se fez presente por toda a minha vida e durante o desenvolvimento desta tese. Agradeço por seu amor e por nosso laço, tão fundamental para mim.

Ao Arthur, que sempre me incentivou e acompanhou minha trajetória profissional com grande expectativa. Que comemorou diante de cada conquista e me deu força diante das dificuldades. Tenho muito orgulho em tê-lo como irmão.

Ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

À CAPES, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

"Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer."

Albert Einstein

RESUMO

FENDRICH, L. **Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental.** 2019. 89f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudo teve como objetivo identificar e analisar as facilidades e as barreiras percebidas por enfermeiros sobre a realização da entrevista de 15 minutos na prática clínica, e contribuir com o processo de translação do conhecimento sobre enfermagem familiar baseada no referencial sistêmico. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a translação do conhecimento como referencial teórico, e o processo de translação do conhecimento "conhecimento-para-ação" como referencial metodológico. Foi realizado um treinamento teórico-prático em intervenção familiar sistêmica sob o formato de curso de difusão da USP visando habilitar enfermeiros atuantes em serviços de saúde do interior do estado de São Paulo a realizarem a entrevista de 15 minutos. Se inscreveram para o curso 47 enfermeiros. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário sociodemográfico e de formação, da realização de dois momentos de discussão entre as pesquisadoras e os participantes para conversar sobre as entrevistas praticadas, e de um roteiro com questões sobre elas. A interpretação de todo material coletado se deu por meio da identificação de núcleos argumentais. Surgiram dois principais temas: Barreiras, e facilidades. As barreiras para a prática da entrevista de 15 minutos estão relacionadas a questões organizacionais, à supervalorização do modelo biomédico, ao tempo da entrevista, e à construção do genograma e do ecomapa. Já o embasamento teórico em intervenção familiar sistêmica e as técnicas da entrevista de 15 minutos, a discussão das entrevistas praticadas, a utilidade do genograma e do ecomapa, e a disposição dos familiares em participar das entrevistas, foram vistos como facilidades pelos participantes. Apesar das dificuldades apontadas, os participantes ressaltaram que os fundamentos e as técnicas da Entrevista de 15 minutos tiveram essencial importância em seu trabalho com famílias. A educação aprofundada em enfermagem familiar sistêmica demonstrou ser um meio eficaz de difundir o conhecimento e contribuir com a sua prática na rotina dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar. Teoria Sistêmica. Entrevista. Translação do conhecimento.

ABSTRACT

FENDRICH, L. **Facilities and barriers to apply the 15-minute interview with families in the perspective of mental health care**. 2019. 89f. Thesis (Ph.D.) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

This study aimed to identify and analyze the facilities and barriers perceived by nurses to realize the 15-minute family interview in the clinical practice, and contribute with the process of knowledge translation on family nursing based on the systemic referential. It is a qualitative study that uses the knowledge translation as a theoretical referential, and the process of knowledge translation "knowledge-to-action" as a methodological reference. A theoretical-practical training in systemic family intervention under a USP diffusion course format was carried out aiming to enable practitioners nurses of health services of the interior of São Paulo – Brazil to apply the 15-minute family interview. 47 professionals enrolled in the course. The data were collected through the application of a socio-educational and training questionnaire, the realization of two discussion moments between researchers and participants to converse about the interviews practiced, and a script with the questions about them. The interpretation of the collected material was based on the identification of argumentation cores. Two main themes emerged: Barriers, and facilities. The barriers to practice the 15-minute family interview are related to organizational issues, the overvaluation of the biomedical model, the time of the interview, and the construction of the genogram and the ecomap. The theoretical embasement in systemic family intervention and the techniques of the 15-minute family interview, the usefulness of genogram and ecomapa, and the disposition of family members to participate in interviews, were seen as facilities by participants. Despite the difficulties pointed out, the participants highlighted that fundamentals and techniques of the 15-minute family interview were essential in their work with families. In-depth education in systemic family nursing has shown to be effective in terms of average knowledge and to contribute to its practice in the routine of health services.

Keywords: Family Nursing. Systemic Theory. Interview. Knowledge translation.

RESUMEN

Fendrich, L. **Facilidades y barreras para aplicar la entrevista de 15 minutos con familias en la perspectiva de la atención en salud mental**. 2019. 89f. Tesis (doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las facilidades y las barreras percibidas por enfermeros sobre la realización de la entrevista de 15 minutos com la família en la práctica clínica, y contribuir con el proceso de traslación del conocimiento sobre enfermería familiar basada en el referencial sistémico. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó la traslación del conocimiento como referencial teórico, y el proceso de traslación del conocimiento "conocimiento-para-acción" como referencial metodológico. Se realizó un entrenamiento teórico-práctico en intervención familiar sistémica en formato de curso de difusión de USP para habilitar enfermeros actuantes en servicios de salud del interior del estado de São Paulo a realizar la entrevista de 15 minutos. Se inscribieron para el curso 47 enfermeros. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y de formación, de la realización de dos momentos de discusión entre las investigadoras y los participantes para conversar sobre las entrevistas practicadas, y de un itinerario con cuestiones sobre ellas. La interpretación de todo material recogido se dio por medio de la identificación de núcleos argumentales. Se plantearon dos principales temas: Barreras, y facilidades. Las barreras para la práctica de la entrevista de 15 minutos están relacionadas a cuestiones organizacionales, a la sobrevalorización del modelo biomédico, al tiempo de la entrevista, ya la construcción del genograma y del ecomapa. Ya el basamento teórico en intervención familiar sistémica y las técnicas de la entrevista de 15 minutos, la discusión de las entrevistas practicadas, la utilidad del genograma y ecomapa, y la disposición de los familiares en participar en las entrevistas, fueron vistos como facilidade por los participantes. A pesar de las dificultades señaladas, los participantes resaltaron que los fundamentos y las técnicas de la entrevista de 15 minutos tuvieron esencial importancia en su trabajo con familias. La educación profundizada en enfermería familiar sistémica demostró ser un medio eficaz de difundir el conocimiento y contribuir con su práctica en la rutina de los servicios de salud.

Palabras clave: Enfermería Familiar. Teoría Sistémica. Entrevista. Traslado del conocimiento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

Introdução 17

2 OBJETIVOS 21

Objetivos 23

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO 25

Referencial teórico-metodológico 27

4 MATERIAIS E MÉTODOS 33

Materiais e Métodos 35

4.1 Tipo de Estudo 35

4.1.1 Local de Estudo 35

4.1.1.1 Participantes 35

4.1.1.1.1 Condução do treinamento 36

4.2 Treinamento 36

4.1.2 Coleta de Dados 37

4.1.1.2 Instrumentos 38

4.1.1.1.2 Procedimento de análise dos dados 38

4.3 Aspectos Éticos 39

5 RESULTADOS 41

Resultados 43

6 DISCUSSÃO 51

Discussão 53

7 CONCLUSÃO 59

Conclusão 61

REFERÊNCIAS 63

Referências 65

Apêndice A 71

Apêndice B 73

Apêndice C..... 77

Apêndice D.....81

1 INTRODUÇÃO

1 Introdução

A produção do cuidado em saúde mental seguiu por muitos anos o modelo manicomial, hospitalocêntrico, segregador, higienista e tutelar (FIRMO, JORGE, 2015). No decorrer do século XX surgiram vários movimentos de contestação a essa prática instituída, e no final da década de 1970 ocorreu no Brasil o movimento de Reforma Psiquiátrica. Este movimento promoveu a possibilidade de assistência em uma proposta mais ampla de uma rede de cuidados em saúde mental, isto é, a criação de um sistema de saúde que contempla a abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias (KANTORSKI et al., 2009).

Nessa nova perspectiva, que aponta para novas formas de compreender, tratar e se relacionar com a pessoa portadora de transtorno mental, a assistência na área passou a ser sustentada com vistas à reabilitação psicossocial e à reintegração sociocultural desses indivíduos, por meio de uma associação entre sujeito, equipe multiprofissional, família e comunidade (GUIMARÃES et al., 2015).

Nesse cenário, a família passa a ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da recuperação do indivíduo adoecido. Neste contexto, a família é entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes (BORBA et al., 2010).

No entanto, cuidar da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio, pois envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença (BORBA et al., 2011). A experiência familiar de conviver com o adoecimento mental também é relatada na literatura como uma sobrecarga estressante, pois a presença de um membro adoecido provoca importantes mudanças no ambiente e na rotina da família, notadamente nas atividades cotidianas, de lazer, no desempenho profissional ou escolar, na disponibilidade financeira e nos relacionamentos sociais (SCHEIN, BOECKEL, 2012). Além disso, a família acaba experimentando sentimentos diversos em relação ao adoecido, como impaciência, culpa, pena, preocupação, medo, cansaço, temor, revolta (COSTA et al., 2014).

Entendendo a família como unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros, compete aos profissionais de saúde apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la. Essa deve ser convidada e estimulada a se inserir nas atividades e nas propostas dos serviços de saúde mental (BORBA, 2010).

A literatura aponta que a inclusão da família na assistência ao portador de transtorno mental traz benefícios para todo o grupo, pois contribui para melhorar o quadro clínico e a adesão ao tratamento, reduzir as taxas de recaídas e reinternações psiquiátricas, além de diminuir a sobrecarga familiar (CLASEN, KANTORSKI, SCHWARTZ, 2013; GONÇALVES-PEREIRA, XAVIER, FADDEN, 2012). Também a oferta de apoio e educação aumenta o conhecimento dos familiares, e promove sua saúde mental e estratégias de enfrentamento mais positivas (MACLEOD, ELLIOTT, BROWN, 2011).

No Brasil, reconhece-se a necessidade de cuidado às famílias dos portadores de transtorno mental. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial ratificou a necessidade de criação de políticas multidisciplinares e de potencialização de ações que garantam o atendimento, a capacitação, a informação e o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, envolvendo todos os atores no processo terapêutico (BRASIL, 2010). No entanto, estudos atuais na área evidenciam que os familiares, muitas vezes, não recebem assistência e informações necessárias para lidar com o adoecimento (LIMA, DUARTE, 2013; MOURA, SILVA, DE MORAIS, 2013).

