**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**CRISE FAMILIAR E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: EVIDÊNCIAS
PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

TATIANA CAMILA MATSUBARA

RIBEIRÃO PRETO

2005

TATIANA CAMILA MATSUBARA

**CRISE FAMILIAR E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: EVIDÊNCIAS
PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação – Área Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico - degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2005

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

Ficha catalográfica elaborada pelo Serviço de Biblioteca e Documentação da Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Matsubara, Tatiana Camila

CRISE FAMILIAR E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: EVIDÊNCIAS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. Ribeirão Preto 2005.

146 p

Dissertação de Mestrado, apresentado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo- Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Orientadora: Carvalho, Emilia Campos

1. Família 2. Transplante de Medula Óssea. 3. Enfermeiro

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tatiana Camila Matsubara

Crise familiar e transplante de medula óssea: evidências
para assistência de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Hoje, acredito que a simplicidade e a beleza do desabrochar das flores, devem ser observadas com os olhos da alma, para apaziguarmos as dores, os anseios e as saudades, tornando-nos pessoas melhores... mais alegres e confiantes, pois a vida é preciosa e devemos valoriza-la...jamais me esquecerei daqueles que me estenderam as mãos e me auxiliaram a seguir em frente...Eternamente obrigada.

Dedicatória

À minha mãe Rosa (in memorian) que sempre esteve ao meu lado, física ou espiritualmente, incentivando e apoiando-me nos bons e maus momentos, me ensinando o verdadeiro valor da vida. Tenho certeza que a sua luz está brilhando entre as milhares de estrelas, esteja onde estiver saiba que lhe agradeço por tudo o que sou.

Ao meu pai Mário que sempre me estendeu os braços, seja para me apoiar ou para me corrigir, obrigado pelo sacrifício de todos estes anos, vencemos juntos.

À minha irmã Vanessa, a quem tanto adoro e estimo. Saiba que sempre estaremos juntas em todas as nossas vitórias.

À minha avó Tioko, minha segunda mãezinha, que me acompanhou desde a maternidade, o primeiro banho, as primeiras palavras, os primeiros passos, o primeiro dia na escola...a faculdade e agora neste momento, lhe agradeço por todo o carinho, compreensão e ensinamentos.

À minha bisavó Assano, que aos 104 anos mantém-se lúcida e carinhosa, fidedigna as doces lembranças da minha infância. Usufruir sua companhia é algo especial; continuo aprendendo com a sua sabedoria de vida.

Ao meu avô Takassi, que tanto me incentivou a aprimorar os conhecimentos; obrigado por estar presente na minha vida.

Ao meu filho Eduardo (in memorian), que nos poucos momentos que compartilhamos me ensinou o verdadeiro sentido da palavra Mãe, amor este incondicional que entenece a alma; obrigado pela oportunidade de chamá-lo de meu filho.

Agradecimentos Especiais

À Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho, que muito me ensinou em todos estes anos, guiou-me nos primeiros passos para a pesquisa, soube me ouvir e compreender nos diversos momentos da minha vida, tendo sempre uma palavra amiga, chamando-me para a realidade nos momentos certos. Saiba que tenho em você uma mentora, um exemplo de pessoa íntegra, profissional competente, sincera em seus atos, que sempre luta e vence as barreiras impostas, algo tão raro nos dias atuais. Obrigado por não permitir que eu desistisse dos meus ideais, esta vitória é nossa. E hoje eu posso dizer que os *Ipês florescem no inverno e não apenas na primavera*.

À Profa. Dra. Namie Okino Sawada, que tanto colaborou e enriqueceu o meu trabalho com os seus conhecimentos. Obrigado pelas palavras de incentivo e ensinamentos que contribuíram para a finalização deste trabalho.

À Profª Maria Célia Dalri, que dividiu os seus conhecimentos práticos e teóricos durante o período da minha residência em hematologia. Obrigado pelos apontamentos, contribuições para a finalização deste trabalho e, principalmente, pelas palavras que tanto me tocaram o coração. Sempre vou me lembrar do seu jeito meigo ao lidar com o ser humano.

À Profª Drª Alexandra de Souza Melo que tão delicadamente me atendeu, e dividiu o seu tempo, conhecimento. Obrigado pelos apontamentos preciosos que me auxiliaram nestes momentos finais.

À Enfa. Silvia Rita Marin da Silva Canini, que muitas vezes me ouviu e aconselhou a não desistir dos meus ideais. Dividiu comigo a sua experiência e sabedoria. Obrigada pelo auxílio na fase final da dissertação, seus apontamentos foram essenciais para o término do trabalho.

Agradecimentos

À Viviane Ferreira,
uma amiga, sincera a qual admiro

À Adélia Paula,
amiga de muitas horas

À Rosemeire Garcia,
pelas bonitas palavras nos momentos certos, e por me incentivar a não desistir dos meus sonhos

Profª. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi,
obrigada pelo apoio, empenho nos momentos mais difíceis e por dividir o seu conhecimento

Profª. Dra. Maria Suely Nogueira
obrigada por acreditar em no meu potencial. A primeira professora de Fundamentos a gente nunca esquece, sempre penso em você com carinho

Enfª. Rita de Cássia Barbieri
nos momentos mais angustiantes ouvi de você palavras de conforto, soubeste compreender os bons e os maus momentos, obrigada

Aos colegas da equipe de enfermagem do Centro Obstétrico
obrigada por me acolherem tão prontamente desde o primeiro momento com carinho e respeito, ouvindo os meus desabafos, as minhas alegrias e sempre me incentivando a continuar. Tenho em vocês uma segunda família.

À enfermeira Ana Maria Sertório Durão (Enfª chefe do 3º andar – enfermaria de Psiquiatria do HCFMRP - USP),
a certeza da amizade só conhecemos nos períodos mais difíceis, obrigado por me ouvir e me ajudar.

Drª. Lara de Lima B. Pereira,
sem o seu apoio, não teria chegado até aqui.

À enfermeira Cleide Baldine de Oliveira Carvalho (Enfª Assistente da Divisão de Enfermagem do HCFMRP - USP)
obrigada pelas palavras amigas e pela compreensão

À Enfª. Drª. Ana Maria Laus (Diretora da Divisão de Enfermagem do HCFMRP – USP)

contigo aprendi a ser perseverante e a acreditar no meu potencial

Aos colegas da DE-10 – Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP - USP

Ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

À todos os professores e funcionários da EERP-USP

À todos os colegas do HCFMRP-USP

RESUMO

Matsubara, T.C. **Crise familiar e Transplante de Medula Óssea: evidências para assistência de enfermagem**. 2005. 146f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

Trata-se de uma pesquisa que utilizou a revisão integrativa da literatura que objetivou as possíveis intervenções de enfermagem para os familiares de clientes transplantados de medula óssea. Realizou-se a busca de artigos e teses nas bases de dados eletrônicas Lilacs e Medline (período de 01/01/1990 a 05/05/2005), utilizando-se as palavras: “bmt” e “family” e “bone marrow transplantation” e “family” respectivamente. Foram identificadas duas publicações no Lilacs, sendo que apenas uma foi pertinente ao tema proposto e 807 publicações no Medline, das quais apenas 24 abordavam o tema proposto, a amostra foi constituída por 25 publicações. Para análise dos artigos utilizou-se um instrumento para identificação das características dos artigos, níveis de evidências, delineamento da pesquisa, características da crise familiar, fatores que influenciam a habilidade das famílias para enfrentar e se adaptar a uma crise e, por fim, intervenções de enfermagem propostas. Foi utilizado o modelo de crise proposto por Hill e Hansen que classifica a crise em quatro categorias: características do evento, ameaças percebidas, avaliação dos recursos da família e experiência passada em crises. Os resultados mostraram que 96% dos artigos foram obtidos do Medline, sendo que 12 (48%) artigos foram desenvolvidos por enfermeiros e os demais por outros profissionais. Em relação ao tipo de revista, 36% dos artigos foram publicados em periódicos específicos de enfermagem, sendo que 72% provém dos EUA, 16% da Grécia, Canadá, Polônia e Brasil (distribuídos igualmente) e 12% não foi possível identificar a procedência. As evidências clínicas variaram entre os níveis 4(64%), 5 (4%) e 6 (28%), e mostraram a importância da comunicação efetiva e clara entre os membros familiares, equipe e paciente para minimizar a ansiedade e depressão; que os tipos específicos de família, suas características, coesão, poucos conflitos, orientações culturais e intelectuais e ênfase religiosa promovem maior suporte emocional aos mesmos e que os grupos de apoio e redes de apoio minimizam a ansiedade, angústia e a depressão vivenciada pelo paciente e sua família. Quanto às intervenções percebe-se que a maioria está voltada para os aspectos psicológicos e sociais, sendo relevantes a ação do enfermeiro nas propostas de estratégias de enfrentamento para o familiar e o paciente frente às diversas fases do TMO. As intervenções propostas na literatura vão ao encontro das sugeridas pela NIC para os diagnósticos de enfermagem “processos familiares interrompidos e enfrentamento familiar comprometido”; em especial o suporte emocional (64%), suporte familiar (36%), redução da ansiedade (28%), grupo de apoio (32%), melhora do enfrentamento (40%) e assistência quanto aos recursos financeiros (24%). Apreende-se que outras intervenções sugeridas pela NIC poderão ser desenvolvidas pelos enfermeiros.

Descritores: 1. família, 2. transplante de medula óssea, 3. Enfermeiro

ABSTRACT

Matsubara, T.C. **Family crisis and Bone Marrow Transplantation: evidences for nursing care**. 2005. 146p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2005.

This study presents an integrative literature review of possible nursing interventions for family members of bone marrow transplant (BMT) patients. We looked for articles and theses in the electronic databases Lilacs and Medline (from 01/01/1990 to 05/05/2005), using the following keywords: “bmt” and “family” and “bone marrow transplantation” and “family” respectively. Two publications were identified in Lilacs, one of which was relevant for the proposed subject, against 807 publications in Medline, 24 of which dealt with the proposed theme. Thus, the sample consisted of 25 publications. In the analysis, we used an instrument to identify the articles' characteristics, levels of evidence, research design, family crisis characteristics, factors influencing the families' ability to deal with and adapt to a crisis and, finally, proposed nursing interventions. The crisis model by Hill and Hansen was used, which classifies a crisis into 4 categories: event characteristics, perceived threats, family resources and past crisis experience. The results evidenced that 96% of the articles came from Medline, 12 (48%) of which were developed by nurses and the remainder by other professionals. What the type of journal is concerned, 36% of the articles were published in specific nursing periodicals, 72% of which were from the USA, 16% from Greece, Canada, Poland and Brazil (equal distribution) and, for 12%, the origin could not be identified. Clinical evidence varied between levels 4 (64%), 5 (4%) and 6 (28%) and demonstrated the importance of effective and clear communication between family members, team and patient with a view to minimizing anxiety and depression; that specific family types, their characteristics, cohesion, few conflicts, cultural and intellectual orientations and religious emphasis provide greater emotional support and that support groups and networks minimize the anxiety, anguish and depression patients and relatives experience. Most interventions are aimed at psychological and social aspects. Nursing actions are relevant in strategies proposed for family members and patients to cope with the different phases of BMT. The interventions proposed in literature are in accordance with suggested NIC interventions for the nursing diagnoses “interrupted family processes and compromised family coping”; especially emotional support (64%), family support (36%), anxiety reduction (28%), support group (32%), improved coping (40%) and financial aid (24%). We believe that nurses can develop other NIC interventions.

Keywords : 1) family; 2) Bone marrow transplantation; 3) Nurse

RESUMEN

Matsubara, T.C. **Crisis familiar y Trasplante de Médula ósea: evidencias para la atención de enfermería**. 2005. 146h. Disertación (Maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2005.

Esta investigación usó la revisión integrada de la literatura y tuvo como objetivo las posibles intervenciones de enfermería para los familiares de clientes trasplantados de médula ósea (TMO). La búsqueda de artículos y tesis fue llevada a cabo en las bases de datos electrónicas Lilacs y Medline (período de 01/01/1990 a 05/05/2005), utilizándose las palabras: “bmt” y “family” y “bone marrow transplantation” y “family” respectivamente. Se identificaron dos publicaciones en Lilacs, sólo una de las cuales fue pertinente al tema propuesto, y 807 publicaciones en Medline, de las cuales solamente 24 trataron del tema propuesto. Por lo tanto, la muestra se constituyó de 25 publicaciones. Para el análisis de los artículos se usó un instrumento para identificación de sus características, niveles de evidencias, delineación de la investigación, características de la crisis familiar, factores que influyen la habilidad de las familias para enfrentarse y adaptarse a una crisis y, por fin, intervenciones de enfermería propuestas. Se utilizó el modelo de crisis propuesto por Hill y Hansen, que clasifica la crisis en 4 categorías: características del evento, amenazas percibidas, evaluación de los recursos de la familia y experiencia pasada en crisis. Los resultados mostraron que se obtuvo el 96% de los artículos de Medline, 12 (48%) de los cuales fueron desarrollados por enfermeros y los demás por otros profesionales. En cuanto al tipo de revista, se publicó el 36% de los artículos en periódicos específicos de enfermería, el 72% de los cuales proviene de los EEUU, el 16% de Grecia, Canadá, Polonia y Brasil (distribuidos igualmente) y, para el 12%, no fue posible identificar la procedencia. Las evidencias clínicas variaron entre los niveles 4 (64%), 5 (4%) y 6 (28%) y mostraron la importancia de la comunicación efectiva y clara entre los miembros familiares, equipo y paciente para minimizar la ansiedad y depresión; que los tipos específicos de familia, sus características, cohesión, pocos conflictos, orientaciones culturales e intelectuales y énfasis religiosa promueven mayor soporte emocional a los mismos y que los grupos de apoyo y redes de apoyo minimizan la ansiedad, angustia y depresión vivenciada por el paciente y su familia. Respecto a las intervenciones se percibe que la mayoría se dirige a los aspectos psicológicos y sociales, siendo relevante la acción del enfermero en las propuestas de estrategias de afrontamiento para el familiar y el paciente ante las diversas fases del TMO. Las intervenciones propuestas en la literatura van al encuentro de las sugeridas por la NIC para los diagnósticos de enfermería “interrupción de los procesos familiares y afrontamiento familiar comprometido”; especialmente el soporte emocional (64%), soporte familiar (36%), reducción de la ansiedad (28%), grupo de apoyo (32%), mejora del afrontamiento (40%) y atención respecto a los recursos financieros (24%). Se comprende que otras intervenciones sugeridas por la NIC podrán ser desarrolladas por los enfermeros.