No âmbito internacional, Eassom e colaboradores (2014) realizaram uma revisão de literatura que englobou estudos de diversas nacionalidades do período de 1978 a 2013, e sintetizou evidências sobre os fatores que facilitam e dificultam a prática da inclusão da família em serviços de saúde mental. Os autores afirmam que embora haja uma vasta evidência sobre seus benefícios, a inclusão dos familiares é limitada devido a culturas organizacionais e paradigmas, além da falta de comprometimento e/ou acesso dos profissionais à supervisão e formação adequada (EASSOM et al., 2014).

A cultura organizacional reflete a maioria dos achados de Eassom e col. (2014) e envolve a falta de valorização do envolvimento da família por alguns profissionais e gestores dos serviços de saúde. Tal atitude pode ser explicada por ações desses profissionais como sendo consequência de suas crenças em paradigmas biológicos e individualistas, que julgam a intervenção familiar como algo secundário ou facultativo. Em relação à formação dos profissionais, muitos referem a falta de treinamento e supervisão adequados para o desenvolvimento de suas habilidades e confiança em realizar o atendimento das famílias (EASSOM et al., 2014).

As questões organizacionais e as relacionadas aos profissionais também são citadas por Berry e Haddock (2008), que realizaram uma revisão narrativa no Reino Unido investigando os obstáculos à implementação das intervenções familiares nos serviços de saúde

mental, especificamente em casos de esquizofrenia. Seus resultados apontam que os profissionais relatam falta de tempo, falta de habilidades, e insegurança para atender as famílias. Além disso, reconhecem que existe falta de oferta de treinamento e supervisão, e falta de apoio institucional (BERRY, HADDOCK, 2008).

Essa falta de apoio por parte da organização é considerada a principal barreira encontrada por Baker-Ericzén, Jenkins e Haine (2013), em seu estudo exploratório que investiga os obstáculos para a prática das intervenções familiares em um serviço ambulatorial de saúde mental nos Estados Unidos. Os profissionais participantes afirmam que a organização não lhes oferece suporte para que trabalhem com as famílias, e a falta de treinamento compromete sua capacidade de fornecer um tratamento de qualidade aos indivíduos assistidos e seus familiares (BAKER-ERICZÉN, JENKINS, HAINE, 2013).

No Reino Unido, Bucci e col. (2016) realizaram uma revisão de estudos sobre as barreiras para a realização de intervenções familiares na psicose. Os autores concluíram que as mesmas ainda são pouco realizadas. Além dos fatores organizacionais e profissionais, os autores citam como obstáculo os próprios familiares, que muitas vezes se recusam a participar das atividades a eles destinadas por desconhecerem seus benefícios, e se sentirem menosprezados pelos profissionais (BUCCI et al., 2016).

Como se pode observar no Brasil e em outros países, a inclusão do cuidado à família na rotina do serviço de saúde mental ainda é um grande desafio. Os resultados dos estudos supracitados ajudam a explicar por que as intervenções familiares - apesar da vasta base de evidências sobre seus benefícios, e sua inclusão em praticamente todas as políticas de saúde e diretrizes - são pouco implementadas na rotina dos serviços.

No mundo inteiro, os sistemas de saúde enfrentam obstáculos para melhorar a qualidade do cuidado, e buscam reduzir a defasagem existente entre o conhecimento científico e a prática (THEOBALD et al., 2018). Os achados científicos podem levar de uma a duas décadas para serem traduzidos em práticas de cuidados de saúde padronizados (SUSSMAN et al., 2006). Para resolver esse atraso, defende-se a necessidade de aumentar a atenção e os recursos direcionados para identificação das barreiras que obstaculizam a implementação da prática baseada em evidências no sistema de saúde (CHESLA, 2008; DUHAMEL, 2010; SVEIBJANARDOTTIR, SVAVARSDOTTIR, WRIGHT, 2013).

Na área da enfermagem psiquiátrica, tem sido um desafio transferir o conhecimento e implementar o cuidado das famílias nos diferentes contextos onde ocorre a assistência ao portador de transtorno mental. Os estudos citam elementos facilitadores, bem como barreiras a essa ação (BUCCI et al., 2016; SELICK et al., 2017).

A translação do conhecimento para efeitos de alteração na rotina de um serviço de saúde é um processo complexo que, invariavelmente, demanda um esforço colaborativo entre pesquisadores e profissionais atuantes na prática assistencial (CHESLA, 2008; DUHAMEL, 2010; DUHAMEL, DUPUIS, 2011). Van de Ven (2007) defende que uma relação bem engajada entre pesquisadores e profissionais da assistência é essencial para comunicar os significados e uso potencial do conhecimento científico, e aumentar o impacto que os resultados da investigação podem ter na promoção da ciência e prática (VAN DE VEN, 2007).

Conforme apontado anteriormente neste texto, algumas das barreiras para a prática de intervenções familiares são a falta de tempo e de preparo dos profissionais. Nesse sentido, esta pesquisa teve por finalidade, a partir da ministração de um curso de difusão teórico-prático intitulado "Intervenção Familiar Sistêmica", e destinado a enfermeiros envolvidos em aprender e praticar a enfermagem familiar, contribuir com o processo de translação do conhecimento sobre enfermagem familiar baseada no referencial sistêmico, e tornar esses profissionais aptos a realizar e avaliar a aplicabilidade da entrevista de 15 minutos, proposta por Wright e Leahey (2012). Por ser um processo teórico-prático, os enfermeiros foram convidados a praticar a entrevista de 15 minutos, e discutir essa experiência com a equipe de pesquisa.

2 OBJETIVOS

2 Objetivos

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar as facilidades e as barreiras percebidas por enfermeiros sobre a realização da entrevista de 15 minutos na prática clínica, e contribuir com o processo de translação do conhecimento sobre enfermagem familiar baseada no referencial sistêmico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 Referencial teórico-metodológico

Para desenvolver este estudo utilizamos como referencial teórico a translação do conhecimento. Esse referencial tem sido proposto na literatura visando reduzir a lacuna existente entre conhecimento científico e prática clínica, e pretende incorporar o conhecimento cientifico produzido aos serviços de saúde, de tal maneira que reflita na melhoria dos cuidados prestados aos indivíduos e famílias (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

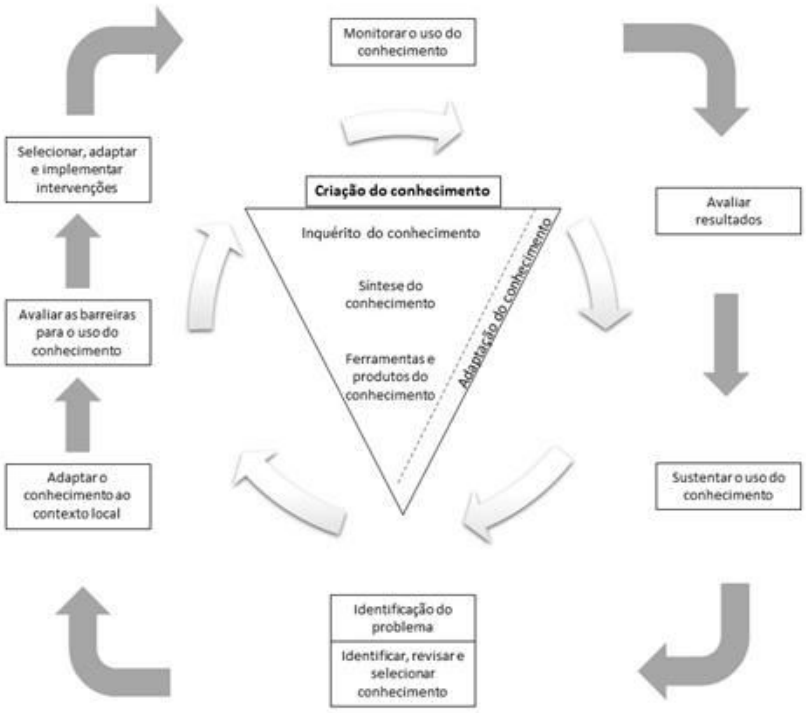
O Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde (CIHR) define a translação do conhecimento como "um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, disseminação, troca, e aplicação ética de conhecimentos para melhorar a saúde, prover serviços e produtos de saúde mais efetivos, e fortalecer o sistema de cuidados de saúde" [Canadian Institutes of Health Research (CIHR), 2017].

A translação do conhecimento assegura que a tomada de decisões em todos os níveis do sistema de saúde seja feita de forma consciente, e que os profissionais tenham acesso às evidências científicas para orientar sua decisão clínica (STRAUSS et al., 2011).

O referencial metodológico para o processo de translação do conhecimento mais utilizado no campo da enfermagem familiar é o proposto por Graham e col. (2006), denominado "conhecimento-para-ação". Trata-se de uma construção a partir de pontos comuns encontrados na avaliação de mais de 30 teorias de planejamento de ação (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

A estrutura do conhecimento-para-ação é dividida em duas etapas: etapa de criação do conhecimento, e etapa de aplicação do conhecimento, também denominada ciclo de ação (Figura 1).

Figura 1 – Estrutura do processo de conhecimento-para-ação.



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

A criação do conhecimento compreende três fases: o inquérito do conhecimento, a síntese do conhecimento, e as ferramentas/ produtos para a criação do conhecimento. Nesse processo, ocorre a adaptação do conhecimento para que ele seja melhor utilizado pelos usuários finais (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

A primeira fase, que consiste no inquérito do conhecimento, representa uma revisão inicial de estudos primários sobre o tema estudado, englobando uma grande variedade de informações. A segunda fase é a síntese do conhecimento, e é quando o conhecimento identificado é analisado quanto a qualidade das evidências produzidas, visando criar ferramentas ou produtos. Estas ferramentas ou produtos correspondem à terceira fase do processo de criação do conhecimento, e são representadas por protocolos clínicos, políticas e programas de saúde, e melhores ações de cuidado (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

A partir do conhecimento gerado, inicia-se então o ciclo de ação, que por sua vez, é permeado por sete fases que podem ocorrer sequencialmente, ou simultaneamente, e suas

fases podem ser influenciadas em qualquer ponto pelas fases do ciclo de criação do conhecimento (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

As fases do ciclo de ação envolvem: 1. Identificação, revisão e seleção do conhecimento para implementação; 2. Adaptação do conhecimento ao contexto local; 3. Avaliar as barreiras para o uso do conhecimento; 4. Selecionar, adaptar e implementar intervenções; 5. Monitorar o uso do conhecimento; 6. Avaliar os resultados; 7. Sustentar o uso do conhecimento (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

A primeira fase consiste na identificação do problema, e a busca do conhecimento que possa resolvê-lo. Uma vez identificado o conhecimento, é feita sua avaliação crítica para determinar sua validade e utilidade para resolução do problema identificado (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

A partir disso, desenvolve-se a segunda fase, que consiste na adaptação do conhecimento ao contexto local, através da realização de inquéritos individuais e/ou grupos de discussão. A próxima fase compreende a identificação das potenciais barreiras para a promoção das mudanças e consequente implantação do conhecimento. O foco é desenvolver estratégias visando reduzir ou superar essas barreiras (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

Até esse ponto, foi realizada a seleção e adaptação do conhecimento ao contexto local e identificadas as barreiras a serem superadas. Então, na quarta fase do ciclo de ação é feita a seleção, adaptação e implementação das melhores intervenções para garantir a difusão do conhecimento. Na fase subsequente é monitorado o uso do conhecimento ou sua aplicação. É neste momento que se deve definir qual a melhor forma de mensurar o uso do conhecimento, e determinar se as intervenções foram suficientes para provocar a mudança esperada, ou se novas intervenções serão necessárias (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

Na sexta fase é determinado o impacto do uso do conhecimento, para avaliar se a aplicação do conhecimento gerou as mudanças desejadas. Ressalta-se que a avaliação deste impacto é uma maneira de determinar se os esforços para promover mudanças foram bem sucedidos. A última fase é sobre a sustentação do uso do conhecimento. Nessa fase, o planejamento e o gerenciamento da mudança devem avaliar as barreiras para a sustentabilidade do uso do conhecimento, bem como o impacto dessa mudança na assistência,

desencadeando um feedback pelas fases do ciclo de ação (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

Neste modelo, o processo de conhecimento-para-ação é interativo, dinâmico, e complexo, em relação à criação do conhecimento e sua aplicação. Quando utilizado, é essencial que os participantes do estudo sejam incluídos em todos os pontos do ciclo de ação, garantindo que o conhecimento produzido e traduzido seja relevante para suas necessidades (GRAHAM et al., 2006; STRAUS et al., 2011; WALLIN, 2009).

3.1 O uso da translação do conhecimento na Enfermagem familiar

Na área da enfermagem familiar, estudos passaram a enfatizar e analisar como o conhecimento teórico é transferido à prática clínica (DUHAMEL, 2010; DUHAMEL, DUPUIS, 2011; LEAHEY, SVAVARSDOTTIR, 2009).

Em um projeto conduzido em um hospital universitário na Islândia no período de 2007 a 2011, um grupo formado por enfermeiros pesquisadores e enfermeiros clínicos visava criar mecanismos para transferir a enfermagem familiar sistêmica para a prática assistencial. Durante o processo, várias estratégias foram testadas, como a utilização do sistema de "coaching" e "coaching em pares" durante treinamentos e parcerias realizados entre os profissionais supracitados (LEAHEY, SVAVARSDOTTIR, 2009; SVAVARSDOTTIR, TRYGGVADOTTIR, SIGURDARDOTTIR, 2012; SVEINBJARNARDOTTIR, SVAVARSDOTTIR, WRIGHT, 2013).

O coaching é um relacionamento colaborativo entre um facilitador e um indivíduo disposto a aprender. Através de discussões, ajuda o indivíduo a atingir seus objetivos, o que exige habilidades e conhecimento por parte do facilitador para buscar a resolução de problemas. O coaching em pares funciona de maneira colaborativa entre os enfermeiros de um serviço, em que um tema é discutido entre os colegas de trabalho. Ele pode ser usado para permitir que a equipe tenha conversas sobre assuntos diversos do trabalho, como discussões de casos e tomada de decisões. Esses recursos ajudam no processo de implementação de intervenções, bem como para monitorar se o conhecimento científico está sendo utilizado na prática profissional (DONNER, WHEELER, 2009). Em nosso estudo, não utilizaremos o termo "coaching", mas sim "momentos de discussão", tendo em vista que atualmente o termo coaching pode ser também atribuído a uma carreira.

Simpson e Wah (2006) descreveram o processo de planejamento, implementação e avaliação de um projeto de enfermagem familiar em um hospital psiquiátrico de Hong Kong. Foi realizada uma avaliação das necessidades da equipe de enfermagem, e seu treinamento através do oferecimento de seminários educativos com os conceitos teóricos de enfermagem familiar. A prática supervisionada e a aplicação antes e depois do treinamento de um questionário de práticas de enfermagem foram utilizadas como formas de avaliar a transferência do conhecimento. Os achados do estudo mostraram que houve mudanças positivas significativas na avaliação crítica dos enfermeiros sobre sua prática de enfermagem familiar (SIMPSON, WAH, 2006). Tal resultado sugere que o modelo utilizado pelos autores possibilitou a translação do conhecimento de forma eficaz.

Nos estudos anteriormente descritos, realizados por meio de projetos onde a enfermagem familiar é ensinada e praticada, conceitos teóricos são integrados às atividades clínicas. Essas unidades acadêmicas são as de maior investimento em novas práticas e estão avançando no desenvolvimento do domínio do conhecimento em enfermagem familiar, mas estratégias para facilitar sua implementação na prática da enfermagem ainda precisam ser aprimoradas. (BELL, 2014).

No Brasil, a translação do conhecimento ainda é pouco utilizada na área de assistência familiar. Este referencial é utilizado, em sua maior parte, nas áreas de gestão em recursos humanos e organizações.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4 Materiais e Método

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com "o universo de significados, motivos, inspirações, crenças, valores e atitude, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, 1994). Diferentemente das comparações numéricas e inferências estatísticas, usadas para classificar dados quantitativos, os dados qualitativos são classificados por temas, conceitos, e/ou teorias, identificados e sintetizados a partir das descrições detalhadas de experiências e processos sociais compartilhados pelos participantes da pesquisa (DRIESSNACK, SOUSA, MENDES, 2007). Pesquisadores usam desenhos de pesquisa qualitativa quando buscam entender ou interpretar os significados que as pessoas atribuem às suas experiências (DENZIN, LINCOLN, 2000).

4.1.1 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e em serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). O treinamento teórico dos profissionais, e os momentos de discussão, foram realizados em salas reservadas na EERP/USP. Já a parte prática, composta pelas entrevistas dos enfermeiros participantes com os familiares, foi realizada nos serviços em que atuam.

4.1.1.1 Participantes

Convidamos, através da divulgação feita pessoalmente e via internet de um curso de difusão promovido pela USP e intitulado "Intervenção Familiar Sistêmica", enfermeiros atuantes em serviços que compõem a RAPS do DRS XIII e interessados em aproximar e incorporar conhecimentos, bem como desenvolver habilidades para o trabalho com famílias. Os critérios de inclusão foram ter formação superior em Enfermagem, atuar em serviços que oferecem alguma forma de assistência a pessoas com transtorno mental, e idade superior a 18 anos. Foram excluídos do estudo aqueles profissionais inscritos no curso de difusão e que não responderam a nenhum dos instrumentos de coleta de dados (APÊNDICE A, APÊNDICE B) e nem participaram de nenhum momento de discussão.

Participaram ainda os familiares dos pacientes assistidos pelos serviços onde atuam os enfermeiros participantes do estudo, e selecionados para as entrevistas. Para cada entrevista

guiada pelo enfermeiro em treinamento, participou ao menos um familiar, e o conteúdo dessas entrevistas foi utilizado para discussão com os pesquisadores durante os momentos de discussão. O critério de inclusão foi ter idade superior a 18 anos.

4.1.1.1.1 Condução do treinamento

O estudo envolveu um treinamento teórico-prático em intervenção familiar sistêmica, promovido no formato de curso de difusão da USP e intitulado "Intervenção Familiar Sistêmica", oferecido pelos pesquisadores aos enfermeiros, visando capacitá-los a realizar a entrevista de 15 minutos proposta por Wright e Leahey (2012).

O treinamento teórico teve a duração de oito horas. O conteúdo teórico consistiu na apresentação do conceito de enfermagem familiar sistêmica, com Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (WRIGHT, LEAHEY, 2013), além dos cinco ingredientes-chave da entrevista de 15 minutos.

Em seguida ao treinamento teórico, os enfermeiros realizaram uma primeira sessão de intervenção familiar nos serviços de saúde onde atuam, com a família de pacientes por eles selecionados. Essa interação foi gravada em áudio e discutida com os pesquisadores em um primeiro momento de discussão, agendado com o grupo de profissionais. Em seguida, os enfermeiros realizaram uma segunda sessão de intervenção familiar (com as mesmas famílias da primeira sessão ou com novas selecionadas), que também foi discutida em um novo momento de discussão.

Segundo Schumacher e col. (2005), a gravação das intervenções psicoeducacionais em estudos clínicos são utilizadas como garantia de medida de qualidade do estudo, e as informações coletadas nesse componente servem como base para melhorias no processo de treinamento.

4.2 Treinamento

O treinamento teve como objetivo oferecer aos enfermeiros a aproximação e incorporação de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de habilidades para o trabalho com famílias. As atividades oferecidas capacitaram o profissional para definir família, analisar o sistema familiar, compreender sua complexidade no contexto de saúde/doença e formular uma hipótese circular entre a problemática de saúde e a dinâmica familiar. Os profissionais ficaram aptos a fazer avaliação do sistema familiar e realizar intervenções junto à família com base no modelo proposto por Wright e Leahey (2012).