Palabras-clave: 1) Familia, 2) Trasplante de médula ósea; 2) Enfermero

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Taxonomia das intervenções de Enfermagem (NIC) –(McCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.148-49)..... 41
- Quadro2** – Intervenções prioritárias e sugeridas para os diagnósticos de Enfrentamento familiar comprometido e Processos familiares interrompidos..... 46
- Quadro 3** - Classificação das forças de evidências (Muir Gray apud Closs & Cjeater, 1999) 52
- Quadro 4** - Classificação das forças de evidências (Stetler,1998) 52

LISTA DE TABELAS

Tabela1 -Distribuição dos artigos segundo o periódico e país de origem publicação	68
Tabela2 -Distribuição do número dos artigos referentes à profissão do primeiro autor	70
Tabela3 -Distribuição do número de artigos segundo número de autores.....	71
Tabela4 -Distribuição dos artigos segundo delineamento de pesquisa	72
Tabela5 -Frequência dos artigos segundo níveis de evidências.....	74
Tabela 6 -Distribuição do uso das escalas e instrumento segundo os autores.....	81
Tabela 7 -Distribuição dos artigos analisados segundo intervenções propostas para os diagnósticos estudados	82
Tabela 8 -Distribuição dos artigos segundo modelo de Hill e Hansen	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das publicações segundo ano de publicação.....	69
------------------	---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Instrumento de análise dos artigos	117
Anexo B- Artigos utilizados para a revisão integrativa	119
Anexo C- Resumo dos estudos	122

SUMÁRIO

Resumo
Abstract
Resumen
Lista de quadros
Lista de tabelas
Lista de gráficos
Lista de anexos

1.INTRODUÇÃO	18
2.REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Transplante de Medula Óssea	24
2.2 Família do paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea	29
2.3 Crise familiar	34
2.3.1 Modelo de crise familiar segundo Hill e Hansen	35
2.3.2 Intervenções de Enfermagem para diagnóstico de Processo Familiar Interrompido e Enfrentamento Familiar Comprometido	38
3.REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	50
3.1 A Prática de Enfermagem Baseada em Evidências.....	51
3.2 Revisão Integrativa	54
4. OBJETIVOS.....	57
5.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	59
5.1 Delineamento do estudo	60
5.2 Procedimento para seleção dos artigos.....	60
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
7. CONCLUSÕES	99

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS.....	108
ANEXOS	116

1 INTRODUÇÃO

"Se eu puder aliviar a aflição de uma vida, ou aplacar uma dor...ou ajudar um frágil passarinho a retornar ao seu ninho, não terei vivido em vão."
(Emily Dickinson, in Covey 2004)

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo no ano de 1994, iniciou-se uma construção de conhecimento e aprendizado no âmbito pessoal e profissional. No primeiro e segundo ano de graduação a minha maior preocupação era adquirir o conhecimento teórico básico para nortear as minhas ações técnicas, seguidas da ansiedade em aplicar as técnicas desenvolvidas nos laboratórios de apoio dessa escola. Saliento que durante o estágio desenvolvido na unidade de internação de um Hospital de grande porte do interior de São Paulo, no 3º semestre, mostrava-me tão preocupada em desenvolver corretamente os procedimentos estudados que algumas vezes, até mesmo me esquecia do lado humano da assistência de enfermagem, ou seja, realizava a técnica sem me recordar que o cliente possui necessidades bio - psicossociais e que não eram aquele manequim que utilizávamos no laboratório da faculdade que não sentia, não falava e não desenvolvia complicações decorrentes do procedimento; sem levar em consideração que a minha visão dos familiares destes pacientes era, na maioria das vezes, negativa; incomodavam os questionamentos constantes sobre o estado do paciente ou o porquê de determinado procedimento, ou ainda o fato de relatarem que não gostariam que alunos realizassem os procedimentos em seus entes queridos.

Já no terceiro ano de graduação, a minha visão do ser enfermeiro ampliou-se durante a disciplina de Enfermagem Médica, ministrada no quinto semestre, onde pude compreender a importância do raciocínio clínico, ao se planejar uma intervenção ao paciente, respeitando-o em todos os seus aspectos. Porém, ainda não compreendia a necessidade de se incluir a assistência familiar no contexto do cuidar.

Graduei-me em dezembro de 1998, ingressando no ano seguinte no curso de Licenciatura em Enfermagem, pois sentia a necessidade de compreender as melhores formas didáticas para ministrar um conteúdo, não somente aos colegas da área e alunos, mas, também, aos pacientes e seus familiares; neste momento comecei a ver que o suporte familiar deve ser levado em consideração.

Em 2000 tive a oportunidade de cursar a Especialização de Enfermagem Clínico Cirúrgico – Área de Queimados, Cardiologia e Hematologia, com duração de dois anos, realizado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Hemocentro de Ribeirão Preto. Neste período conheci a unidade de Transplante de Medula Óssea do referido Hospital.

Vivenciar o tratamento de transplante de medula óssea exige forte preparo teórico - prático e, principalmente, emocional. Deparei-me com situações extremas de esperança pela cura, ansiedade e medo das complicações e ainda com o sentimento dos indivíduos transplantados e seus familiares em relação a vida e a morte.

Durante o período em que atuei junto a esses pacientes e familiares, questionei-me sobre o que fazer para melhorar a qualidade de vida dos mesmos naquele momento. Como lidar com o conflito emocional que surgia diante a situação vivenciada, dia após dia, do início do tratamento de Transplante de Medula Óssea (TMO)? O que significava ver um paciente entrar relativamente bem na unidade de internação e ir se debilitando dia após dia, mudando a sua auto-imagem, a sua saúde e o seu emocional?

Observei que nos casos de transplante de medula óssea tanto o paciente quanto os seus familiares enfrentavam uma mudança drástica de sua rotina diária e na

própria estrutura familiar, onde muitas vezes o chefe da família adoecia e os demais membros precisavam se reorganizar para manter as finanças e os afazeres antes desempenhados pelo outro. Com isto percebi a importância e a necessidade de ouvir e atender aos anseios dos familiares e acompanhantes para auxiliá-los a detectar as situações de crises a que foi submetido tão repentinamente, e a enfrentar essas situações, pois, somente assim, eles estariam mais preparados para lutarem lado a lado com o paciente durante o tratamento de TMO.

Atualmente possuo mais um motivo para acreditar que os familiares precisam de apoio durante o tratamento de seu familiar, pois, recentemente tive uma experiência pessoal de acompanhar o tratamento e evolução do quadro de câncer de mama diagnosticada em minha mãe. Lembro-me que o impacto do diagnóstico foi imenso; a minha genitora teve um suporte psicológico e social, através da equipe multidisciplinar, porém este atendimento não foi estendido aos familiares. Percebi que a atenção voltada para mim durante as internações hospitalares deu-se pelo fato do setor de ginecologia ser acoplado ao de obstetrícia, local em que desempenho minhas atividades profissionais; as equipes de enfermagem e médica me eram conhecidas anteriormente ao episódio. Cito como exemplo, a situação angustiante em que a minha mãe entrou em estado de insuficiência respiratória aguda e eu me encontrava no quarto; a equipe foi muito solícita ao pedir que me retirasse da enfermaria para que os cuidados fossem prestados. Porém, diferentemente do que se observa no cotidiano, não fiquei sozinha no corredor a espera de notícias; fui acompanhada por uma funcionária até uma sala reservada para descanso médico, aonde constantemente alguém vinha dar notícias do quadro ou perguntar se eu estava bem. Isto de certa forma me confortou me senti

amparada; tenho certeza que a atenção voltada ao familiar em um período de crise, o auxilia a enfrentar de maneira positiva o episódio.

Os indivíduos nos períodos de crise ou de transição desta tornam-se mais vulneráveis e abertos à educação e ao aprendizado, estando o enfermeiro numa situação privilegiada para auxiliá-los a passar por este momento enriquecendo a sua existência (MARTINSON, 1980).

Atualmente existe uma contribuição crescente de pesquisas de enfermagem que abordam a temática família, porém ainda permanece uma lacuna entre a teoria e a pesquisa com a prática clínica (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Motivada por essas considerações, propusemos essa pesquisa que tem a finalidade de sintetizar o conhecimento produzido sobre as situações de crise vivenciadas pela família do paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Transplante de Medula Óssea

Para se compreender a amplitude dos aspectos envolvidos neste tipo de tratamento é necessário conhecer o impacto do transplante de medula óssea (TMO) e suas conseqüências perante o paciente e seus familiares.

A indicação do TMO vem crescendo nas últimas décadas, não somente para doenças hematológicas, mas também para doenças auto-imunes e algumas pesquisas já apontam a sua utilização na regeneração celular. Desta forma o enfermeiro precisa se aperfeiçoar e compreender todos os processos envolvidos no procedimento tanto para o paciente, para seus familiares e para a própria equipe multidisciplinar.

Pasquini (2001) define TMO como um procedimento que envolve a infusão endovenosa de célula tronco - CD34 (retirada da medula óssea de um doador compatível, previamente selecionado) em um receptor previamente condicionado; tendo como finalidade restituir o órgão hematopoético debilitado pela patologia, seja por infiltração de células leucêmicas na medula óssea como também por doenças que prejudiquem e alterem a produção das células sanguíneas.

Os transplantes podem ser do tipo autólogo, no caso em que o doador da medula óssea é o próprio paciente; alogênico, quando o doador e o receptor possuem histocompatibilidade celular; e singênico no caso de irmãos gêmeos idênticos, ou seja, a histocompatibilidade é de 100%.

Esse procedimento terapêutico desencadeia um estado de comprometimento múltiplo de órgãos, tecidos e depressão imunológica severa aumentando a predisposição para infecções sistêmicas. Efeitos estes decorrentes dos

tratamentos prévios de quimioterapia, radioterapia e uso de drogas hepatotóxicas e nefrotóxicas. Desta forma, tanto os pacientes quanto seus familiares necessitam do apoio da equipe multiprofissional para se sentirem seguros durante as diversas fases do tratamento.

Para melhor compreender a complexidade do procedimento terapêutico é necessário conhecer cada fase do TMO, as quais estão apontadas a seguir.

Fase 1 : Pré – TMO

Compreende dois períodos distintos; o primeiro ocorre antes da admissão hospitalar, onde o paciente e seus familiares passam por um acompanhamento ambulatorial para a definição do diagnóstico, a indicação de tratamento como o TMO, o levantamento de possíveis doadores de medula óssea e os exames laboratoriais e complementares para se definir o tipo de doença, o seu estágio, comprometimentos sistêmicos (renais, cardiovasculares, hepáticos, pulmonares), valendo ressaltar o acompanhamento multiprofissional durante todo o período. Após esta fase o paciente opta realmente pelo tratamento ou não, após amplo esclarecimento sobre o mesmo e suas possíveis conseqüências, que podem desencadear complicações severas e até levar à morte.

Já o segundo período conta com a internação hospitalar, onde o paciente fará condicionamento como parte do TMO e terá implantado um cateter venoso central, o qual será de vital importância durante o tratamento devido a grande quantidade de infusão de drogas endovenosas, hemoderivados, coletas constantes de amostras de sangue e avaliação da pressão venosa central. A vantagem deste procedimento é a longa permanência do cateter, facilidade de manuseio e conforto do paciente, ressaltando-se que para isso é necessária uma manipulação correta do dispositivo pela

equipe médica e de enfermagem, para se evitar infecções e perda do mesmo (TOYONAGA, 1988).

O ambiente de internação deve conter medidas de proteção para se evitar infecções hospitalares nos pacientes imunodeprimidos em decorrência do regime de condicionamento quimioterápico; uma das medidas é a implantação do fluxo laminar, no qual o ar é introduzido através dos filtros HEPA (alta eficácia para remoção de partículas maiores que 0,3mm) eliminando a maior parte dos fungos, bactérias e vírus, mantendo o ar em constante renovação nas unidades de internação, diminuindo o risco de disseminação de infecções no ambiente.

Fase 2: O transplante de medula

Inicia-se uma contagem regressiva dos dias que antecedem o TMO desde o primeiro dia do condicionamento até o seu término, sendo considerado o dia de infusão das células tronco como o dia zero e início da contagem progressiva pós-infusão da medula óssea.

No caso do TMO alogênico, o doador interna-se no hospital um dia antes do TMO e no dia seguinte é encaminhado ao centro cirúrgico para a retirada da medula óssea através de múltiplas aspirações nas cristas ilíacas anteriores e posteriores, na qual se retiram cerca de 3 a 5 ml a cada aspiração através do uso de seringas lubrificadas com heparina e acondicionadas em um recipiente de inox previamente preparado, o qual deve ser homogeneizado delicadamente e constantemente para evitar-se a formação de coágulos. Vale ressaltar que o procedimento se dá sob anestesia geral e que a quantidade retirada depende da proporção quilo por peso do receptor, sendo a quantidade ideal a ser infundida no receptor superior a $3.0 \times 10^8/\text{Kg}$. Após a coleta, o material é filtrado para se eliminar possíveis restos ósseos, coágulos e

grumos de gordura; em seguida, o sangue é transferido para uma bolsa coletora de sangue, pesado e encaminhado para a unidade de TMO para infusão no receptor.

Vale ressaltar que no momento da infusão é necessária a presença constante do enfermeiro frente ao paciente, para se detectar de forma precoce os sinais de reações transfusionais como dispnéia, tosse, aumento de pressão arterial, aumento da temperatura e urticária (WUJCIK e DOWNS, 1999).

Salienta-se que a alta hospitalar do doador de medula ocorre em um período de 24 horas pós procedimento de coleta, caso não haja complicações nesta fase.

Nos casos em que o transplante de medula óssea é autólogo, ou seja, o doador é o próprio receptor, os procedimentos adotados sofrem mudanças, pois a medula óssea é colhida periféricamente por citofereze e congelada em nitrogênio líquido e agente crioprotetor (Dimetil sulfóxido-DMSO) até que o receptor receba quimioterapia do condicionamento para o transplante; no momento da infusão da medula, esta é descongelada em banho Maria na beira do leito do paciente e infundida em seguida, rapidamente, o agente conservador é eliminado pelos pulmões e pela urina, exalando um odor característico que se assemelha ao cheiro de “palmito em conserva” durante um período aproximado de 24 horas (SANDERS, 1997).

Fase 3 : Pós transplante de medula óssea

Esta fase inicia-se logo após a infusão das células por via endovenosa; é evidenciada principalmente pelas complicações decorrentes da quimioterapia de condicionamento, as quais podem ser classificadas em precoces ou tardias.

As complicações precoces ocorrem durante os cem primeiros dias pós TMO, sendo conseqüências da toxicidade das drogas utilizadas durante o condicionamento e da aplasia de medula; neste período o paciente torna-se mais propenso a adquirir

infecções decorrentes de agentes bacterianos e fúngicos. As principais complicações são distúrbios gastrointestinais, náuseas, vômitos, imunossupressão, pancitopenias, doença venoclusiva hepática (VOD), toxicidades cardíacas, renais, neurológicas, cutâneas, desequilíbrio hidroeletrolítico e mucosite.

Já as complicações tardias ocorrem após os 100 dias, principalmente em pacientes submetidos ao TMO alogênico, o que os tornam mais propensos a desenvolver a doença do enxerto versus o hospedeiro (GVHD crônico). Inclui-se neste período a chamada pega de medula óssea ou enxertamento da medula óssea, o qual ocorre em torno do 14 dias pós TMO, tendo como indicativo laboratorial o aumento de plaquetas e o reaparecimento de reticulócitos.

Após a melhora do quadro clínico, o paciente recebe alta hospitalar, para realizar o seguimento ambulatorial diário, em dias alternados ou semanais de acordo com seu estado de saúde até os 100 dias, quando o paciente recebe alta para retornar ao seu domicílio de origem se estiver bem; cabe ressaltar que a maior parte dos pacientes atendidos no serviço onde este estudo foi desenvolvido reside fora da cidade de Ribeirão Preto e ficam abrigados em uma casa de apoio, sem fins lucrativos situada próxima à unidade de internação.

Salienta-se que o paciente é acompanhado por um familiar ou pessoa de sua escolha durante todas as fases de seu tratamento, incluindo os momentos pré - internação, pré TMO, TMO e pós TMO; esta situação pode gerar situações de ansiedade, angústia e preocupação por parte do cliente e seus familiares, pois a rotina diária é quebrada e, muitas vezes, os alicerces sociais e financeiros são afetados, seja por um afastamento prolongado do lar ou pelo receio das situações decorrentes do tratamento.

Frente a isto se reitera a importância de compreender os familiares, auxiliando-os a enfrentarem a situação de crise, momento em que ocorrem situações geradoras de ansiedade e medo, o que facilita um melhor suporte ao paciente.

2.2 Família do paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea

A complexidade do TMO é capaz de produzir profundos efeitos psicológicos no paciente, família e profissionais, sendo que ignorar estes fatores, levando-se em consideração apenas os aspectos técnicos do procedimento, pode trazer consequências graves a estes indivíduos.

Durante o TMO o paciente e a família sofrem mudanças nas suas estruturas psicossociais, tendo o enfermeiro um importante papel nesta adaptação para que a melhor qualidade de vida seja alcançada. A família pode ser considerada uma aliada da assistência de enfermagem, pois ela pode fornecer a segurança e o apoio psicológico para a readaptação do paciente transplantado ao convívio social, ao qual estava habituado.

É necessário que o enfermeiro compreenda o que é a família para o paciente; para isto é relevante definir este conceito.

Pode-se definir família de diversas maneiras; a mais tradicional é um núcleo familiar formada pelos cônjuges, filhos biológicos e adotivos, sendo assim reconhecido como uma unidade familiar, segundo a sociedade.

Atualmente, com as diferentes culturas e as escolhas sexuais e de vida, o enfermeiro deve levar em consideração os diversos universos familiares, dentre os quais estão inclusos os constituídos de forma legal (parentes co-sangüíneos, filhos adotivos, tutelados e cônjuges), biológico (aquele ligado ao indivíduo geneticamente-

filhos, pais), social (grupos de pessoas próximas, de seu convívio pessoal) e psicológica (pessoas que lhe são intimamente importantes tais como pessoas que co habitem – monastérios, conventos, repúblicas, pensões etc. e famílias alternativas, tais como os homossexuais).

Deve-se considerar ainda que usualmente os indivíduos de um casamento ou consangüinidade, relacionam-se, segundo algumas regras específicas a eles. Estas regras regem funções e papéis nos grupos, nos quais os indivíduos compartilham o mesmo sistema de crenças e lealdade.

Delaney apud Nitschke (1992) acredita que a família pode ser definida como um sistema dinâmico, de duas ou mais pessoas que se considerem parte da família e dividem uma história, objetivos comuns e obrigações, laços afetivos e um alto grau de intimidade.

Ackerman (1989) reforça que a estrutura de uma família baseia-se nos comportamentos esperados para cada membro desta família, como, por exemplo, marido, pai, mãe e filho, e desta forma os indivíduos são moldados de acordo com suas funções.

Romanelli (2000) enfatiza que as trajetórias vivenciadas por cada um dos membros familiares podem interferir nas relações familiares, sendo necessário uma readaptação.

Achamos pertinente mencionar a definição de família saudável proposta por Nitschke et al (1992, p. 159)

“Uma unidade que se auto estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Possuem uma estrutura e organização para definir objetivos e

promover meios para crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tendo a liberdade de expor sentimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui a capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e oferecendo apoio à seus membros e pessoas significativas.....”

Atkinson e Murray (1989) acreditam que a família deve ser vista como um grupo de indivíduos que interagem entre si e entre outros e são interdependentes, sendo que qualquer alteração em um dos membros desencadeará uma mudança nos demais e em todo o sistema familiar e social.

Desta forma, há que se considerar a mudança brusca que os familiares acabam vivenciando no decorrer do Transplante de Medula Óssea de um ente querido, entretanto, a maioria destes familiares já vivenciaram situações de doença, ou prestou cuidados de higiene e conforto à pessoa doente, podendo utilizar dos mesmos recursos para enfrentar a situação de maneira positiva.

Em uma Unidade de TMO, preconiza-se um trabalho multidisciplinar no qual fazem parte os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionistas procuram dar o aporte necessário para o paciente e seus familiares enfrentarem a situação imposta pelo tratamento.

Santos *et al* (2000) consideram que a enfermagem brasileira tem voltado cada vez mais sua atenção à família, porém, esta assistência ainda é considerada um desafio para a profissão, seja por barreiras impostas pelo enfermeiro ou familiares. É necessário conhecer as reais necessidades desta família, compreendendo sua história,

espaço social, suporte e recursos utilizados (ALTHROFF *et al*, 1998). Salientam estes autores que este processo deve ser interativo, progressivo e harmônico, desenvolvendo-se uma troca de informações mútuas, na qual o profissional deve apoiar e estimular os familiares na busca de soluções, onde o indivíduo pode descobrir sua capacidade para o cuidado com a saúde, podendo fazer uso de recursos advindos da comunidade.

Martin e Angelo (1998) reforçam que em diversas situações de cuidado voltado à família nos deparamos com pontos de vista social, cultural e econômico que diferem dos nossos, sendo necessário sermos imparciais.

Vários pesquisadores desenvolveram diversos modelos de famílias, cujos conceitos podem ser considerados pelo enfermeiro ao prestar assistência; eles serão brevemente mencionados a seguir:

- Modelo de interação familiar segundo Beavers e Lewis (1976): identifica cinco componentes representativos para saúde familiar, sendo eles: estrutura de poder familiar (na família saudável, o poder é compartilhado e é baseado em competência de experiência, havendo uma hierarquia clara de poder, sendo que a liderança cabe ao pai), grau de individualização familiar (os membros de família são capazes de expressar-se livremente, responsabilizando-se por seus próprios pensamentos e ações), aceitação da separação e perda (a família saudável com uma coalizão relativa aos pais são capazes de aceitar a perda como parte natural da vida), percepção da realidade (a unidade familiar percebe - se como um grupo congruente, com funções específicas de acordo com a realidade apresentada) e afeto (a família saudável é capaz de expressar um sentimento, prevalecendo-se a disposição otimista de calor humano ao prestar o cuidado);

- Modelo de interação familiar de Satir (1972) - consiste em 4 conceitos: valorizar-se (estas atitudes são demonstradas por comportamentos de integridade, honestidade, responsabilidade, amor e de compaixão); comunicação (afeta diretamente os relacionamento entre os membros de uma família, os padrões de comunicação incluem movimentos corporais, postura, tom de voz, e o que é falado, em famílias saudáveis, a comunicação é aberta, direta, clara, e honesta) e regras da sociedade e organização social (escolas, igrejas, grupos políticos, grupos recreação e clubes).
- Modelo de Otto (1973): baseia-se na força familiar sob os aspectos físicos, emocionais e espirituais, comunicação, segurança e encorajamento.
- Modelo de Estrutura Familiar Funcional de Friedman (1981) - examina a estrutura funcional da unidade de família, a organização de seus membros, seus valores, sendo dividida em 6 partes-componentes estruturais (sistemas de valores, estrutura de poder, seu papel no sistema, rede de comunicação) e componentes funcionais (afetividade, suprir necessidades físicas, economia, reprodução e socialização e estratégias de enfrentamento de coping)

Independente do modelo familiar é importante salientar ainda que o cuidado à família deva envolver o apoio, o encorajamento, ser aquele que sabe ouvir o outro, dar conforto, proteção e sempre que possível envolver os familiares no cuidado prestado ao paciente. Yates (1999)

2.3 Crise familiar

Compreende-se que a palavra crise tem sua raiz no grego “Krineim”, que significa decidir, separar. Pode-se definir a situação de crise como episódios vivenciados por indivíduos, que possam afetar o seu equilíbrio, podendo gerar tensões, modificação no estado físico, emocional e social (MINZONI *et al* 1977).

Já Brunner e Suddarth (2005) tratam à crise como um estado de desequilíbrio, advindo da desproporção entre a dificuldade percebida em um evento e seus mecanismos de adaptação e apoio situacional atual.

Erikson (1972) salienta que a personalidade dos seres humanos se desenvolve em diversas fases, nas quais pode sofrer crises de identidade e da qual o indivíduo emerge fortalecido em diversos aspectos de vida. Sugere ainda que caso o indivíduo não supere de forma positiva qualquer uma destas fases (crise evolutiva), poderá acarretar dificuldade em lidar com outras situações de crise no futuro.

Caplan (1966) menciona que vários eventos estressantes podem desencadear uma situação de crise, dentre os quais: adolescência, casamento, morte, perda de partes do corpo seja por amputação traumática ou cirurgias, perda ou mudança de papéis ou situação social, doença e falência do casamento.

O mesmo autor cita a importância da utilização dos recursos físicos, socioculturais e psicossociais por parte dos indivíduos para solucionar o problema ou minimizar as possíveis conseqüências negativas.

Hoof (1989) menciona que crises anteriores mal resolvidas podem gerar um grande risco para a integridade do indivíduo. O enfrentamento ineficaz pode ter

ocorrido por falhas de mecanismos de defesa, a falta de estímulos e de apoio de pessoas próximas.

Vale ainda destacar o conceito de crise no contexto familiar, para uma melhor compreensão do tema.

Elsen (1994) define crise familiar como uma condição de ruptura, desorganização ou incapacitação do sistema social.

O mesmo autor aborda ainda a reação da família frente ao adoecimento de um ente próximo, sendo que neste momento existe a necessidade de adaptação tanto da família quanto do paciente. Segundo Elsen (1994) crise pode ser classificada como:

- Crise evolutiva: ocorre em situações em que a família é capaz de reorganizar e responder de forma satisfatória à nova situação;
- Crise traumática: ocorre em situações em que eventos inesperados quebram a expectativa histórica da família, sem que a mesma possa reagir e enfrentar.

Ao se analisar o que ocorre com a família durante a internação do paciente para o Transplante de Medula Óssea, precisa-se levar em consideração que geralmente o processo pode acabar excedendo as estratégias de adaptação e enfrentamento dos seus membros, pois é necessário reestruturar a rotina familiar, frente às mudanças de papéis, busca de recursos financeiros e emocionais.

2.3.1 Modelo de crise familiar proposto por Hill e Hansen

Hill e Hansen (1968) identificaram os fatores que influenciam a habilidade das famílias em enfrentar e se adaptar a uma crise. Estes fatores são caracterizados em 4 grupos, relacionados, porém com conceitos distintos. Este modelo analítico proporciona uma base para avaliar o significado da crise à família e para avaliar sua capacidade, como indivíduos e como uma unidade, de se adaptar à situação. Podem-se

identificar no modelo as forças familiares e suas deficiências, bem como as estratégias de intervenção de enfermagem que possam ser geradas dele.

- Características do evento: um interesse importante da família inteira é a mudança do sistema biológico de uns membros familiares afetados. Um tipo de incapacidade, prognóstico e potencial para reabilitação afetam individualmente tanto aos membros como à unidade familiar. A importância e percepção do interesse em relação aos fatores fisiológicos, conhecimento da condição, incluindo limitações potenciais, e a resposta de outros necessita ser explorada por cada membro familiar e a família como um total.
- Ameaça percebida para a relação familiar, quanto ao estado e metas: quando uma crise ou doença ocorre numa família, os membros podem desempenhar papéis diferentes temporariamente ou permanentemente. As necessidades familiares identificam os papéis que mudarão, quais papéis são abandonados por quem e quais serão os novos papéis desempenhados por outros. Isto tem implicações para todos os membros, porque papéis são recíprocos e as mudanças podem afetar interações familiares futuras. Membros familiares necessitam identificar papéis familiares, relações, e padrões de comunicação, junto com as mudanças desencadeadas por crise ou doença. Com mudanças de papel, padrões de decisão podem alterar os relacionamentos familiares. Em uma crise familiar, tanto os indivíduos como as metas familiares podem mudar. O sentimento frente ao novo papel, decisões e metas necessitam ser manifestados abertamente para aliviar a raiva, hostilidade, e ressentimentos e ajuda a prevenir que estes comportamentos se intensifiquem durante uma crise familiar.