Wright e Leahey (2012) identificaram em sua experiência profissional que os enfermeiros reconhecem a importância da inclusão das famílias no tratamento, no entanto esses mesmos profissionais admitem que muitas vezes não o fazem por falta de tempo. Para solucionar essa questão, foi proposta a entrevista de 15 minutos com a família.

A literatura indica que 15 minutos ou até mesmo um período mais curto de entrevista com a família pode ser decisivo, eficaz, informativo e até mesmo ajudar na recuperação do paciente. Ressalta-se que para isso o enfermeiro precisa de bons conhecimentos em avaliação e intervenção familiar (MARSHALL, HARPER-JAQUES, 2008; SVAVARSDOTTIR et al., 2015; SVEINBJARNARDOTTIR, SVAVARSDOTTIR, WRIGHT, 2013; WRIGHT, LEAHEY, 2012).

O treinamento foi teórico-prático, pois coube aos enfermeiros participantes realizar pelo menos uma interação familiar, a qual foi posteriormente discutida em supervisão com os pesquisadores durante os momentos de discussão.

Conteúdo teórico: Apresentação do modelo de enfermagem familiar sistêmica, o qual inclui os conceitos que a fundamentam. Avaliação do sistema familiar: estrutura, estágios de desenvolvimento, e funcionamento. Intervenção familiar: comunicação circular, papéis familiares, crenças, alianças, e perguntas terapêuticas. Os cinco ingredientes-chave da entrevista de 15 minutos, como descrito por Wright e Leahey (2012), que são: Relacionamento Interpessoal/ boas maneiras; conversa terapêutica; genograma e ecomapa; perguntas terapêuticas; elogios à família e a seus membros individualmente.

Cada participante realizou ao menos uma interação com uma família, a qual foi gravada em áudio e posteriormente discutida com a equipe da pesquisa durante os momentos de discussão. Os pesquisadores discutiram com os enfermeiros a análise da interação, para auxiliá-los no desenvolvimento de suas habilidades de entrevista. Esse processo se apoiou nos procedimentos preconizados por Duhamel, Dupuis (2010) e Sveinbjarnardottir e col. (2013) em seus estudos para certificar que o conhecimento científico fosse aplicado corretamente na prática clínica.

4.1.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita durante o treinamento teórico, realizado no dia 31 de agosto de 2018, mediante a aplicação do Questionário sócio-demográfico e de formação (APÊNDICE A), e durante os dois momentos de discussão realizados para tratar dos

atendimentos familiares praticados pelos enfermeiros. O primeiro momento de discussão foi agendado para o dia 21 de setembro de 2018, três semanas após o oferecimento da parte teórica do curso de difusão, e nele, além da discussão os enfermeiros responderam ao Roteiro para Momento de Discussão (APÊNDICE B). O segundo momento foi realizado no dia 19 de outubro de 2018, e nele foi discutido o segundo atendimento familiar praticado pelos profissionais, e solicitado que com base neste, respondessem novamente ao Roteiro para Momento de Discussão (APÊNDICE B). As duas sessões foram gravadas em áudio pelos pesquisadores.

O Questionário sócio-demográfico e de formação abordava as seguintes informações: sexo, idade, tempo de formado, tempo de experiência na área da saúde mental, especializações (carga horária), especialização específica em família (carga horária), se realiza interação com as famílias dos indivíduos assistidos pelo serviço, e, se sim, que assuntos aborda com essas famílias (APÊNDICE A).

O Roteiro para Momento de Discussão era dividido em duas partes, onde a primeira abordava questões relacionadas à utilização dos elementos chaves da entrevista de 15 minutos, e a segunda, à entrevista de forma mais geral (APÊNDICE B).

4.1.1.2 Instrumentos

Questionário sócio-demográfico e de formação (APÊNDICE A)

Roteiro para Momento de Discussão (APÊNDICE B)

4.1.1.1.2 Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados foi dividida em três etapas:

Na primeira etapa, foi realizada uma transcrição na íntegra do material gravado em áudio durante o primeiro momento de discussão e leitura compreensiva do material selecionado.

Em uma segunda etapa, houve uma exploração desse material e a partir de sua transcrição foi elaborada narrativa do primeiro momento de discussão, utilizando-se o referencial teórico de Ricoeur (1983). Segundo o autor, as narrativas nada mais são do que “histórias não (ainda) narradas”, cuja vinda à tona explicitam e tornam públicas práticas que já estão inseridas no social. A narrativa é sempre constituída de uma trama que constitui seus diversos episódios e, além de ligá-los entre si, os coloca em relação com o enredo mais amplo,

daí resultando uma totalidade significativa A distância necessária entre fato e interpretações é propiciada pela fixação textual pela escrita (RICOEUR, 1983). Nossa construção narrativa consistiu fundamentalmente em uma estratégia de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do grupo (CAMPOS, 2011). Para tal, realizamos uma primeira operação de reconhecimento de núcleos argumentais, aos quais encadeamos "à maneira de uma história que se deixa seguir" (RICOUER, 1983). Um núcleo argumental é um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, mas também tenta atribuir a ele algum tipo de explicação. Explicação no sentido de um por quê, de um para quê e de um como (CAMPOS, 2011). Tendo em vista o anonimato dos participantes, as falas foram numeradas aleatoriamente. Foi mantida a linguagem dos sujeitos entrevistados. Essa narrativa foi apresentada para leitura aos participantes no início do segundo momento de discussão com o intuito de validação dos dados coletados. Além disso, houve aprofundamento acerca de temas pouco desenvolvidos no primeiro momento de discussão. Também foi realizada transcrição, leitura, e exploração do material do segundo momento de discussão.

Campos (2011) afirma que questões tratadas de maneira superficial no primeiro encontro podem ser problematizadas, e passíveis de uma análise mais detalhada somente após o encontro do grupo com a narrativa construída a partir da transcrição de seu primeiro debate (CAMPOS, 2011). Surgiram dois principais temas: Barreiras, e facilidades.

Em uma terceira etapa, foram analisados os Questionários sócio-demográfico e de formação (APÊNDICE A) e os Roteiros para Momento de Discussão (APÊNDICE B) entregues preenchidos pelos participantes.

4.3 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, mediante protocolo CAAE 81453917.0.0000.5393. De acordo com a resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, os enfermeiros e os familiares participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [(TCLE) APÊNDICE C, APÊNDICE D], por meio do qual foram informados sobre a finalidade da pesquisa.

5 RESULTADOS

5 Resultados

Se inscreveram no curso de difusão “Intervenção Familiar Sistêmica” 47 enfermeiros. Destes, 40 compareceram ao treinamento teórico, onde foram convidados a responder ao Questionário sócio-demográfico e de formação (APÊNDICE A).

25 profissionais, todos do sexo feminino, responderam ao instrumento. Sua idade variou entre 23 a 56 anos, e o tempo de graduados em Enfermagem, de dois a 19 anos. Em relação à experiência na área da saúde mental, 12 informaram possuir alguma experiência, que variou de dois meses a dez anos, três afirmaram não possuir experiência, e dez participantes não responderam.

Em relação à realização de alguma interação com as famílias dos indivíduos assistidos nos serviços onde atuam, 21 profissionais informaram a prática de atividades como grupos de acolhimento e apoio familiar, reunião nuclear, visitas domiciliares, e planejamento familiar. Verificamos que os profissionais abordavam com os familiares assuntos relacionados ao serviço de saúde, à doença, e ao tratamento, bem como questões envolvendo a dinâmica familiar e sua adaptação frente às mudanças surgidas com o adoecimento de um de seus membros. Apenas cinco enfermeiros afirmaram ter se especializado para trabalhar com famílias, realizando desde cursos de especialização de 390 horas, até dois anos de residência.

O primeiro momento de discussão foi realizado no dia 21 de setembro de 2018, e os participantes divididos em duas turmas: uma no período da manhã, que contou com quatro participantes presentes e teve duração de duas horas, e outra no período da tarde, que contou com dez participantes presentes e teve duração de três horas. No total, quatro participantes entregaram o Roteiro para Momento de Discussão (APÊNDICE B) preenchido e referente à primeira interação realizada com as famílias.

Através da transcrição do áudio do primeiro momento de discussão das duas turmas, e posteriormente sua leitura e reconhecimento dos núcleos argumentais, elaboramos uma narrativa da primeira discussão. Essa narrativa foi apresentada aos participantes no segundo momento de discussão para validação e aprofundamento dos temas identificados, referentes às barreiras e às facilidades apontadas pelos profissionais para realizar a entrevista de 15 minutos. Esse segundo encontro ocorreu no dia 19 de outubro de 2018 e os participantes também foram divididos em período da manhã, com quatro participantes presentes e duração de três horas; e tarde, com seis participantes presentes e duração de três horas. Também foi realizada a transcrição, leitura e exploração do material do segundo momento de discussão.

Apenas um participante entregou o Roteiro para Momento de Discussão preenchido referente à segunda interação com famílias.