- Avaliação de Recursos à família: recurso pode ser considerado como as capacidades e habilidades de membros familiares e amigos ou parentes, instalações na comunidade, meio financeiro (tal como renda e seguro) e transporte. Tanto a quantidade e a qualidade de cada recurso devem ser consideradas de modo que áreas deficientes possam ser apoiadas. Informações sobre a composição do lar, incluindo a idade, sexo e experiência educacional dos membros, estado conjugal, etnia, religião, ocupação e renda são fatores também importantes que influenciam a adaptação da família a uma crise.
- Experiência de passado com crises: as famílias que lidaram com crises previamente podem tirar destas situações, experiências para ajudar a resolver os problemas, ou adotar novos padrões de decisão. A família também pode ser uma referência na comunidade para os indivíduos que acreditam "poder contar com" as experiências passadas podem tanto fortalecer como enfraquecer a capacidade do familiar enfrentar a crise.

Salienta-se, mais uma vez, que este modelo aborda a crise vivida pelo familiar de forma ampla e clara, desvendando as situações da crise, como elas afetam o grupo familiar e como ele enfrenta a situação.

Partindo do pressuposto que se a família tiver um suporte emocional e social, além do conhecimento sobre a situação, o paciente receberá melhor assistência e apoio desta, durante o tratamento de TMO. Assim desenvolvemos este estudo com o intuito de conhecer este fenômeno (crise familiar).

Estes aspectos serão utilizados para fundamentar a análise e discussão dos dados.

2.4 - Intervenções de Enfermagem para os diagnósticos de "Processos familiares interrompidos e Enfrentamento familiar comprometido".

Sabe-se que as intervenções de enfermagem são norteadas pelos diagnósticos de enfermagem. No presente estudo dois diagnósticos foram considerados representativos do tema abordado, considerando-se a Taxonomia da NANDA (2005); são eles: processos familiares interrompidos e enfrentamento familiar comprometido.

Wright et al. (1996) mencionam que as intervenções de enfermagem podem estar relacionadas na maioria dos casos, com um ato passado, com claros limites, a qual sempre oferece ou faz algo a alguém, de forma intencional, consciente e em geral atribuída a comportamentos observados pelo enfermeiro.

Intervenção de enfermagem, segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), é: *“todo e qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizado por enfermeiros para aumentar os resultados do paciente/cliente”*; nos quais incluem cuidados diretos (*“tratamento realizado por meio de interação com o paciente”*) ou indiretos (*“tratamento realizado longe do paciente, mas em seu benefício ou em benefício de um grupo de pacientes”*; estando relacionado a *colaboração interdisciplinar e controle do ambiente, os quais dão suporte aos cuidados diretos*); estes podem ser iniciados por enfermeiro, médico ou outros profissionais (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.xxi).

Compreende-se o tratamento iniciado por enfermeiros como:

“Uma intervenção iniciada por um enfermeiro como resposta a um diagnóstico de enfermagem; tratando-se de uma ação autônoma, baseada em fundamentação científica, realizada em benefício do cliente, de forma prevista, relacionada ao diagnóstico de enfermagem e aos resultados esperados” (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.xxi).

O tratamento iniciado pelo médico é definido como:

“intervenção iniciada pelo médico em resposta a um diagnóstico, porém executada por um enfermeiro em resposta a recomendação médica, sendo que o enfermeiro ainda tem autonomia para executar tratamentos iniciados por outros profissionais como farmacêuticos, fisioterapeutas ou médicos assistentes” (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.xxi).

As mesmas autoras salientam que as atividades desenvolvidas por enfermeiros, conforme salientado anteriormente, são constituídas de “comportamentos ou ações específicas realizadas por enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliem os pacientes a se movimentarem na direção de um resultado desejado”; estas ações são desenvolvidas aos pacientes, os quais podem ser um indivíduo, grupo, família ou comunidade.

Para a melhor compreensão da NIC, faz-se necessário relembrar a finalidade, abrangência e estrutura desta taxonomia.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem é definida como intervenções abrangentes e padronizada realizadas pelo enfermeiro, podendo ser aplicada em todos os locais e áreas especializadas. Ao analisarmos a totalidade desta classificação observamos o domínio da enfermagem, porém nada impede que outros profissionais façam uso da mesma para descrever seus tratamentos (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.39).

As intervenções de enfermagem propostas pela NIC estão relacionadas com os aspectos fisiológicos e psicossocial para o tratamento de doenças e promoção da saúde, para uso do indivíduo, família ou comunidade.

A atual edição consta de 486 intervenções e mais de 12.000 atividades propostas, sendo que as partes padronizadas das intervenções são o título e as definições, as quais não devem ser alteradas durante o seu uso, pois desta forma

teremos a comunicação entre diversos locais e a comparação dos resultados; porém, os cuidados selecionados podem ser individualizados por meio das atividades propostas, na qual o cuidador poderá acrescentar outras atividades desde que sejam coerentes com a definição da intervenção (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.40).

Para facilitar o uso desta classificação pelos enfermeiros, as autoras agruparam as intervenções em 30 classes e 7 domínios (fisiológico: básico; fisiológico complexo; comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade).

Os mesmos autores mencionam que as intervenções da NIC encontram-se relacionadas com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), aos problemas do sistema OMAHA e aos resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem.

Para se desenvolver a NIC, as pesquisas iniciaram-se em 1987, passando-se por quatro fases: I-construção da classificação (1987-1992): constituiu-se de 3 etapas- identificação e solução das questões conceituais e metodológicas, geração de uma lista inicial de intervenções, refinamento da lista de intervenções e atividades; II-construção da taxonomia (1990-1995): organização da lista de intervenções numa estrutura taxonômica inicial, validação dos títulos, atividades definidoras e taxonomia; III-teste clínico e aperfeiçoamento (1993-1997): teste de campo e intervenções essenciais e fase IV-Uso e manutenção (1996, em desenvolvimento): desenvolvimento e uso de um feedback e processo de revisão (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.41-79).

A estrutura taxonômica da NIC encontra-se no Quadro 1, a seguir.

	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Domínio 5	Domínio 6	Domínio 7
Nível 1 Domínios	1- Fisiológico: básico Cuidados de suporte ao funcionamento físico	2- Fisiológico: complexo Cuidados de suporte à regulação homeostática	3-Comportamento Cuidados de suporte ao funcionamento psicossocial e que facilitam as mudanças no estilo de vida	4- Segurança cuidados de suporte à proteção contra danos	5- Família Cuidados de suporte à unidade familiar	6- Sistema de Saúde Cuidados de suporte quanto ao uso efetivo do sistema de saúde	7- Comunidade Cuidados de suporte à saúde da comunidade
Nível 2 Classes	A- Controle de atividades e exercícios Intervenções para organizar ou auxiliar nas atividades físicas e conservação e consumo de energia. B- Controle das eliminações Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados C- Controle de imobilidade Intervenções para controlar movimentos de um corpo restringido e suas seqüelas D- Suporte nutricional Intervenções para modificar ou manter o estado nutricional E- Promoção de conforto Intervenções para promover o conforto usando técnicas físicas F- Facilitação do auto cuidado Intervenções para promover ou auxiliar nas atividades rotineiras diárias	G- Controle eletrolítico e ácido básico Intervenções para regular o balanço eletrolítico/ ácido básico e prevenir complicações H- Controle de medicações Intervenções para facilitar o alcance dos efeitos desejados dos agentes farmacológicos I- Controle neurológico Intervenções para otimizar a função neurológica J- Cuidado perioperatório Intervenções para prover cuidados antes, durante e após a cirurgia K- Controle respiratório Intervenções para promover a permeabilidade das vias aéreas e trocas gasosas L- Controle da pele/ feridas Intervenções para manter ou restaurar a integridade dos tecidos M- Termorregulação Intervenções para manter a temperatura do corpo dentro de uma variação normal N- Controle da perfusão tecidual Intervenções para otimizar a circulação do sangue e fluídos para os tecidos	O- Terapia comportamental Intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis P- Terapia cognitiva Intervenções para reforçar ou promover função cognitiva desejáveis ou alterar função cognitiva indesejáveis Q- Aumento da comunicação Intervenções para facilitar a transmissão e recebimento de mensagens verbais e não verbais R- Assistência no enfrentamento (coping) Intervenções para desenvolver suas próprias forças a adaptar a uma mudança na função ou alcançar um nível mais elevado de função S- Educação do paciente Intervenções para facilitar o aprendizado. T- Promoção do conforto psicológico Intervenções para promover o conforto usando técnicas psicológicas	U- Controle de crises Intervenções para promover auxílio em curto prazo nas crises psicológicas e fisiológicas V- Controle dos riscos Intervenções para iniciar atividades de redução de riscos e continuar monitorando os riscos ao longo do tempo	W- Cuidados relativos ao parto Intervenções para auxiliar no preparo para o parto e controle das mudanças fisiológicas antes, durante e imediatamente após o parto Z- Cuidados relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil Intervenções para auxiliar a criança no processo de crescimento e desenvolvimento X- Cuidados ao longo da vida Intervenções para facilitar a unidade familiar em seu funcionamento e promover a saúde e bem estar dos seus membros ao longo da vida	Y- Mediação junto ao sistema de saúde Intervenções para facilitar a interação entre paciente/família e o sistema de saúde a. Controle do Sistema de saúde Intervenções para promover e aumentar serviços de suporte para distribuição do cuidado b. Controle da informações Intervenções para facilitar a comunicação sobre o cuidado em saúde	c. Promoção da saúde da comunidade Intervenções que promovem a saúde da comunidade como um todo d. Controle de riscos ao nível da comunidade Intervenções para auxiliar a detectar ou prevenir riscos à saúde na comunidade como um todo

Quadro 1- Taxonomia das intervenções de Enfermagem (NIC) –(MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004. p.148-49).

Cabe ainda mencionar que as intervenções estão divididas em três níveis: I - intervenções prioritárias (intervenções mais prováveis para resolução do diagnóstico); II- intervenções sugeridas (dirigidas ao diagnóstico, mas não como uma intervenção prioritária para a maioria dos pacientes com aquele diagnóstico de enfermagem) e III- adicionais (intervenções aplicadas somente para alguns pacientes com o diagnóstico). (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

Observa-se que a lista de atividades propostas pela NIC é extensa, porém cabe ao enfermeiro o poder de decisão para selecionar as mais pertinentes ao diagnóstico individual do paciente.

Mccloskey; Bulechek (2004) salientam que o enfermeiro não é obrigado a executar todas as intervenções listadas, pois muitas requerem treinamento especial ou especialização do profissional.

Diante dos objetivos do estudo, optamos por identificar, nos artigos analisados, as intervenções propostas aos diagnósticos de enfermagem **Processos familiares interrompidos** e **Enfrentamento familiar comprometido**. Estes diagnósticos constam da taxonomia da NANDA (2005); suas definições e seus elementos constitutivos, assim como as intervenções propostas, estão arroladas a seguir:

Processos familiares interrompidos é definido como “mudança nas relações e/ ou funcionamento da família”

.Fatores relacionados-Alteração do poder de membros da família, troca de papéis, alteração do estado de saúde de um dos membros, transição e /ou crise de desenvolvimento, transição e /ou crise de situação, interação informal ou formal com a

comunidade, modificação do status social da família, modificação nas finanças da família.

Características definidoras - Mudanças nas alianças de poder, nas tarefas designadas, na efetividade para completar as tarefas designadas, no apoio mútuo, na disponibilidade para resposta afetiva e intimidade, em padrões e em rituais, na participação da resolução de problemas, na participação na tomada de decisões, nos padrões de comunicação, na disponibilidade para apoio emocional, na satisfação com a família, nos comportamentos de redução de estresse, em expressões de conflito e/ ou isolamento com relação aos recursos da comunidade, nas queixas somáticas e em expressões de conflito entre a família.

Intervenções de enfermagem propostas para a solução do problema:

*Prioritárias -***Promoção da integridade familiar*, manutenção do processo familiar***,

Sugeridas - Aconselhamento terapia familiar, aumento do sistema de apoio, suporte emocional, mobilização familiar, suporte familiar, assistência quanto a recursos financeiros, promoção da normalidade, melhora do papel.

Intervenções adicionais optativas -Treinamento da assertividade, promoção de vínculo, modificação do comportamento, mediação de conflitos, apoio à tomada de decisões, estabelecimento de metas mútuas, toque terapêutico, flexibilidade da visita, promoção do envolvimento familiar, arte terapia, controle do comportamento, apoio ao cuidador, melhora do enfrentamento, facilitação do trabalho de culpa, assistência na manutenção do lar, cuidado durante o descanso do cuidador, grupo de apoio. Baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizados por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/ cliente.

Estas ações incluem cuidados diretos e indiretos, aqueles voltados a indivíduos, família e comunidade, tratamentos iniciados por enfermeiros, por médicos e por outros provedores.

Enfrentamento familiar comprometido é definido como: *“uma pessoa fundamental (membro da família ou amigo íntimo), usualmente apoiadora, está oferecendo apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários ao cliente pra administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas ao seu desafio de saúde”*;

Fatores relacionados - *Preocupação temporária de uma pessoa significativa que está tentando administrar conflitos emocionais e sofrimento pessoal e é incapaz de perceber ou agir eficazmente em relação ‘as necessidades do cliente, desorganização familiar temporária e mudança de papeis, doença prolongada ou progressão da deficiência que exaure a capacidade de apoio da pessoa significativa, outra crise situacional ou de desenvolvimento ou situações que a pessoa significativa pode estar enfrentando, informação ou compreensão inadequadas ou incorretas por parte de uma pessoa fundamental e pouco apoio oferecido pelo cliente, em troca, ‘a pessoa fundamental.*

Características definidoras

Objetivas: pessoa significativa tenta comportamentos assistenciais ou de apoio com resultados insatisfatórios, pessoa significativa demonstra comportamento protetor desproporcional (muito pouco ou demais) ‘as capacidades ou necessidade de autonomia do cliente, pessoa significativa afasta-se ou entra em comunicação pessoal limitada ou temporária com o cliente no momento de necessidade.