A seguir, apresentamos os temas criados na análise dos dados, sobre barreiras e facilidades percebidos pelos participantes para aplicar a entrevista de 15 minutos, e os núcleos argumentais que os fundamentam:

5.1 Tema – Barreiras para realizar a entrevista de 15 minutos

5.1.1 Questões organizacionais

Os profissionais citaram diversas barreiras para realizar a entrevista de 15 minutos com a família. Dentre elas, está a questão organizacional dos serviços. Em alguns casos, o trabalho com famílias não faz parte da rotina, e há falta de contato dos enfermeiros com o grupo familiar. Além disso, a dinâmica profissional envolvendo sua própria rotina de trabalho também constitui um obstáculo, pois muitas vezes não permite que realizem ou deem continuidade aos atendimentos familiares:

"Eu percebo que não faz parte do processo de trabalho do hospital. [...] Então todas as experiências que nós já tínhamos tido com essa família, eram experiências curtas, instantes, nós nunca tínhamos feitos uma abordagem ampla né. Com a preocupação de fazer isso com escuta qualificada" P1

"Eu sempre tenho contato com uma pessoa da família. Diferente dos PSFs, a dificuldade que eu tenho foi essa. Eu não tenho contato com o grupo familiar" P14

"*Daí por conta das minhas organizações de horários, os meus problemas de trabalho e tal, não consegui fazer a segunda entrevista"* P4

"[...] separei uma família, selecionei uma família pra ir...eu posso até trazer um pouquinho do caso aqui! E eu acabei não conseguindo ir que o tempo, né [...] a gente não tem gestor, e tem caído mais nas minhas costas muitas coisas relacionadas à gestão, e eu não consegui me organizar pra elencar" P12

5.1.1.1 Supervalorização do modelo biomédico

Outra barreira verificada diz respeito à supervalorização do modelo biomédico, ainda enraizado em nossa sociedade. Os próprios enfermeiros têm sua formação acadêmica voltada para esse modelo, com foco nos sinais e sintomas das doenças, o que persiste durante sua prática profissional. Consequentemente, há falta de apoio de alguns profissionais da equipe de

saúde às abordagens dos familiares. A estrutura física do serviço de saúde também é concebida de forma a preconizar apenas o atendimento médico tradicional.

Além disso, há uma falta de interesse e recusa dos próprios familiares em participar da entrevista, pois preferem ser atendidos sozinhos. Tal achado revela uma falta de conhecimento sobre a prática da enfermagem familiar. A família não reconhece os benefícios de participar do atendimento familiar com o enfermeiro, e por esse motivo, não dá crédito à sua intervenção.

"É porque eu acho assim que a formação, pelo menos a minha formação como enfermeira, é muito centrada assim nos sintomas, nas características da doença, na família [...] O que a família sente em relação ao sintoma-doença, como que a família pode melhorar...então a gente fica centrado né, no diagnóstico e como melhorar a qualidade daquela família com o diagnóstico" P4

"[...] o apoio de toda a equipe, porque não é todo mundo que se identifica com isso, que gosta de ouvir família, de participar de conversa com família, tem muitos que gostam mas não sabem" P1

"Eu acho que tem até uma influência assim, por exemplo, a entrevista que eu fiz foi dentro de um ambiente hospitalar e eu percebo que isso foi uma barreira! A forma como é a sala colocada, a forma como eu me coloquei, que os pacientes sentaram...então eu senti que isso foi uma barreira, que talvez se eu estivesse em outro ambiente, se fosse colocado de outra forma todos eles teriam falado de outra maneira, teriam se aberto mais" P4

"Quando eu propus a entrevista, e tudo mais...porque eles chegam me relatando do problema, e eles querem uma solução imediata! Então eu propus de tá fazendo um grupo com a família, todos os membros, eles já se retraem [...] Então assim, eles acham que a partir do momento em que você vai juntar o filho, o pai, o irmão, eles acham que o problema vai acabar virando um problema maior, porque vão abordar outras pessoas! Eles preferem só entre eles, sozinho" P14

5.1.1.1.1 Tempo da entrevista

Em relação à aplicabilidade da Entrevista de 15 minutos, os participantes do estudo trouxeram como sendo uma das principais barreiras justamente o tempo da entrevista. Alegaram não ser possível realizá-la em 15 minutos, seja pela dificuldade em oferecer um

bom acolhimento à família, em utilizar os ingredientes-chave e aprofundar as questões trazidas pela família, ou em estabelecer um vínculo com esta:

"[...] muito mais que 15 minutos. Não dá pra fazer uma boa abordagem, um bom acolhimento em 15 minutos, né!" P1

"[...] a gente tem que dar o tempo de...tem que fazer a escuta! [...] até daria se fosse pensar só nas perguntas bate e volta. Mas pensando no tempo da família e do retorno e da escuta, não dá. Até aprofundar também o que eles trazem" P3

"[...]como eu não tinha tido nenhum contato com o paciente ou com a família, foi o primeiro contato, eu achei assim, que 15 minutos é só pra quebrar o gelo! Só pra eles se sentirem um pouco mais à vontade ali...só pra você...aqueles 15 minutos para eles sentirem alguma segurança e começar a dizer coisas, né...mais profundas, assim! 15 minutos seria só pra isso!" P4

"A minha dificuldade foi fazer em 15 minutos! Não consegui, minhas entrevistas eram meia hora! Não sei se é também...eu não consegui colocar lá o tempo, mas também acho que tinha muita coisa pra ser falada...e por ser uma primeira vez, a primeira entrevista, acho que cortar fica até difícil, pode quebrar vínculo, eu acredito!" P13

5.2 Construção do genograma e ecomapa

Outra grande dificuldade encontrada pelos enfermeiros foi em relação à construção dos instrumentos Genograma e Ecomapa. Como justificativa, se referiram ao ambiente inadequado, à falta de habilidades práticas e domínio dos instrumentos, e ao fato de os próprios membros da família muitas vezes não informarem sobre todos que a compõem. Também surgiram dúvidas sobre como registrar os casos em que há relacionamentos excepcionais, como aqueles onde há relações extraconjugais ou consideradas fora dos padrões impostos pela sociedade:

"E vocês fizeram o genograma?" F1
"*Infelizmente não"* P6
"E por quê que não fizeram?" F1
"Até porque ela estava bastante ansiosa, as crianças indo pra escola, né, então nós não fizemos [...] E até por conta da desorganização mesmo do ambiente" P6
"O que que tinha de desorganização do ambiente?" F1
"O tapete enrolava, o cachorro deitava no tapete e vinha na gente o tempo todo" P7

"Na primeira a gente tentou fazer [...] com dificuldade, muita dificuldade! A gente nunca tinha tido contato nenhuma de nós três, com genograma e com ecomapa" P1

"[...] fazer o genograma não é simples porque a pessoa omite. Desses tantos filhos, eu consegui que ela me trouxesse que só dois são casados, mas eu sei que mais são casados. Mas foi difícil, ela é bastante confusa na hora de enumerar essas pessoas" P12

"Eu fiz, tá aqui, mas é um genograma tão complexo, que eu ia perguntar para vocês, porque esse pai tem uma amante que mora junto com a mulher atual dele, e eu não sei onde colocar nesse genograma! Eles moram todos juntos! É um relacionamento a três [...] todo mundo sabe, mas só não é rotulado, eu não sei onde colocar!" P13

Algumas das dificuldades apresentadas pelos participantes deste estudo para a realização da Entrevista de 15 minutos, evidenciam que cuidar da família exige uma mudança de paradigma e consequentemente, mudança de atitude profissional. É irrefutável a necessidade de as organizações e os profissionais mudarem seus padrões de funcionamento para alcançarem com sucesso esse objetivo. A realização de treinamentos orientando a prática da enfermagem familiar pode facilitar e estimular a compreensão e o desenvolvimento dessa prática, embora, como em qualquer processo de mudança, este também constitua um desafio difícil de alcançar em muitos contextos da prática clínica.

5.1.2 Tema – Facilidades para realizar a entrevista de 15 minutos

5.1.1.2 Embasamento teórico em enfermagem familiar sistêmica, e técnicas da entrevista de 15 minutos

Os profissionais discutiram a importância do embasamento teórico para a realização da interação com famílias. Afirmaram que a compreensão da teoria da enfermagem familiar sistêmica, e dos fundamentos e técnicas da entrevista de 15 minutos, lhes propiciou maior segurança para entrevistar as famílias, e também permitiu uma mudança em seu olhar sobre a família. Os enfermeiros passaram a definir os problemas da família entrevistada sob a ótica dos próprios familiares. Embora tenham citado a questão do tempo como um entrave para a realização da entrevista de 15 minutos, o fato de dispor de uma entrevista já previamente estruturada permitiu extrair dos entrevistados informações que antes os enfermeiros não tinham alcance. Frente a tais resultados, conclui-se que a formação influencia a percepção

crítica da prática, fundamentalmente através do conhecimento em enfermagem familiar sistêmica.

"É, eu acho que o que ajudou bastante também foi a primeira parte do curso, que foi a parte teórica. Então aquilo lá, aquela primeira parte, eu acho que fundamentou pra mim. Me deixou mais segura, com mais fundamentação teórica pra eu ir lá na prática e ter uma entrevista mais objetiva. Então eu concordo, vai com um olhar diferente...mais técnico, mais estruturado" P4

"Tanto a tia que eu tinha discutido no outro encontro, e a gente discutia isso também em reunião de rede, e a gente "poxa, ela é a vilã da história", eu to sentindo tanta empatia por ela... eu tendo conseguido conversar com ela" P8

"[...] depois então dessas orientações e despertar pras questões teóricas de intervenção, ontem a gente foi com um outro olhar, de ouvi-los, e de, né, saber qual que é o problema sobre a ótica deles, problema deles" P1

"E a partir desse conhecimento que a gente adquiriu, e dessa disposição, dessa disponibilidade sob a qual a gente conduziu a conversa, de disponibilidade de escuta, de entendimento, de acolhimento, aí a gente teve uma outra compreensão de quais são os problemas dessa família! A questão da alta é um problema nosso, mas isso não é um problema pra família [...]" P1

"E a aplicação da técnica, seguir o roteiro e tal assim, e se fundamentar assim naquela coisa inicial, fez a gente enxergar que a gente tirou informação que a gente nunca imaginava que ia conseguir tirar, que a gente vai percorrendo um caminho assim e vai conseguindo chegar em detalhes muito interessantes de se trabalhar, e aí a gente vai descobrir realmente qual é a problemática com a técnica" P1

5.1.1.1.2 Discussão dos atendimentos

Os enfermeiros também mencionaram a importância da realização dos momentos de discussão para conversar sobre os atendimentos, o que proporcionou direcionamento para as próximas entrevistas e troca de experiências com as pesquisadoras e os outros colegas:

"Eu acho que a discussão ajudou bastante na segunda entrevista, porque quando a gente teve o segundo encontro, que nós discutimos essa questão dos elementos, ficou mais fácil pontuar onde a gente tinha usado os elementos na entrevista que a gente tinha realizado,

e ficou mais fácil ter um direcionamento na segunda entrevista de usá-los de uma forma mais categorizada, de um modo de fazer a entrevista" P7

"[...] porque eu já vendo as dificuldades dos outros colegas, você consegue talvez ter idéia de alguns desafios e alguns impasses que você pode ter. E aí você já vai pensando, deixa eu ficar vigilante em relação a isso, pra ver se eu não vou reproduzir isso" P12

5.3 Utilidade do genograma e ecomapa

A construção do genograma e do ecomapa foi apontada anteriormente como sendo uma dificuldade apresentada pelos profissionais durante a realização da entrevista. No entanto, os mesmos reconheceram que esses instrumentos contribuem positivamente no trabalho com as famílias, permitindo uma visão mais clara do grupo familiar, sua estrutura, e suas relações com sistemas sociais mais amplos:

"[...] mas a gente fez o genograma e o ecomapa, e foi muito interessante, porque...ela a principio...uma menina relatando espontaneamente poucos vínculos [...] Quando a gente vai montando com ela o genograma e o ecomapa, aparece um monte de relações positivas!" P10

"[...] se eu tivesse tido mais entrevista com essa mesma família, eu ia conseguir explorar ainda mais! Porque como eu consegui construir na primeira, e construir as relações que eram difíceis ali, eu já tinha sinalizado para mim que na escola para ele como um ambiente estressante, que ele tinha muitas dificuldades! Então se eu tivesse tido uma segunda entrevista com ele, com certeza eu ia conseguir explorar mais essa relação na escola, outras relações que ele não se dava muito bem. Eu acho que ele possibilita isso, que a gente enquanto profissional consiga identificar e dar um feedback imediato para pessoa ali [...] Eu acho que é um instrumento que pode ajudar bastante nesse sentido" P4

"Mas eu acho que fazer o genograma enriquece porque a gente pode ver o que a gente pode fazer funcionar dessas pessoas" P12

5.1.3 Disposição dos familiares em participar das entrevistas

Embora a falta de interesse e a recusa dos próprios familiares em participar da entrevista tenham sido citadas como uma dificuldade à sua realização, verificamos que o contrário também ocorreu. Alguns profissionais tiveram uma boa receptividade para fazer a entrevista, havendo inclusive procura por parte de um dos membros da família, para participar do atendimento. Isso pode ser atribuído ao fato de que, a partir do momento em que passam a

reconhecer que têm um espaço para conversar, desabafar, tirar dúvidas e falar sobre o estado do paciente, os familiares se sentem mais à vontade.

"Então eu consegui ir na casa e acabei entrevistando uma pessoa só! No momento tava na casa um dos netos, e eu entrevistei a avó que mora na casa. E assim, eu tive bastante...ela foi bem receptiva! Depois que a gente conversou aqui de tudo que a gente conversou, eu percebi que tive mais abertura com a família... E até mesmo a mãe das crianças (que não estava presente na reunião) *foi me procurar na unidade pra conversar"* P8

"Depois da sua conversa? F1

Depois! Para me falar de uns casos que tavam acontecendo" P8

"(...)Eu falei pra vó, realmente: 'Olha, eu estou fazendo um... um curso, e nesse curso é sobre famílias, e eu escolhi a família de vocês pra trabalhar, pra melhorar a nossa, é.... o nosso trabalho com a família de vocês', e ela gostou da ideia" P8

Acreditamos que o reconhecimento pelos enfermeiros, das potencialidades geradas por sua participação no curso "Intervenção Familiar Sistêmica", e das facilidades na realização da Entrevista de 15 minutos com a família, influencia o próprio profissional estimulando-o, aumentando e fortalecendo sua autoconfiança, além de reforçar a definição do papel do enfermeiro no contexto multidisciplinar da saúde, e incentivar o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas para a enfermagem de família.

6 DISCUSSÃO

6 Discussão

Esta pesquisa contribuiu com o processo de translação do conhecimento em enfermagem familiar, mediante o oferecimento de um curso de Difusão pela USP. Nos guiamos pelo referencial metodológico "conhecimento-para-ação", proposto por Graham e col. (2006). A etapa de criação do conhecimento envolveu nossa inicial revisão de literatura sobre a realização de intervenções familiares nos serviços de saúde, e o estudo da Entrevista de 15 minutos com a família, proposta com o intuito de solucionar a falta de tempo dos profissionais. Iniciamos a etapa de aplicação do conhecimento, ou ciclo de ação, mediante o oferecimento do curso de difusão da USP "Intervenção Familiar Sistêmica", e nos situamos na fase que compreende a avaliação das barreiras para o uso do conhecimento. Aspiramos a uma futura promoção de mudanças, mediante o desenvolvimento de estratégias com o intuito de reduzir ou superar essas barreiras e consequente implantação do conhecimento de forma permanente na rotina dos serviços.

Verificamos neste estudo um predomínio total de participantes do gênero feminino. Havia desde profissionais recém-formados até formados há quase duas décadas. Embora uma maioria afirmou realizar interação com familiares nos serviços em que atuam mediante a prática de atividades como grupos de acolhimento e apoio familiar, reunião nuclear, visitas domiciliares, ou planejamento familiar, uma minoria afirmou possuir algum tipo de especialização na temática família. Um pressuposto de seu interesse em participar do curso de difusão decorre do fato de que a presença constante de famílias nos diversos serviços de saúde tem inclinado cada vez mais a atenção dos profissionais para além do paciente. A família tem deixado de ser vista apenas como acompanhante ou visita, e passado a ser considerada participante ativa do processo de cuidado do indivíduo adoecido, necessitando ser incluída também no tratamento. Para realizar de forma satisfatória essa inclusão, o profissional necessita se capacitar e especializar.

Identificamos que houve uma boa adesão dos profissionais ao bloco teórico do curso de Difusão ministrado. Houve, porém, uma queda no número daqueles que realizaram a parte prática e participaram dos momentos de discussão para tratar das interações com as famílias. Esse fato pode ser atribuído a muitas questões, como mudança de planos, imprevistos, e à existência de dúvidas quanto ao real benefício e contribuição da prática da Entrevista de 15 minutos. Há também a hipótese de que entrevistar famílias pode ser doloroso para alguns enfermeiros, conforme explicam Wright e Leahey (2013). Ao mesmo tempo que tal experiência pode ser edificante, também pode ser difícil para alguns profissionais quando

pensam sobre suas próprias experiências familiares. Eles podem hesitar em confrontar seus próprios problemas familiares devido ao conteúdo emocional associado (WRIGHT, LEAHEY, 2013).

Entre aqueles que participaram de todas as etapas do curso, verificamos que houve um desenvolvimento das habilidades e aumento de sua confiança em entrevistar famílias. Resultados semelhantes foram encontrados por Lee, Leung e Mak (2012) em seu estudo quase-experimental envolvendo translação do conhecimento em enfermagem familiar. Os autores ofereceram aos estudantes do quarto ano de enfermagem de uma universidade de Hong Kong, um curso eletivo sobre abordagem familiar sistêmica, e identificaram um aumento significativo em seus níveis de confiança e competência na prática da enfermagem familiar (LEE, LEUNG, MAK, 2012).

Outro estudo quase-experimental, realizado por Martinez, D'Artois e Rennick (2007) em um hospital pediátrico canadense, também ofereceu um treinamento teórico-prático aos enfermeiros sobre enfermagem familiar sistêmica e Entrevista de 15 minutos. Os pesquisadores exploraram as percepções dos profissionais sobre o impacto da Entrevista de 15 minutos no processo de internação pediátrica hospitalar, e verificaram que eles se sentiram mais capacitados e habilitados para realizar avaliação das famílias no momento da admissão hospitalar. Todos os enfermeiros relataram que passaram a obter mais informações do que obtinham anteriormente. A Entrevista possibilitou aos profissionais a oportunidade de conhecer melhor a família e estabelecer um vínculo que normalmente não era desenvolvido (MARTINEZ, D'ARTOIS, RENNICK, 2007).

Os participantes de nossa pesquisa ressaltaram que o embasamento teórico proporcionado pelo curso de difusão ministrado foi um facilitador para praticarem a entrevistas com as famílias. Tal como os enfermeiros participantes do estudo de Martinez, Dartois e Rennick (2007), que informaram aumento do conhecimento teórico da dinâmica familiar pós-intervenção, os profissionais relataram que a Entrevista de 15 minutos os permitiu extrair dos entrevistados informações que antes não tinham alcance, possibilitando assim que conhecessem melhor a família e pudessem oferecer mais apoio a ela. Frente a tais afirmações, podemos citar Kaakinen e col. (2015), e Wright e Bell (2009), que asseguram que um dos principais obstáculos ao cuidado das famílias é a falta de modelos teóricos pelos profissionais (KAAKINEN et al., 2015; WRIGHT, BELL, 2009).

Devemos ressaltar a importância dada pelos enfermeiros aos momentos de discussão, que lhes proporcionou refletir acerca do uso do conhecimento teórico adquirido, trocar experiência com outros profissionais, e um direcionamento para a realização das entrevistas seguintes. Esses achados corroboram com os do estudo realizado por Svavarsdottir e col. (2015), que relataram as abordagens utilizadas para auxiliar na implementação da enfermagem familiar sistêmica em um hospital universitário na Islândia. Assim como no presente estudo, os pesquisadores na Islândia também utilizaram como referencial metodológico a estrutura de translação do conhecimento, "conhecimento-para-ação", proposta por Graham e col. (2006). Os autores afirmaram que a principal ênfase no processo foi estimular ideias de aplicação da enfermagem familiar sistêmica na prática clínica através de discussões entre os pesquisadores e os enfermeiros clínicos participantes do estudo. Nesse ambiente de aprendizagem, os enfermeiros tiveram a oportunidade de refletir sobre questões teóricas e conceituais referentes à enfermagem familiar, e refletir sobre suas próprias experiências clínicas ao trabalhar com famílias (SVAVARSDOTTIR et al., 2015).

O desenvolvimento de habilidades para trabalhar com famílias é reforçado mediante uma associação entre teoria e prática da enfermagem familiar, com supervisão e apoio de um profissional experiente no tema, e uma posterior devolutiva sobre as atividades desempenhadas, o que, por sua vez, permite ao enfermeiro refletir sobre suas ações e consolidar as habilidades adquiridas (BLONDAL et al., 2014; DUHAMEL et al., 2015; HOLTSLANDER, SOLAR, SMITH, 2013).

Tendo em vista a realização de um cuidado categórico às famílias na rotina dos serviços de saúde, tais indicadores sugerem a necessidade de realização de cursos e treinamentos seguidos de discussões para o desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais sobre enfermagem familiar.

No entanto, muitas vezes a especialização em uma nova prática não é suficiente para implementá-la de forma eficaz na rotina de um serviço. Apuramos que os participantes deste estudo citaram as questões organizacionais e a supervalorização do modelo biomédico como barreiras à realização das entrevistas com famílias.

A falta de tempo mencionada pelos enfermeiros é um fator pertinente aos múltiplos encargos que normalmente são atribuídos a esses profissionais nas rotinas de muitas instituições. Porém, segundo Sigurdadottir, Svavarsdottir e Juliusdottir (2015), uma vez que os enfermeiros percebem que podem fazer uma profunda diferença para amenizar o

sofrimento do indivíduo e de sua família em apenas 15 minutos ou menos, passam a desafiar a crença de não ter tempo suficiente (SIGURDADOTTIR, SVAVARSDOTTIR, JULIUSDOTTIR, 2015).

Biebel e col. (2016) e Greenhalgh e col. (2004), por sua vez, afirmam que a implementação de intervenções existentes necessita de estruturas organizacionais flexíveis para apoiar tomadas de decisões fundamentadas, e apoio em todos os níveis da organização, especialmente liderança e gestão (BIEBEL et al., 2016; GREENHALGH et al., 2004). Duhamel e col. (2015) defendem que regularmente os enfermeiros não têm o poder ou a liderança para iniciar uma mudança de paradigma na maioria dos ambientes de prática, que continuam a se inclinar para a abordagem positivista mais tradicional. Tal questão remete à gerência dos serviços, que necessitam oficializar e padronizar o cuidado com a enfermagem familiar mediante a criação de diretrizes concretas que articulam sua prática, juntamente com algumas outras medidas para garantir sua visibilidade e sua implementação em todo o ambiente clínico (DUHAMEL et al., 2015).

Sobre a aplicabilidade da Entrevista de 15 minutos, identificamos que os enfermeiros apresentaram dificuldades referentes ao tempo e à construção dos instrumentos genograma e ecomapa.

De acordo com Wright e Leahey (2013), os enfermeiros muitas vezes acabam consumindo um tempo maior para realizar a Entrevista de 15 minutos, seja pela necessidade de criar um vínculo inicial, e/ou por acabar coletando informações além do necessário, aquém ao problema central da família e, portanto, pouco proveitosas. Para as autoras, porém, é preferível demorar mais tempo que o esperado do que realizar uma entrevista incompleta, e por essa razão, sugerem aos profissionais que, nesses casos, concluam sua avaliação familiar nos atendimentos subsequentes. Wright e Leahey (2013) também instruem a deixar claro desde o início para a família a duração da entrevista a ser realizada. Esse artifício contribui para que a família compreenda caso haja a necessidade de o enfermeiro interromper a conversa quando o tempo sugerido se esvair (WRIGHT, LEAHEY, 2013).

Embora apresentaram dificuldades para construir o genograma e o ecomapa, os profissionais deste estudo que chegaram a fazê-lo, reconheceram a contribuição de tais instrumentos no trabalho com as famílias. Leahey e Wright (2016), idealizadoras do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, realizaram uma reflexão com sua compreensão sobre a utilidade desse Modelo para a prática clínica com famílias e observaram

que, de todas as ideias propostas pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família, as duas ferramentas de avaliação, genograma e ecomapa, foram as mais frequentemente integradas na prática clínica diária (LEAHEY, WRIGHT, 2016). Martinez, Dartois e Rennick (2007) sugerem em seu estudo que, com mais prática, os enfermeiros podem se sentir mais confortáveis com esses instrumentos. Por essa razão, os autores influem que seja necessário mais tempo para que os profissionais integrem plenamente os conhecimentos e habilidades recém-adquiridos em seu senso de autocompetência (MARTINEZ, DARTOIS, RENNICK, 2007).

Apesar das dificuldades apontadas, os participantes deste estudo ressaltaram que os fundamentos e as técnicas da Entrevista de 15 minutos tiveram essencial importância em seu trabalho com famílias. Contribuíram para o estabelecimento de um vínculo, possibilitaram uma mudança e ampliação em seu olhar, em seu relacionamento com essas famílias, e, consequentemente, tornaram possível a obtenção de novas informações, que levaram à identificação das necessidades dessas famílias e indicaram a conduta a se seguir. Fica assim evidente o impacto positivo da Entrevista no desenvolvimento de um relacionamento mais profundo e colaborativo entre enfermeiros e famílias.

Duhamel e col. (2015) afirmam que, conforme os profissionais têm contato com os benefícios da prática da enfermagem familiar, eles se tornam mais inclinados a superar os desafios na sua realização, e fortalecem suas crenças em suas próprias habilidades (DUHAMEL et al., 2015). Assim, as crenças dos enfermeiros influenciam no processo de utilização do conhecimento, pois à medida que passam a acreditar na importância da intervenção familiar e em suas próprias habilidades, os mesmos profissionais implementam estratégias para promover a melhor utilização do conhecimento (WRIGHT, BELL, 2009).

7 CONCLUSÃO

7 Conclusão

A translação do conhecimento em enfermagem familiar sistêmica foi realizada com êxito, pois os profissionais participantes deste estudo afirmaram que a partir do que foi ensinado no curso de Difusão ministrado obtiveram embasamento teórico no tema, que lhes propiciou desenvolvimento de habilidades e confiança em entrevistar famílias. Os momentos de discussão com os pesquisadores possibilitaram uma troca de experiências e direcionamento para as próximas entrevistas. Assim, a educação aprofundada em enfermagem familiar sistêmica demonstrou ser um meio eficaz de difundir o conhecimento e contribuir com a sua prática na rotina dos serviços de saúde.

As barreiras, bem como as facilidades para a realização da Entrevista de 15 minutos, também foram identificadas e discutidas. Por se tratar de um estudo qualitativo, foi possível obter informações detalhadas descritas pelos participantes sobre suas experiências, conhecimentos e habilidades.

A principal limitação do estudo é o número de participantes, considerado pouco, tendo em vista a realização de translação do conhecimento com intuito de implementação de uma prática. Um curso de maior duração também permitiria o acompanhamento da desenvoltura dos profissionais e o desenredo da prática da entrevista de 15 minutos na rotina dos serviços perante as dificuldades encontradas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[1]

BAKER-ERICZÉN, M. J.; JENKINS, M.; HAINE, R. Therapist, parent, and youth perspectives of treatment barriers to family-focused community outpatient mental health child services, **Journal of Child and Family Studies**, v. 22, n.6, p. 854–868, 2013.

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

BERRY, K.; HADDOCK, G. The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.81, p.419–36, 2008.

BIEBEL, K., et al. Shifting an agency's paradigm: Creating the capacity to intervene with parents with mental illness. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v.19, n.4, p. 315-338, 2016.

BLONDAL, K., et al. Attitudes of Registered and Licensed Practical Nurses About the Importance of Families in Surgical Hospital Units: Findings From the Landspitali University Hospital Family Nursing Implementation Project. **Journal of Family Nursing**, v.20, n.3, p. 355-375, 2014.

BORBA, L. O.; MAFTUM, M.A. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica.** Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010.

BORBA, L. O. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 442-9, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

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

CAMPOS, R.O. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, 2011.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR). **About Knowledge Translation -** The KT Portfolio at CIHR. Ottawa, citado em 30 março de 2017. Disponível em: http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html

CHESLA, C. A. Translational research: Essential contributions from interpretive nursing science. **Research in Nursing and Health**, v. 31, n. 4, p.381–390, 2008.

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

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

COSTA, G. M. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. **Cadernos ESP**, v. 8, n. 1, p. 41-57, 2014.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of Qualitative Research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.

DIPANKUI, M.T. Collaboration between researchers and knowledge users in health technology assessment: a qualitative exploratory study. **International Journal of Health Policy and Management**, v.6, p.437-446, n.8, 2016. doi10.15171/ijhpm.2016.153

DONNER G.; WHEELER M.M. Coaching in Nursing: An Introduction. In: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES AND THE HONOR SOCIETY OF NURSING, Sigma Theta Tau International, 2009, Indianapolis.

DRIESSNACK, M; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.4, 2007.

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

DUHAMEL, F.; DUPUIS, F. Towards a Trilogy Model of Family Systems Nursing knowledge utilization: Fostering circularity between practice, education and research in Svavarsdottir, E.; Jonsdottir, H. (ed.). **Family Nursing in Action**, Reykjavik, Iceland: University of Iceland Press, p. 53-68, 2011.

DUHAMEL, F.; et al. Integrating the Illness Beliefs Model in Clinical Practice. **Journal of Family Nursing**, v.21, n.2, p.322–348, 2015. doi:10.1177/1074840715579404

EASSOM, E.; et al. Implementing Family Involvement in the Treatment of Patients with Psychosis: A Systematic Review of Facilitating and Hindering Factors. **BMJ Open**, v.4, n.10, 2014.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 217-231, 2015.

GONÇALVES-PEREIRA, M.; XAVIER, M.; FADDEN, G. O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. **Análise psicológica**, v. 25, n. 2, p. 241-255, 2012.

GRAHAM, I.D.; et al. Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v.26, n.1, p.13-24, 2006.