Subjetivas: o cliente expressa ou confirma uma preocupação ou queixa sobre a resposta da pessoa significativa ao seu problema de saúde, a pessoa significativa

descreve ou confirma uma compreensão ou base de conhecimentos inadequados, que interferem nos comportamentos assistenciais ou de apoio eficazes, a pessoa significativa descreve preocupação com a reação pessoal (p. ex., medo sentimento de pesar antecipado, culpa, ansiedade) frente a doença, deficiência do cliente ou outra crise situacional ou de desenvolvimento.”

Intervenções de enfermagem foram propostas para solução do problema:

Intervenções de enfermagem:

Prioritárias - ***mobilização família e suporte a família,***

Sugeridas - *melhora do enfrentamento, promoção do envolvimento familiar, suporte emocional, promoção da normalidade, apoio para o sustento, promoção da integridade familiar, manutenção do processo familiar, promoção do envolvimento familiar.*

Intervenções adicionais - redução da ansiedade, apoio ao cuidador, intervenção em crise, controle do ambiente: processo de estabelecimento de vínculo, estabelecimento de metas mútuas, cuidados durante o descanso do cuidador, assistência do controle da raiva, técnica de acalmar, aconselhamento, apoio na tomada de decisões, controle do ambiente: conforto, terapia familiar, melhora de papéis”.

Cabe lembrar que para cada atividade a NIC propõe um conjunto de ações, para cada intervenção proposta. Segue-se a distribuição das atividades segundo a prioridade de cada diagnóstico:

Quadro 2 - Intervenções prioritárias e sugeridas para os diagnósticos de Enfrentamento familiar comprometido e Processos familiares interrompidos

Intervenções	Atividades
Intervenções Prioritárias	
Suporte á família Def. Promoção dos valores, interesses e metas da família.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assegurar à família que o paciente está recebendo o melhor cuidado possível 2. Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente 3. Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família 4. Nutrir esperança realista 5. Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família 6. Facilitar a comunicação de preocupações/ sentimentos entre o paciente e a família ou entre os membros da família 7. Promover uma relação de confiança com a família 8. aceitar os valores da família de maneira isenta do julgamento 9. Responder a todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas 10. Orientar a família em relação ao local de prestação de cuidados, seja uma clínica ou unidade hospitalar 11. Oferecer assistência no atendimento das necessidades básicas da família, tais como abrigo, alimento e roupas 12. Identificar a natureza do apoio espiritual para a família 13. Identificar a coerência entre as expectativas do paciente, família e profissional de saúde 14. Reduzir as discrepâncias as expectativas do paciente, família e profissional de saúde por meio de habilidades de comunicação 15. Auxiliar os membros da família a identificar e a resolver um conflito de valores 16. Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família 17. Oferecer feedback à família quanto a seu enfrentamento 18. Aconselhar os membros da família a respeito de outras habilidades eficientes de enfrentamento para seu próprio uso 19. Oferecer recursos espirituais à família quando adequado 20. Oferecer a família informações necessárias quanto as opções que a auxiliarão na tomada de decisões sobre os cuidados do paciente 21. Incluir os membros da família e o paciente na decisão sobre os cuidados, quando adequado 22. Encorajar o processo decisório familiar no planejamento de cuidados em longo prazo que afetem a estrutura e os recursos financeiros da família 23. Confirmar a compreensão da decisão da família em relação aos cuidados pós-alta 24. Auxiliar a família a adquirir os conhecimentos, as habilidades e o equipamento necessários para manter sua decisão sobre os cuidados do paciente 25. Defender a família quando adequado 26. Alimentar a persistência da família na busca de informações, quando adequado 27. Oferecer oportunidades de visitação por outros membros da família quando adequado 28. Oferecer oportunidades de apoio de grupo de amigos

	29. Encaminhar quando necessário para terapia familiar 30. Dizer aos membros da família como contatar com a enfermeira 31. Auxiliar os membros da família ao longo do processo de morte e luto, quando adequado
Manutenção do processo familiar Def. Minimização dos efeitos da ruptura do processo familiar	1. Determinar os processos familiares típicos 2. Determinar a ruptura nos processos familiares típicos 3. Identificar os efeitos das mudanças de papel nos processos familiares 4. Encorajar a visita de familiares, quando adequado 5. Manter oportunidades de visita flexíveis de modo a atender às necessidades dos familiares e do paciente 6. Discutir estratégias de normalização da vida familiar com os membros da família 7. Auxiliar os membros da família a utilizar mecanismos de apoio existentes 8. Minimizar a ruptura da rotina familiar, facilitando as rotinas e os rituais familiares,
Intervenção sugerida Suporte emocional – Def. -“Provisão de segurança, aceitação e encorajamento durante períodos de estresse”	1. Discutir com o paciente a experiência emocional 2. Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados 3. Auxiliar o paciente no reconhecimento dos sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza 4. Encorajar o paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza 5. Discutir as conseqüências dos sentimentos e das crenças 6. Facilitar a identificação feita pelo paciente do padrão usual da resposta no enfrentamento dos medos 7. Oferecer apoio durante as fases de sofrimento, negação, raiva, barganha e aceitação 8. Identificar a função da raiva, da frustração e da fúria para o paciente 9. Encorajar o diálogo ou o choro como meios de reduzir a resposta emocional 10. Permanecer com o paciente e oferecer segurança e proteção durante períodos de ansiedade 11. Oferecer assistência no processo decisório 12. Reduzir a demanda de funcionamento cognitivo quando o paciente se encontra enfermo ou fatigado 13. Encaminhar para aconselhamento, quando adequado
Promoção da integridade familiar – “Promoção da coesão e da unidade da Família	1. Agira como aquele que escuta os membros da família 2. Estabelecer uma relação de confiança com os membros da família 3. Determinar a compreensão da família em relação às causas da doença 4. Determinar a culpa que a família pode sentir 5. Auxiliar a família a solucionar sentimentos de culpa 6. Determinar as relações típicas da família 7. Monitorar as atuais relações familiares 8. Identificar os mecanismos típicos de enfrentamento familiar 9. Auxiliar a família sobre as habilidades de enfrentamento para seu próprio uso 10. Respeitar a privacidade da família

	<ol style="list-style-type: none"> 11. Dizer aos membros da família que é seguro e aceitável o uso de expressões típicas de afeto 12. Facilitar um elemento de união no âmbito da família /entre os membros da família 13. Proporcionar privacidade a família 14. Proporcionar regularmente aos membros da família informações sobre as condições do paciente, conforme a preferência do mesmo 15. Colaborar com a família na solução de problemas 16. Ajudar a família a manter relações positivas 17. Facilitar a abertura das comunicações entre os membros da família 18. Providenciar cuidados ao paciente pelos membros da família, quando adequado. 19. Providenciar visitas dos familiares 20. Encaminhar família a grupos de apoio com outras famílias que lidam com problemas similares <p>Encaminhar á terapia familiar, quando indicado.</p>
<p>- Terapia familiar –</p> <p>Def- Assistência a membros da família para que conduzam a uma forma mais produtiva de vida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartilhar com a família o plano de terapia 2. Determinar os papeis usuais do paciente no sistema familiar 3. Determinar as incapacidades específicas relacionadas às expectativas de papel 4. Determinar áreas de insatisfação e ou conflitos e verificar se a família quer solucioná-las 5. Usar o relato da história familiar para encorajar a discussão familiar 6. Usar o rastreamento de dados para monitorar a família 7. Monitorar respostas terapêuticas adversas 8. Ajudar os membros da família de reconhecimento e recompensa de elementos positivos 9. Facilitar o desafio ou o desconforto dos subsistemas familiares, quando adequado. 10. Ajudar a família a restabelecer metas diversas de manutenção da mesma, visando a uma maneira mais competente para lidar com o comportamento disfuncional.

<p>Mobilização Familiar –</p> <p>Def - Utilização dos pontos positivos da família para influenciar a saúde do paciente numa direção positiva</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser aquele que escuta os familiares 2. Estabelecer uma relação de confiança com os membros da família 3. Discutir os elementos positivos e os recursos da família 4. Determinar as influências culturais da família 5. Identificar os papéis que os membros da família possuem 6. Monitorar a situação familiar 7. Oferecer à família informações freqüentes sobre o progresso do paciente, conforme a preferência deste. 8. Ensinar aos cuidadores em casa a terapia do paciente 9. Determinar a forma como o comportamento familiar afeta o paciente 10. Determinar a forma como o comportamento do paciente afeta o familiar 11. Discutir com os membros da família a forma como os elementos positivos e os recursos poderão ser utilizados para intensificar o estado de saúde do paciente 12. Aconselhar os membros da família quanto as habilidades eficientes de enfrentamento que possam ser utilizadas pelo paciente 13. Ensinar ao familiar às estratégias de manutenção e recuperação da saúde ou para a morte pacífica do paciente 14. Estabelecer metas realistas com o paciente e família 15. Colaborar com os familiares no planejamento e na implementação das terapias do paciente e nas mudanças do estilo de vida 16. Apoiar as atividades da família que promovam a saúde do paciente ou o manejo da sua condição, quando adequado. 17. Identificar com os membros da família os recursos comunitários que podem ser utilizados para aumentar o estado de saúde do paciente 18. Encaminhar as famílias a grupos de apoio de outras famílias, quando adequado. 19. Determinar sistematicamente o quanto o paciente já se aproximou de sua meta
---	---

Cabe destacar que estas intervenções e suas respectivas atividades serão buscadas na literatura analisada, com o objetivo de se construir o quadro de alternativas de intervenções empregadas pela enfermeira para auxiliar o paciente e seus familiares submetidos ao TMO.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Além dos aspectos abordados no modelo de crise familiar serão empregados os conceitos apresentados a seguir:

3.1 A Prática da Enfermagem Baseada em Evidências

O termo “baseado em evidências” refere-se à utilização de pesquisa como suporte para se tomar decisões sobre a assistência de saúde (HUMPHRIS, 1999). A enfermagem baseada em evidências teve a sua origem nos pressupostos da medicina baseada em evidências. A terminologia empregada surge da necessidade de integrarmos os resultados de pesquisas clínicas com a prática profissional (CRUZ e PIMENTA 2005).

As evidências têm sido caracterizadas de forma hierárquicas ou contínuas, dependendo da abordagem metodológica empregada no estudo que as originou (HUMPHRIS, 1999)

Ressalta-se que as melhores evidências clínicas são resultados da maior acurácia e precisão e aplicabilidade dos resultados. (SACKET, 2003) Contudo, deve-se ter cautela para verificar a qualidade da evidência; para tanto, deve-se observar a abordagem metodológica empregada pelo estudo. Os estudos experimentais, usualmente, proporcionam resultados que validam a prática clínica (GREY, 2001).

Galvão (2002) salienta que o nível de evidência mais forte deve ser subtraído de pelo menos uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados controlados, os quais são considerados o melhor delineamento de pesquisa em relação às intervenções atribuídas à área da saúde.

É necessário deixar claro que evidência é algo que nos fornece resultados confiáveis, podendo ser categorizada por níveis, como apontados no quadro 3.

Quadro 3 – Classificação das forças de evidências (MUIR GRAY apud CLOSS & CJEATER, 1999).

Tipo	Força de evidência
I – Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, bem delineados	
II- Evidência forte a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado	
III- Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais ou de estudos caso controle	
IV- Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa	
V- Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.	

Stetler et al.(1998) classifica as evidências em seis níveis, conforme descrito no quadro 4; esta classificação envolve pesquisas qualitativas, resultados de programas de avaliações e melhoria de qualidade, nem sempre aceitas por outros autores. Salienta-se que a intuição, a experiência prática, as observações sistemáticas e os princípios fisiopatológicos não são descartados, porém o seu grau de evidência não possui alto grau de validade, pois pode conter as impressões do pesquisador sobre o assunto, prejudicando os resultados obtidos.

Quadro 4 - Classificação das forças de evidências (STETLER et al., 1998)

Nível	Força de evidência
I- Evidência obtida do resultado da meta análise de estudos clínicos controlados e randomizados	
II- Evidência obtida em um estudo de desenho experimental	
III- Evidência obtida no delineamento de pesquisa quase- experimental	
IV- Evidências que emergem de estudos não experimentais, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa, ou estudos de caso	
V- Evidências que surgem de relatórios de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou de dados de avaliação de programas	
VI- Evidências coletadas baseadas em opiniões de especialistas, baseada na experiência clínica ou opinião de comitês especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais.	

Galvão (2002) menciona que para que a prática baseada em evidências seja implementada na área da enfermagem é necessário que o enfermeiro desenvolva pesquisas clínicas, com abordagem metodológica que responda seus questionamentos, conhecendo ainda as limitações que cada tipo de pesquisa possui.

Mcsberry (1997) apud Galvão (2002) aponta que o não desenvolvimento de pesquisas clínicas na área de enfermagem pode estar relacionado com o despreparo do enfermeiro em compreender o processo da pesquisa e avaliar, de forma crítica, os resultados de pesquisa.

Reforça-se que a enfermagem ainda possui um déficit com relação a produzir, em quantidade, pesquisas clínicas bem delineadas. Porém, a ausência de fortes forças de evidências não nos impede de aplicar na prática os resultados obtidos. (MUIR-GRAY, 2004).

A natureza do objeto do estudo pode direcionar a escolha de um ou outro delineamento da investigação. O uso de estudos randomizados controlados permite a avaliação de eficácia de intervenções de enfermagem assegurando que os resultados são decorrentes das intervenções (DICENSO, CULLURY, 1998). Por outro lado, estudos que envolvem compreensão da natureza, atitudes, crenças do paciente podem ter mais pertinência ao uso de abordagens qualitativas. Dada a natureza do objeto deste estudo (crise familiar), optamos pelo acolhimento deste segundo tipo de categorização das evidências.

Titler et al. (1994) acreditam que o enfermeiro pode desenvolver o pensamento crítico sobre os problemas de pesquisa oriunda de sua prática profissional e que a utilização destes resultados pode ser considerada uma ferramenta importante para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

3.2 Revisão Integrativa

Para alcançar os objetivos deste estudo, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura, com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta.

É possível realizar análise ampla da literatura, com o intuito de fundamentar as discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como reflexões de possíveis pesquisas a serem desenvolvidas com relação ao tema, desde que o rigor metodológico seja seguido (FERNANDES, 2000).

Moi (2004) destaca as diferenças existentes entre a revisão de literatura, revisão integrativa e meta-análise, as quais são descritas a seguir:

- Revisão de Literatura: evidencia a apresentação de novas informações ou resultados de pesquisas de forma não sistematizada, destacando-se apenas as informações relevantes para o autor ou que forcem a teoria em que se baseia o estudo.
- Revisão integrativa: os estudos são analisados em relação aos seus objetivos, materiais e métodos permitindo desta forma que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema abordado.
- A meta-análise pode ampliar as críticas provenientes da revisão integrativa, conduzindo uma análise estatística secundária dos resultados dos estudos; porém, ressalta-se que nem sempre é possível se realizar esta análise devido a escassez de trabalhos com níveis de evidências fortes em determinadas áreas.

Revisões integrativas, desenvolvidas de forma criteriosa, possuem os mesmos padrões de uma pesquisa primária em relação aos itens de clareza, rigor e replicabilidade, sendo uma estratégia metodológica adequada em situações em que

não há estudos suficientes sobre o assunto pesquisado para que se conduza uma pesquisa de avaliação de meta-análise (BEYEA e NICOLL, 1998).

Stetler *et al.* (1998) recomendam que o levantamento de dados que norteia a revisão integrativa da literatura seja realizado a partir da identificação das palavras chaves relacionadas ao tema e que, em seguida, se identifique os estudos relevantes. A estratégia proposta pelo autor para a análise crítica dos artigos é a classificação dos mesmos segundo a qualidade de evidências geradas, ou seja, a força de evidência, fundamentada nos pressupostos da medicina baseada em evidências, já descritos no quadro 6.

A revisão integrativa é um forte instrumento para obtenção, análise e síntese da literatura, direcionados a um tema específico, ou seja, as conclusões dos estudos analisados podem formar inferências sobre o assunto selecionado, contribuindo para a prática profissional (GANONG, 1987; BROOME, 1993).

É classificado como pesquisa não experimental, atendendo as normas de clareza, rigor e replicação do processo de pesquisa (GANONG, 1987; SPARBEL, ANDERSON, 2000 e SILVA 2004).

Ganong (1987) e Beyea e Nicoll (1998) propõem as seguintes etapas para a revisão integrativa: 1) Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa: consiste em definir a questão norteadora da pesquisa de forma clara e específica, abrangendo um raciocínio clínico e teórico do pesquisador (GANONG, 1987) e em seguida determinar quais as palavras chaves a serem utilizadas na busca da literatura; 2) Amostragem ou busca na literatura: neste momento inicia-se a busca nas bases de dados selecionadas, para obtenção dos estudos a serem incluídos e analisados; a maneira de seleção dos estudos deve seguir de forma criteriosa para que se obtenha

uma validade interna da revisão, estando estes critérios descritos de forma clara e concisa no corpo do trabalho, para que a validade do estudo não seja comprometida, 3) Categorização dos estudos: consiste em definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, através do uso de um instrumento previamente elaborado Beyea e Nicoll (1998), 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa: os estudos selecionados devem passar por uma avaliação criteriosa, levando-se em conta a experiência clínica do pesquisador, 5) Interpretação dos resultados: discutir os dados analisados comparando-os com o conhecimento teórico pré-existente e 6) Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa: síntese das evidências obtidas das pesquisas analisadas, baseada em uma metodologia crítica (GANONG, 1987).

Considerando essas etapas, para o presente estudo a questão norteadora consistiu em: Qual é a produção de conhecimento sobre a temática crise familiar no TMO e intervenções aos familiares do transplantado de medula óssea?

4 OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

- Identificar as publicações que abordam as situações de crise vivenciadas pela família durante o transplante de medula óssea.
- Identificar os níveis de evidências clínicas dos artigos analisados
- Apresentar as ações de enfermagem que possam auxiliar o familiar diante da crise vivenciada, segundo as publicações analisadas.

5 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

5 Procedimento metodológico

5.1 Delineamento do estudo

5.1.1 Procedimento para seleção dos artigos

A etapa seguinte consistiu na busca da literatura, por meio dos seguintes passos:

1. Seleção de fontes para levantamento de publicações

As fontes possíveis de serem utilizadas para o levantamento de publicações são compostas de bases de dados, lista de referências de artigos de seminários, livros textos e contato com especialistas da área pesquisada, sempre de forma criteriosa, para que os resultados sejam fidedignos (GOODE, 1991; SILVA, 2004).

No desenvolvimento deste estudo, optou-se como fonte de levantamento duas bases de dados (LILACS e PubMed), descritas à seguir:

- LILACS: contempla a produção científica desenvolvida na área de saúde da América Latina e Caribe. É necessário se salientar que as pesquisas indexadas nesta base de dados é sustentada pelo banco de dados inclusas na BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da saúde, também conhecido por BVS – biblioteca virtual em saúde). Foram utilizadas as palavras “bmt” e “family”, na qual obtivemos 4 trabalhos dentre os quais apenas 1 dissertação de mestrado foi inclusa no presente estudo.
- Comprehensive MEDLINE (Medical literature and retrieval system on line): Base de dados que contém o Index Medicus, Index to Dental Literature e International Nursing Index em diversas línguas. Foram utilizadas as palavras “bone marrow transplantation” e “family”

1. Localização das publicações identificadas

- a) Acervo da Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (BCCRP-USP)
- b) Serviço de Comutação Bibliográfica – COMUT por meio da BCCRP-USP
- c) Periódicos CAPES

Os artigos foram identificados no setor de periódicos da Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os artigos não encontrados neste setor foram solicitados via Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT).

2 **Procedimentos para inclusão** dos artigos

Foram adotados os seguintes critérios:

- Periódicos indexados nas bases de dados LILACS e MEDLINE
- Estarem publicadas no idioma Inglês, Espanhol ou Português
- Período de revisão dentro do limite de 01/01/1990 á 05/05/2005
- Serem aplicados em seres humanos sem distinção de cor, raça ou credo;
- Palavras chaves: “bmt” e “family” e “bone marrow transplantation” e “family” respectivamente
- Abordarem a atenção assistencial ao familiar do transplantado de medula óssea
- Periódicos disponíveis em bibliotecas do Sistema USP, bem como artigos adquiridos via Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT).
- Foram utilizados os limites de tempo de 1990 à 05/05/2005; os trabalhos publicados em língua inglesa, espanhola ou portuguesa, e que fossem realizados em seres humanos, através da base PubMed na qual se encontra indexada a base de dados Medline. Obtivemos 807 trabalhos no total, sendo que apenas 24 contemplavam o propósito do estudo.

Procedimentos de exclusão dos artigos

Artigos não obtidos na integra

Artigos que não abordassem a temática proposta, após primeira análise.

Periódicos em língua diferente do espanhol, português e inglês.

4. Coleta de dados propriamente dita - Uma vez determinada a amostra dos artigos, passou-se à leitura dos mesmos buscando identificar os dados relevantes, conforme o instrumento de coleta de dados, cujas variáveis estabelecidas estão descritas a seguir:

Identificação da publicação

Incluem-se neste tópico os seguintes itens: base de dados, título do artigo, título da publicação, ano, volume, número, página, país de origem do periódico, área de conhecimento, nome e sobrenome dos autores, profissão e titulação do primeiro autor.

Revisão de Literatura

Objetivos do estudo

Delineamento de pesquisa empregada

A análise dos artigos em relação ao delineamento empregado deu-se segundo os conceitos descritos por POLLIT, BECK e HUNGLER (2004), GREY (2001) e SILVEIRA (2005), conforme segue:

1. *Pesquisas Experimentais*: são aplicadas para se testar as relações de causa e efeito de uma situação, desde que tenham incluído no seu corpo três características principais: randomização (os sujeitos que compõem os grupos de controle e experimental são escolhidos de forma aleatória, para se obter grupos homogêneos),

grupo controle (aquele grupo de não recebe o tratamento experimental, sendo utilizado no momento de analisar os resultados de forma comparativa) e a manipulação (intervenção experimental em pelo menos um dos grupos).

2. *Pesquisa quase experimental*: ocorre quando se é utilizada a manipulação de uma variável independente, porém sem que esteja presente, o fator de randomização e grupo controle.

3. *Pesquisa não experimental*: é usualmente utilizada em estudos em que a manipulação da variável não é recomendada, ou seja, a análise dos conceitos se dá da forma em que são apresentadas, possibilitando ao pesquisador quantificar a relação entre as variáveis, podendo ser divididas em ex post facto (estuda os relacionamentos entre variáveis, podendo ser denominada ainda de retrospectivo) e prospectivo; há ainda que considerar a pesquisa descritiva (trata da observação, descrição e documentação dos aspectos de alguma situação estudada).

Outros dados metodológicos Foram ainda identificados no desenvolvimento da investigação os seguintes aspectos:

População e amostra (destacar critérios para composição da amostra)

Estudo piloto

Coleta de dados – procedimentos e Instrumentos de mensuração utilizados

Procedimento de análise dos dados

Principais resultados

Níveis de evidências dos artigos

Foram considerados os seguintes níveis segundo Stetler (1998):

- I- Evidência obtida do resultado da meta análise de estudos clínicos controlados e randomizados
- II- Evidência obtida em um estudo de desenho experimental
- III- Evidência obtida no delineamento de pesquisa quase- experimental
- IV- Evidências que emergem de estudos não experimentais, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa, ou estudos de caso
- V- Evidências que surgem de relatórios de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou de dados de avaliação de programas
- VI- Evidências coletadas baseadas em opiniões de especialistas, baseada na experiência clínica ou opinião de comitês especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais.

Teoria de crise empregada

Foi observado nos artigos o emprego de teorias ou modelos de crise, ou ainda a presença das categorias citadas no modelo adotado no presente estudo, conforme segue: características do evento, ameaça percebida para a relação familiar quanto ao estado e metas, avaliação de recursos à família e experiência prévia com crises.

Intervenções de Enfermagem

Foi verificada nos artigos a menção de estratégias de assistência de enfermagem aos familiares dos pacientes submetidos a TMO. Uma vez identificadas estas foram categorizadas segundo as intervenções propostas pela NIC, consideradas como prioritária ou sugeridas, descritas anteriormente.

5) Instrumento de coleta de dados

As variáveis supra mencionadas possibilitou a construção do instrumento de coleta de dados utilizado, **anexo A**, que foi preenchido após a leitura exaustiva das publicações, que estão arroladas no **anexo B**. Esta etapa foi realizada pela autora, após a tradução e leituras múltiplas da mesma publicação e preenchimento do

instrumento proposto, havendo verificação de concordância dos dados categorizados pela autora com os realizados por outro pesquisador, tendo sido observado consenso. O conjunto dos instrumentos preenchidos compõe o **anexo C**.

Acrescentamos que as apresentações dos nomes dos autores, cujos trabalhos estão analisados neste estudo, estarão destacadas em negrito para diferenciá-los de outros autores consultados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi alcançada após análise inicial de 807 resumos de trabalhos obtidos via dados MEDLINE, dos quais 783 abordavam aspectos médicos do tratamento do transplante de medula óssea e 24 abordavam o tema proposto para este estudo, além dos 2 artigos oriundos do LILACS, sendo que apenas 1 foi incluso na amostra. Portanto 24 (96%) foram extraídos da base de dados MEDLINE e 1 (4%) da base de dados LILACS.

Observa-se a abrangência da base de dados MEDLINE nas publicações de enfermagem do tema estudado com 96% das publicações. Cabe destacar que não houve citações concomitantes nas duas bases de dados. Sugere-se verificar, em estudos posteriores, a inclusão dos descritores família, enfrentamento familiar e cuidadores, na tentativa de obter novos estudos sobre o tema.

Já em relação ao tipo de revista publicada pudemos observar a seguinte distribuição conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos artigos segundo o periódico e país de origem publicação

ARTIGOS	PERIÓDICO	PAÍS
01, 10, 12, 14	Onc. Nurs. Forum	USA
02	Ann Univ Mariae Curie Sklodowska	Polonia
03	Journal of Consulting and Clinical Psychology	USA
04	Anticancer Research	Grécia
05, 06, 09	Cancer Nursing	USA
24	Soc. Sci. Med	USA
11	J. Adv. Nurs	USA
13	Clin. Transplant	Clin. Transplant
15	J. Dev. Behav. Pediatr	USA
17	Support Care Cancer	Support Care Cancer
18	J. Pediatr Oncol Nurs	USA
21, 23	Can. J. Psychiatry	Canada
19	Bone Marrow Transplant	USA
20, 25	Yale J. Biol. Med	USA
16	Psychother Psychosom	Psychother Psychosom
07	Cancer Pract	USA
22	Am J Crit Care	USA
08	Dissertação Mestrado (Brasil)	Brasil

Observa-se que a maioria dos periódicos 18 (72%) é proveniente dos Estados Unidos, um (4%) da Grécia, um (4%) do Canadá, um (4%) da Polônia e uma dissertação de mestrado apresentada no Brasil, sendo que não foi possível distinguir o país de origem de três periódicos (12%) destacados em negrito no quadro acima. Porém é necessário apontar que a amostra foi composta apenas de artigos indexados

no LILACS e MEDLINE, nas línguas inglesa, espanhola ou português, estando desta forma, excluídos periódicos publicados em outros idiomas.

Nota-se que 17 periódicos e 1 tese foram arrolados como veículos do tema estudado. Destes as maiores incidências de artigos foram observadas nos periódicos: Oncology Nursing Fórum (20%), Cancer Nursing (12%), Social Science Medicine (8%), Canadian Journal Psychiatry (8%) e Yale Journal Biological Medicine (8%); os demais apresentaram uma publicação cada.

Foi possível observar que as publicações pertinentes ao presente estudo estão distribuídas entre os anos de 1990 à 2004, como explicitado no gráfico 1, sendo 4 (16%) em 1990, 1 (4%) em 1993, 3 (12%) em 1994, 2 (8%) em 1995, 5 (20%) em 1996, 2 (8%) em 1997, 2 (8%) em 1998, 4 (16%) em 1999, 1 (4%) em 2001 e outro (4%) em 2003.

Apreende-se, portanto que a maior incidência das publicações sobre o tema estudado ocorreu nos anos de 1990, 1996, 1999, cujos autores abordavam aspectos emocionais que envolve o familiar frente ao diagnóstico da doença e o tratamento de TMO.