GREENHALGH, T.; et al. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. **The Milbank Quarterly**, v.82, n.4, p.581–629, 2004. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

GUIMARÃES, A.N.; et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n.1, p. 830-38, 2015.

HOLTSLANDER, L; SOLAR, J; SMITH, N.R. The 15-Minute Family Interview as a learning strategy for senior undergraduate nursing students. Journal of Family Nursing, v.19, n.2, p.230-248, 2013.

KAAKINEN, J.R.; et al. **Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research**. 5ª ed. F. A. Davis Company, 2015.

KANTORSKI, L. P.; et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 29-35, 2009.

LEAHEY, M.; WRIGHT, L. M. Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models. **Journal of Family Nursing**, v.22, n.4, p.450–459, 2016. doi:10.1177/1074840716667972

LEE, A.C.K.; LEUNG, S.S.K.; MAK, Y.W. The application of family-nursing assessment skills: From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. **Nurse Education Today**, v.32, n.1, p.78–84, 2012. doi:10.1016/j.nedt.2011.01.013

LIMA, M. T.; DUARTE, F.M.N. O modelo brasileiro de assistência a pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** (Impr.), v.26, n.1, 2013.

MACLEOD, S.H.; ELLIOTT, L.; BROWN, R. What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, v.48, n.1, p.100–20, 2011.

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

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

MYNAIO, C.S. (org). **Pesquisa Social –teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1994.

MOURA, M. A. P.; SILVA, M. G. O.; DE MORAIS, T. P. Centro de atenção psicossocial e a participação familiar no cuidado ao portador de sofrimento psíquico. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 60, p. 19-24, 2013.

RICOEUR, P. **Temps et Récit**. Paris: Seuil: 1983.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012.

SCHUMACHER, K.; KORESAWA, S.; WEST, C.; et al. Qualitative research contribution to a randomized clinical trial. **Research in Nursing & Health**, v.28, n.3, p.268-280, 2005.

SELICK, A.; et al. Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: A systematic review. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 11, n.5, p.365-374, 2017. doi: 10.1111/eip.12400.

SIGURDADOTTIR, A. O.; SVAVARSDOTTIR, E. K.; JULIUSDOTTIR, S. Family nursing hospital training and the outcome on job demands, control and support. **Nurse Education Today**, v.35, n.854-858., 2015. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.003

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

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.15, n.3, p;503-7, 2007.

STRAUS, S.E.; TETROE, J.M.; GRAHAM, I.D. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.64, n.1, p.6-10, 2011.

SUSSMAN, S.; et al. Translation in the health professions: Converting science into action. **Evaluation & the Health Professions**, v.29, n.1, p. 7 – 32, 2006. doi: 10.1177/0163278705284441

SVAVARSDOTTIR, E.K.; SIGURDARDOTTIR, A.O.; KONRADSDOTTIR, E. The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. **Journal of Nursing Scholarship**, v.47, n.1, p. 5-15, 2015. doi:10.1111/jnu.12108.

SVAVARSDOTTIR, E.K.; TRYGGVADOTTIR, G.B.; SIGURDARDOTTIR, A.O. Knowledge translation in family nursing: does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landspitali University Hospital Family Nursing Implementation Project. **Journal of Family Nursing**, v.18, n.3, p.303-27, 2012. doi: 10.1177/1074840712449202.

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

THEOBALD, S.; et al. Implementation research: New imperatives and opportunities in global health. **Lancet**, 392, p. 2214– 2228, 2018.

WALLIN, L. Knowledge translation and implementation research in nursing. **International Journal of Nursing Studies**, v.46, n.4, p.576-87, 2009.

WRIGHT, L. M.; BELL, J. M. **Beliefs and illness: A model for healing**. Calgary, Alberta, Canada: 4th Floor Press; 2009.

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

WRIGHT, L.M.; LEAHEY M. **Nurses and families: A guide to family assessment and intervention** (6th ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.

APÊNDICE A - Questionário socio-demográfico e de formação

Questionário socio-demográfico e de formação

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Idade: _____

Tempo de formado em Graduação: _____

Tempo de experiência na área da saúde mental: _____

Especializações (carga horária): _____

Especialização específica em família (carga horária): _____

_____

Realiza alguma interação com as famílias dos indivíduos assistidos em seu serviço?

_____

_____

_____

Se sim, que assuntos aborda com essas famílias?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE B – Roteiro para Momento de Discussão

Caro participante,

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

Agradecemos a sua participação.

Sueli Galera

Heloisa Badagnan

Lorena Fendrich

Roteiro para Momento de Discussão

Nome do enfermeiro: **Data:**

Duração da entrevista:

A - Elementos chaves da entrevista de 15 minutos

1. Cite trechos da entrevista onde você praticou as boas maneiras.

2. Que contribuição a prática das boas maneiras trouxe para sua entrevista?

3. Quais dificuldades você percebeu para praticar as boas maneiras?

4. Cite trechos da entrevista em que você praticou a conversa terapêutica.

5. Que contribuição a prática da conversa terapêutica trouxe para sua entrevista?

6. Quais as dificuldades que você percebeu para praticar a conversa terapêutica?

7. Você desenhou o genograma e o ecomapa junto da família?

8. Qual a contribuição de desenhar o genograma e o ecomapa para sua entrevista?

9. Quais as dificuldades de desenhar o genograma e o ecomapa em sua entrevista?

10. Cite trechos da entrevista em que você utilizou perguntas terapêuticas.

11. Quais as contribuições da utilização das perguntas terapêuticas para a condução da entrevista?

12. Quais as dificuldades em utilizar as perguntas terapêuticas para a condução da entrevista?

13. Cite trechos da entrevista em que você elogiou e valorizou os esforços dos membros da família.

14. Quais as contribuições de conseguir elogiar e valorizar os esforços dos membros da família durante a entrevista?

15. Quais as dificuldades em conseguir elogiar e valorizar os esforços dos membros da família durante a entrevista?

16. Cite trechos da entrevista em que você conseguiu reconhecer o sofrimento familiar.

17. Quais as contribuições de reconhecer o sofrimento familiar durante a entrevista?

18. Quais as dificuldades em reconhecer o sofrimento familiar durante a entrevista?

B – Questões sobre a entrevista

1. Descreva quão confortável você se sentiu para desenvolver essa entrevista com a família

2. Em sua avaliação, a entrevista transcorreu como você esperava ou planejava?

3. O que contribuiu para que a entrevista tenha transcorrido como você planejou? / O que contribuiu para que a entrevista não tenha transcorrido como você planejou?

4. Como sua entrevista influenciou no cuidado de enfermagem?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental**

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

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

Estamos convidando você para participar desta pesquisa que tem o objetivo de preparar os enfermeiros atuantes na assistência à pessoa com transtorno mental para que possam praticar intervenções familiares com base no referencial sistêmico, e identificar e analisar as barreiras encontradas por esses profissionais para realizar esse tipo de atendimento na prática clínica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um treinamento em intervenção familiar sistêmica com duração média de 20 horas. Em um primeiro momento, será apresentado um conteúdo teórico pontuando o modelo de enfermagem familiar sistêmica, avaliação do sistema familiar, intervenção familiar, além dos cinco ingredientes-chave da entrevista familiar de 15 minutos. Em um segundo momento, você agendará e realizará duas sessões de intervenção familiar, sendo que entre elas você receberá um reforço dado pelos pesquisadores, para auxiliá-lo no desenvolvimento de suas habilidades de entrevista. As sessões de intervenção familiar serão gravadas em áudio para posterior análise pelos pesquisadores. Você também responderá a um questionário aberto, com perguntas a respeito de suas percepções acerca das facilidades e dificuldades encontradas para a realização das sessões de atendimento familiar.

Caso aceite participar desta pesquisa, gostaríamos de deixar claro que seu nome não será divulgado em hipótese alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência sobre seu serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma. As informações que você nos fornecer serão utilizadas para fins científicos e divulgadas em eventos e artigos

de revistas. Você não precisará pagar nada para participar e também não receberá dinheiro para isso. Os benefícios diretos previstos são a oportunidade de aprimorar seu conhecimento e suas habilidades para interagir com a família, e os benefícios indiretos são relacionados a possíveis avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções em Enfermagem Familiar Sistêmica.

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

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

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

Eu, _____

declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201___.

_____

Assinatura do **PARTICIPANTE**

Pesquisadores:

Lorena Fendrich	Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera
(16)981179435	(16)997210396
E-mail: lofendrich@gmail.com	E-mail: sugalera@eerp.usp.br

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FAMILIAR

Título da Pesquisa: **Facilidades e barreiras para aplicar a entrevista de 15 minutos com famílias na perspectiva do atendimento em saúde mental**

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

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

Estamos convidando você para participar desta pesquisa que tem o objetivo de avaliar um modo de treinar enfermeiros atuantes na assistência à pessoa com transtorno mental para entrevistar famílias. O foco é o desempenho do enfermeiro em conduzir a entrevista.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que será áudio gravada, e conduzida por um enfermeiro que está em treinamento. A entrevista envolve a construção do desenho de sua família e sua rede de relações (pessoas que colaboram), e perguntas sobre os desafios e as dúvidas que sua família possa ter em relação ao adoecimento do seu familiar. Ela será realizada em uma sala de atendimento individual, no serviço de saúde onde o seu familiar faz acompanhamento, e terá duração aproximada de 20 minutos.

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

com o familiar com doença mental e sobre como conversar com as famílias. Os riscos envolvidos na sua participação estão relacionados ao desconforto de falar sobre a sua experiência de cuidador de um portador de transtorno mental. Caso você se sinta constrangido (a) ou desconfortável em relação à entrevista, ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor solução possível, inclusive buscar suporte profissional se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou pedir mais informações quando quiser. Nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você.

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

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

Eu, _____

declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201___.

_____

Assinatura do **PARTICIPANTE**

Pesquisadores:

Lorena Fendrich

(16)981179435

E-mail: lofendrich@gmail.com

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

(16)997210396

E-mail: sugalera@eerp.usp.br