Gráfico 1 - Distribuição das publicações segundo ano de publicação

Quanto à análise da autoria dos artigos, observou-se que 12 deles foram desenvolvidos por enfermeiros, 6 por outros profissionais e em 7 deles não foi possível identificar a profissão do autor. Este aspecto evidencia tanto a característica multifacetária do tema, de interesse de diversos profissionais da saúde, quanto a sua própria essência complexa. Estes dados constam da tabela 2

Tabela 2 – Distribuição do número dos artigos referentes à profissão do primeiro autor

Profissão	Número de artigos	Porcentagem
Enfermeiro	12	48%
Outros profissionais	6	24%
Não foi possível identificação	7	28%
Total	25	100%

Em relação à titulação, cabe destacar que a maior parte dos autores é de especialistas clínicos ou pós-graduados, os quais estão ligados a Universidades, Hospitais e Instituições de apoio. Esta informação sugere a análise dos estudos quanto a presença do enfoque prático; pode-se observar que tais estudos mostram-nos a atenção, tanto de profissionais clínicos como de pesquisadores de Universidades, para pesquisas aplicáveis, que auxiliem na melhor assistência aos familiares.

Quanto ao número de autores por artigo, pode-se observar que a maioria foi realizada por mais de um autor (76%) e 24% por apenas um autor. Esta relação torna-se mais clara na apresentação da tabela 3.

Tabela 3- Distribuição do número de artigos segundo número de autores

Número de autores	Número de artigos	Porcentagem
Um	6	24%
Dois	5	20%
Três	5	20%
Quatro	4	16%
Cinco	0	0%
Seis	2	8%
Sete	1	4%
Oito	0	0%
Nove	0	0%
Dez	1	4%
Onze	1	4%
Total	25	100%

Fica evidente o crescente interesse dos profissionais em realizarem pesquisas em conjunto.

Os artigos, de forma geral, apresentaram revisão de literatura ampla, relacionada com o tema; destaca-se que um deles restringiu-se ao relato de experiência do autor sem suporte teórico ou bibliográfico mencionado.

Em relação aos objetivos, os artigos retratam na sua maioria, o impacto do TMO frente aos familiares e pacientes, levando-se em consideração os fatores geradores de estresse, depressão, angústia e as estratégias para auxiliá-los a enfrentar a situação. Os autores mencionam na conclusão de seus trabalhos que os seus objetivos foram alcançados, mas salientavam que pesquisas clínicas experimentais devem ser realizadas para que as intervenções sejam aplicadas junto aos pacientes e

seus familiares, evidenciando-se as melhores evidências clínicas, o que auxiliaria a embasar de maneira segura a prática profissional.

Os artigos analisados foram desenvolvidos com delineamentos de pesquisa distintos, como apontado na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos artigos segundo delineamento de pesquisa.

DELINEAMENTO DE PESQUISA	NÚMERO DE ARTIGOS	FREQUÊNCIA
Estudo experimental	0	0%
Estudo quase experimental	0	0%
Estudo não experimental		
Prospectivos	0	0%
Ex post facto	7	28%
Descritivo	19	72%
Total	25	100%

Observa-se que os estudos apresentaram **delineamentos** não experimentais (100%), os quais foram distribuídos em 7 (28%) ex post facto e 19 (72%) em descritivos (relato de casos, relato de experiência, revisão de literatura). Pudemos perceber que em sua totalidade os artigos foram desenvolvidos com embasamento do delineamento não experimental, desta forma torna-se necessário discutirmos as vantagens e desvantagens deste tipo de pesquisa para a aplicação prática.

Corroboramos com POLLIT, BECK e HUNGLER (2004) que a maior desvantagem das pesquisas não experimentais está no fato da sua:

“Incapacidade de revelar os relacionamentos causais conclusivamente. Bem como os estudos ex posto facto são

suscetíveis à falha na interpretação, pois o investigador trabalha com grupos pré – existentes formados através da auto- seleção”.

É importante salientar que os resultados de pesquisas precisam ser analisados com cautela, principalmente quando o estudo não possuir um embasamento teórico.

Cabe ressaltar que apesar dos estudos não experimentais serem os mais utilizados pela enfermagem, é necessário que o enfermeiro aplique o delineamento de pesquisa experimental em seus estudos para identificar as melhores intervenções e ações práticas.

Apreende-se que a produção científica com estudos experimentais ainda é escassa. Este aspecto também pode ser observado nas diferentes áreas da enfermagem que apresentam restrito emprego deste delineamento Segundo Sackett *et al.* (2003) as melhores evidências clínicas, são provenientes de estudos clínicos epidemiológicos, levando-se em consideração sua acurácia, precisão e aplicabilidade prática.

Considerando outros aspectos metodológicos podemos destacar que todos os artigos que tiveram como sujeitos do estudo, seres humanos, passaram por análise de um Comitê de Ética e sendo que cada indivíduo assentiu e assinou uma declaração livre e esclarecida para que a sua participação no estudo fosse aceita. Este aspecto é relevante, pois desta forma os sujeitos estão protegidos em relação aos seus direitos. Já a coleta dos dados se deu de forma homogênea e criteriosa por parte dos pesquisadores, evitando-se viés dos dados.

Os artigos que buscavam conhecer aspectos que envolviam emocionalmente os pacientes e seus familiares fizeram uso de instrumentos de coleta de dados já

utilizados e testados por outros autores, cabe salientar que instrumentos que necessitaram de tradução para o idioma usual no país sede da pesquisa, seguiram passos criteriosos para sua tradução, sendo validado por especialistas nos idiomas (do país de origem e no atual). Este é um fator que conta a favor dos autores, pois demonstra a preocupação em seguir criteriosamente os passos metodológicos para maior relevância de seus resultados.

Quanto aos **níveis de evidências** observados nos estudos, estes estavam distribuídos entre os níveis quatro (64%), cinco (8%) e seis (28%), cuja distribuição pode ser observada no tabela 5.

Tabela 5— Freqüência dos artigos segundo níveis de evidencias

Níveis de evidências encontradas	Número de artigos	Freqüência
IV-Evidências que emergem de estudos não experimentais, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa, ou estudos de caso	16	64%
V-Evidências que surgem de relatórios de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou de dados de avaliação de programa	2	8%
VI- Evidências coletadas baseadas em opiniões de especialistas, baseada na experiência clínica ou opinião de comitês especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais.	7	28%
Total	25	100%

Pudemos perceber que os resultados obtidos dos artigos analisados não podem ser considerados com forte evidência clínica, pois a literatura pertinente nos revela que as melhores evidências são oriundas de pesquisas experimentais randomizadas, com rigor metodológico. Para tanto se conclui que é necessário que os enfermeiros realizem mais estudos experimentais para embasarem de forma mais segura sua prática profissional.

A crise familiar foi abordada quando os autores destacavam o impacto do diagnóstico da doença, a escolha do tratamento (TMO) suas possíveis complicações e como estes fatores influenciaram na vida cotidiana destas famílias. Mencionam que tanto o paciente como os seus familiares podem desenvolver angústia, depressão e ansiedade nas diversas fases do tratamento, porém uma comunicação clara e efetiva, com vocabulário simples entre os pacientes, familiares e profissionais, a religiosidade podem minimizar as conseqüências destes sintomas.

Essas evidências devem ser consideradas à luz dos seus conteúdos, a serem analisados pelas intervenções propostas.

Molassiotis et al. (1997) avaliaram dois grupos de pacientes, aqueles que possuíam doenças hematológicas e foram tratados através da quimioterapia tradicional e aqueles que foram submetidos ao TMO, percebendo que em relação as características sociodemográficas não houve diferenças estatísticas. O grupo submetido ao TMO recebeu mais suporte social em relação ao de quimioterapia; 52% referem que o suporte afetivo foi oferecido pelos companheiros (esposa ou marido, bem como amigos), 22% dos submetidos ao TMO mencionam que receberam suporte necessário dos enfermeiros, enquanto que 11,8% dos pacientes submetidos à quimioterapia recorreram ao enfermeiro para lhe oferecer suporte. Salientam que os tipos específicos de família, suas características, coesão, poucos conflitos, orientações culturais e intelectuais e a ênfase religiosa, promovem maior suporte aos mesmos.

Stetz et al. (1996) desenvolveram um estudo qualitativo, descritivo do tipo corte transversal, sendo avaliados 19 familiares de pacientes maiores de 18 anos que tinham a fluência do idioma inglês e que aquiesceram em participar do estudo, sendo que o seu familiar deveria ter sido submetido ao TMO há no mínimo 90 dias. Através dos

resultados percebeu-se que muitos familiares afirmam que é de suma importância obter informações sobre a doença e o tratamento através dos folhetos explicativos, incluindo informações sobre a área geográfica da cidade, meios de transporte e possíveis recursos. Salientam ainda que durante o tratamento os aspectos físicos e emocionais do familiar devem ser levados em consideração, pois tendo o conhecimento dos acontecimentos durante o TMO o familiar pode contribuir para o suporte de proteção e manutenção das esperanças do paciente frente à experiência. Reforçam que existem familiares que preferem o suporte individual ao em grupo, bem como a necessidade de se avaliar a comunicação existente entre os profissionais e familiares, pois uma das questões levantadas pelos sujeitos do estudo é que se sentiam “ invisíveis” perante a equipe em relação aos cuidados e complicações a que sofriam os pacientes.

Günter et al (1999) evidenciaram em seu estudo que crianças que observavam os conflitos severos na família, bem como os cuidados exagerados dos pais sofrem maior risco de apresentar reações ao estresse.

Anders (1999) ao avaliar os cuidadores responsáveis pelas crianças e adolescentes submetidos ao TMO, verificou que o primeiro impacto familiar inicia-se no momento do diagnóstico, passando pela expectativa do doador compatível, o início do tratamento, as complicações clínicas, seus efeitos e a alta hospitalar e que estes acontecimentos podem gerar ansiedade, medo e insegurança. Menciona que os familiares que interpretaram a doença de maneira positiva no período de espera pelo tratamento, busca de doador apresentaram maior esperança no futuro. Salienta que o TMO causa uma mudança na estrutura familiar, com modificações de rotinas diárias, principalmente em relação ao trabalho, atividades sociais e escolares. Menciona ainda que a atenção dos pais voltada a criança ou adolescente doente pode desencadear

problemas de relacionamento com os outros membros desta família. Enfatiza que os problemas financeiros podem surgir no decorrer do tratamento, em relação a alimentação, transporte e moradia. Ressalta que o estresse na família altera sua estrutura, requerendo adaptação dos pais. Concluindo que a família necessita de redes de apoio para auxiliá-los a amenizar as dificuldades encontradas, as quais podem vir de amigos, outros familiares, instituições governamentais e não governamentais grupos de apoio, serviços voluntários e outros.

Manne et al (2001) avaliaram 115 mães de crianças submetidas ao TMO relacionando os sintomas de ansiedade e depressão. Perceberam que 15% das mães apresentaram escores moderados para severos para desenvolvimento de depressão, 18% apresentaram escores moderados para severo para a ansiedade., sendo que mães caucasianas são mais suscetíveis a desenvolverem ansiedade e depressão do que as demais, bem como as mães de baixo poder econômico apresentam um aumento da ansiedade durante o processo de tratamento, sendo necessária a atenção dos profissionais para os sintomas.

Murtonen et al (1998) avaliaram 16 famílias cujo membro tinha diagnóstico de câncer e observaram que a doença em um dos membros afeta o bom funcionamento familiar, porém estes pacientes se reportam a reciprocidade, flexibilidade familiar para auxiliá-los durante o tratamento, fazendo uso do diálogo aberto entre os membros, sendo que isto é avaliado como ponto positivo para enfrentarem a situação juntos.

Baker et al (1999) entrevistaram 52 pacientes submetidos ao TMO em relação aos problemas enfrentados após a alta hospitalar. Observaram que problemas físicos (fadiga, mudança da imagem corporal, restrições físicas, infertilidade, problemas sexuais), problemas psicológicos (medo do futuro, ansiedade e depressão, isolamento,

culpa, raiva) e problemas com a reintegração a sociedade (separação do lar e pessoas afetivas, insegurança financeira, problemas com o trabalho, estigma e relações sociais) foram citadas pelos mesmos como dificuldades enfrentadas. Para tanto os autores salientam a importância em se preparar o paciente e os familiares quanto as possíveis dificuldades a serem enfrentadas no pós alta, o que pode diminuir a ansiedade e medo ao se deixar a segurança da unidade de TMO.

Mcconville et al (1990) avaliaram 67 casos de TMO tratados em um Centro de Cincinnati, que foram divididos em dois grupos: pacientes sobreviventes e não sobreviventes. A avaliação mostrou que a severidade da doença foi maior em pacientes que não sobreviveram devido ao maior número de complicações não esperadas pós TMO. Mencionam que o fator crença religiosa foi maior entre os pacientes sobreviventes e sendo que os pais de crianças não sobreviventes apresentaram maior hostilidade em relação aos demais e que crianças com maiores complicações receberam maior suporte materno, enquanto que os pais apresentaram maior grau de angústia.

Dermatis e Lesko (1990) avaliaram 61 parentes de pacientes submetidos ao TMO e observaram que a maioria dos pais e mães referem ansiedade e angústia durante o TMO, associados a sintomas de nervosismo, tensão e pânico intermitente, sendo que as mães apresentaram maior propensão a depressão, ansiedade, distúrbios da fala, ansiedade fóbica e manias obsessivas compulsivas, já os pais apresentaram graus severos de depressão e ansiedade fóbica. Os familiares casados apresentaram maior grau de angustia frente aos solteiros, separados ou divorciados. Citam que os familiares de pacientes mencionam que para se haver um melhor relacionamento é

necessário se investir na qualidade da comunicação, a qual deve ser clara e simples, ouvindo-se as dúvidas e anseios.

Carvalho e Bachion (2005) mencionam que o processo de comunicação é considerado a base ou suporte da prática de enfermagem. Stefanelli (2005) acrescenta que diversos fatores podem trazer benefícios ou prejuízos para a compreensão da mensagem podendo interferir em todo o processo de comunicação, sendo necessário que a linguagem, o ambiente, a disponibilidade, o senso de oportunidade, presença de ruídos devem ser considerados no momento da interação.

Concordamos com as autoras ao mencionarem a importância da comunicação dentro da prática de enfermagem, pois se realizada de maneira clara, com palavras compreensíveis pelo receptor da mensagem, é possível se levantar possíveis situações geradoras de ansiedade, preocupação sendo possível se intervir de forma positiva durante o evento observado. Salientamos ser necessário perceber as mensagens não verbais para se complementar o processo de comunicação interpessoal.

Rodrigue et al (1996) avaliaram 36 mães de crianças que foram submetidas ao TMO e a transplantes de fígado, rim e coração. Verificaram que a diminuição do estado sócio econômico foi associada a aumento do estresse, diminuição de estratégias de coping, diminuição da coesão familiar e aumento dos conflitos familiares. Já o aumento do índice de estresse foi relacionado a diminuição da coesão familiar, aumento de conflitos e diminuição de estratégias de coping e que as mães de crianças submetidas ao TMO apresentaram menores índices de estresse em relação as demais, podendo estar relacionado com a maior atenção oferecida a estas mães pelos profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar.

Dobkin et al (1995) avaliaram um caso de uma paciente do sexo feminino, 13 anos, filha única. Observaram que a criança apresentava-se extremamente dependente da mãe, que sua mãe apresentou traços de personalidade obsessiva compulsiva, ansiedade e depressão no período de internação, enquanto seu pai apresentou traços de personalidade esquizóide, com uso da racionalização para a sua defesa, demonstrando relativa calma e negando a doença da filha. O estado emocional da criança foi influenciado pela atitude dos pais. A mãe reporta-se as pequenas satisfações da família e suporte, gosta de que outros parentes com crianças doentes a auxiliem no conflito, enquanto seu marido prefere não discutir sobre o problema. A data que antecede o TMO aumenta o estresse dos familiares, especialmente à aqueles que não receberam apoio dos amigos ou que residam a mais de 50KM do hospital. Observou-se que o aumento do conflito entre o casal coincidiu temporariamente com severas reações de ansiedade da paciente e complicações esperadas ao TMO.

Foxall (1996) avaliou 24 pessoas que foram designadas a acompanhar o paciente no TMO nos períodos pré TMO (uma semana), 5 e 20 dias (pós TMO). Observou que a diminuição dos recursos financeiros deu-se com maior frequência no 20º dia pós TMO, enquanto que os sintomas de angústia, isoladamente deu-se no período pré TMO, enquanto que depressão e angústia são relatados no 5º dia pós TMO e a ansiedade e angústia e aumento da fadiga no 20º dia. Mencionam que técnicas de relaxamento conservam a energia e diminui a fadiga.

White (1994) utiliza uma abordagem qualitativa em seu estudo onde descreve a experiência vivenciada por familiares de crianças submetidas ao TMO no

período pós-alta hospitalar, abordando seis grandes temas: o retorno ao lar, o relacionamento, o trabalho, aprender as novas regras e rotinas e o futuro incerto.

Ressalta-se que os estudos, destacados contém níveis de evidências pouco consistentes, os quais retratam a opinião de especialistas ou relato de casos, o que permite apenas inferir as opiniões e objetivos pré concebidos pelos autores.

Verificamos ainda o uso de diversas escalas e instrumentos para mensuração de ansiedade, depressão, imagem corporal e outros os que ficam mais claro na tabela a seguir:

Tabela 6– Distribuição do uso das escalas e instrumento segundo os autores

Autores	Instrumentos ou escalas
Anders (1999)	Instrumento próprio, descritivo
Stetz et al (1996)	Guia de entrevista semi estruturado e dados demográficos
Günter et al (1999)	Body image satisfaction score (KBMT-KD), Body cathexis scale for children (BCD-K), Depressionsinventar für der und Jugendliche (depression inventory for children- DIKJ), Hamburg neuroticism and extraversion scale (HANES)
Manne et al (2001)	Beck depression inventory (BDD), Beck anxiety inventory (BAI)
Murtonen et al (1998)	Family dynamics measure (FDM) e family dynamics questionnaire (FDQ)
Baker et al (1999)	Entrevista e questionários do The Johns Hopkins Hospital Oncology Center for BMT
Mcconville et al (1990)	Brief Psychiatric rating scale for children (BPRS-C), Brief Psychiatric rating scale (BPRS) for adult, Global assessment scale for children (CGAS), Global assessment scale (GAS) for adult
Molassiotis et al (1997)	Norbeck social support questionnaire (NSSQ), the family environment scales (FES) e Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS)
Dermatis e Lesko (1990)	Brief symptom inventory (BSI), Ways of coping (WOC), Global severity index (GSI)
Invernizzi et al (1999)	Carberwell family interview (CFI) e Minnesota multiphasic personality inventory
Foxall et al (1996)	Measurement of burden scale (MBS) – duas sub escalas: measurement of objective burden (MBO), measurement subjective burden (MSB), State anxiety (SA) – sub escalas: anxiety inventory (STAI) e Beck depression inventory (BDI), Brief symptom inventory (BSI) e Piper fatigue scale (PFS)
Dobkin et al (1995)	Family well- Being assessment, Profile of mood states – bipolar, Lock wallace Marital Adjustment test
Rodrigue et al (1996)	Parenting stress index (PSI, 10), Coping health inventory for parents (CHIP,11), family environment scale (FES, 12) impact on family scales (IFS,13)

Observamos que a escolha do instrumento ou escala a serem aplicados aos sujeitos do estudo é realizado de acordo com os objetivos propostos e que se faz necessário o uso de mais de uma escala ou instrumento para se avaliar os aspectos do TMO na família.

A análise dos artigos segundo as **intervenções propostas** evidência que as mesmas são similaridades àquelas apresentadas na NIC para os diagnósticos de enfermagem que retratam a crise familiar, tal qual apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos artigos analisados segundo intervenções propostas para os Diagnósticos de **Processos familiares interrompidos e Enfrentamento familiar comprometido**

Intervenções Propostas pela NIC	Artigos analisados
Aconselhamento	1
Promoção da integridade familiar	1,13
Manutenção do processo familiar	4,5,12,13
Terapia familiar	9
Suporte emocional	1,2,3,6,7,8,14,15,16,18,19,20,21,23,25,24
Suporte familiar	1, 2,4,6,13,17,18,21,25
Assistência quanto aos recursos financeiros	1,11,14,15,20,25
Melhora no papel	16,20,22
Grupo de apoio	10,11,14,15,17,21,23,24
Melhora do enfrentamento	1,5,6,8,10,12,13,17,19,24
Redução da ansiedade	1,2,3,6,17,19,24

** a nomenclatura utilizada pelos autores nem sempre era a descrita pela NIC, porém seu significado era similar*

Cabe destacar que a maioria dos artigos analisados cita as intervenções propostas, porém tais ações não são testadas nos resultados, os próprios autores

reconhecem que os estudos não experimentais não são os mais indicados para se relacionar às intervenções mais adequadas aos problemas levantados; para tanto, propõem que estudos randomizados sejam realizados,

O quadro anterior evidencia que os estudos analisados, em sua maioria (64%), abordam o tema “suporte emocional” como sendo relevante para minimizar as conseqüências psicológicas geradas pelo TMO; porém, é oportuno destacar cada intervenção proposta pelos autores, associando-as às evidências arroladas.

Aconselhamento

Heiney et al.(1994) salientam que o enfermeiro deve tentar um aproximação do paciente submetido ao TMO e de seu familiar desde o primeiro instante, para que se estabeleça uma relação de confiança e respeito, no qual o profissional pode estimular o cliente a expressar seus sentimentos, dúvidas, anseios e ao mesmo tempo auxiliá-lo a enfrentar a situação de forma positiva.

Os resultados encontrados pelo autor vem ao encontro das atividades adicionais citadas pela NIC, para a intervenção de enfermagem “aconselhamento”, na qual enfatiza que através de uma relação terapêutica bem fundamentada na confiança, empatia, cordialidade, é possível fixar as metas a serem alcançadas, encorajando-os á expressar seus sentimentos, identificando-se desta forma os problemas ou situações que lhe causam sofrimento e através destes questionamentos encorajá-lo a identificar elementos positivos que possam melhorar ou amenizar a situação enfrentada.

“Promoção da integridade familiar”

Heiney et al. (1994) e **Rodrigue et al.** (1996) salientam a importância de se manter a integridade da família, tendo o enfermeiro o papel de escutar os membros desta família, frente aos seus anseios, possíveis problemas, os auxiliando a enfrentar de maneira positiva a situação de crise gerada a partir do TMO. Salientam a importância da informação constante e clara do estado de saúde do paciente e da relação entre os seus membros.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem seleciona a intervenção como sugerida; reitera-se que a abordagem da integridade familiar propicia um melhor enfrentamento por parte dos membros e, conseqüentemente, um maior envolvimento das partes no tratamento do paciente submetido ao TMO.

“Manutenção do processo familiar”

Autores como **Invernezzi et al.** (1999), **Rodrigue et al.** (1996), **Mcdonald et al.** (1996) e **Murtonen et al.** (1998) salientam que o TMO promove uma ruptura na estrutura familiar devido à complexidade e a longa duração do tratamento, sendo necessário se intervir de maneira positiva para que os familiares consigam normalizar a vida de maneira positiva.

A classificação de intervenções de enfermagem classifica esta intervenção como prioritária, propõe que o enfermeiro pode intervir neste processo, ao determinar os processos familiares típicos, identificando quais os efeitos que ocorreram com as mudanças de papéis e o que se pode fazer para normalizar a vida cotidiana destes indivíduos. Indicam ainda que o incentivo para uma maior aproximação entre os familiares, à manutenção dos vínculos afetivos pode influir de maneira positiva no processo de enfrentamento da situação; isto vem ao encontro da opinião das autoras.

Concordamos com a necessidade de se intervir de maneira positiva junto aos familiares de pacientes submetidos ao TMO, para que se mantenha o processo familiar o mais próximo possível da normalidade daquela família, pois desta forma estaremos colaborando com a melhor adaptação destes membros frente ao tratamento complexo e suas complicações.

“Terapia familiar”

Cohen e Musgrave (1998) apresentam em seu estudo os resultados positivos obtidos através de terapias familiares ao familiar do paciente submetido ao TMO, os quais responderam de maneira positiva aos aspectos abordados nas seções, reforçando a importância em manter o familiar informado e participativo durante o processo de tratamento.

A NIC classifica esta intervenção como sugerida, propondo atividades específicas para esta intervenção que muito se assemelha com as propostas pelos autores, os quais mencionam que ao se levantar as áreas de insatisfação ou conflito vivenciado pelos familiares e discutir com o grupo se eles querem ou não solucioná-las é o começo de todo o processo. Após inicia-se o trabalho de auxiliá-los a vencerem suas próprias dificuldades e anseios de maneira positiva.

Auxiliar os familiares a enfrentar suas dificuldades, é uma atribuição do enfermeiro, que para tal tipo de ajuda, deve buscar um aprofundamento do seu saber, compreender e auxiliar o próximo de maneira positiva, respeitando o momento de cada um, favorecendo desta forma a relação terapêutica.

Campos (2005) salienta a importância da atenção voltada também ao profissional frente a assistência prestada em uma unidade de oncologia, pois o preparo emocional destes indivíduos deve ser levado em consideração, para que não desencadeiem a Síndrome de BURNOUT (*desesperança desencadeada de resposta do organismo frente a um estado de estresse prolongado, nas quais as estratégias de enfrentamento positivas não foram utilizadas, ou não obtiveram êxito*) na qual a instituição de saúde pode intervir, oferecendo apoio emocional aos profissionais para minimizar as consequências negativas do estresse no trabalho, o que auxiliaria na melhor assistência prestada aos familiares e pacientes.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) salientam que os indivíduos acometidos da síndrome de Burnout apresentam sintomas como: exaustão física, mental e emocional que podem levar a uma depressão severa, diminuição da afetividade e piora no desempenho profissional.

“Suporte emocional”

O suporte emocional é citado como muito relevante por diversos autores (1,2,3,6,7,8,14,15,16,18,19,20,21,23,25,24), que salientam que o TMO sendo um tratamento complexo, e que envolve grande carga emocional, é necessário que os profissionais fiquem atentos as manifestações que possam advir durante este processo, tais como a ansiedade, depressão, angústia, estresse e outras; minimizando-se desta forma as consequências negativas frente à situação. Os autores referem que a utilização de instrumentos pré-existent para detecção de sintomas de ansiedade, estresse, pode auxiliar o enfermeiro a detectar precocemente as manifestações de instabilidade emocional, desta forma podemos auxiliá-los a enfrentar a situação de

maneira positiva, através de incentivos e diálogos que podem ser individuais ou em grupo, na qual os familiares identificam as situações de estresse e trabalham para superá-las com o auxílio do profissional.

Molassiotis et al.(1997) salientam que o enfermeiro possui um papel importante em abordar assuntos de interesse ao paciente e seu familiar, para melhor adaptação psicossociais aos sobrevivente do TMO a longo prazo. Após identificar estas questões, o enfermeiro e equipe multidisciplinar dão o suporte social e emocional, o que facilita o ajustamento dos mesmos, minimizando desta forma o sentimento de angustia, o que levará a uma melhor qualidade de vida no pós TMO.

Cabe ressaltar que a avaliação emocional do familiar que acompanha o paciente é muito importante, pois o mesmo pode não ter estruturas psicológicas para suportar as várias fases do TMO, podendo desta forma influenciar de forma positiva ou negativa no tratamento (**DOBKIN et al.**, 1995).

As atividades sugeridas pela NIC vêm ao encontro das propostas sugeridas pelos autores, pois salientam que o enfermeiro pode discutir com os familiares às experiências emocionais, apoiando-os a utilizar mecanismos de defesa adequados, oferecendo apoio durante as fases de sofrimento, referem ainda que devemos encorajá-los ao diálogo e ao choro como uma maneira de reduzir a resposta emocional.

Corroboramos com as atividades propostas pela NIC, porém salientamos que para que o enfermeiro possa oferecer um suporte emocional adequado é necessário que estes profissionais tenham um suporte emocional estável, pois muitas vezes os nossos profissionais não estão preparados para enfrentar o extravasamento

emocional do paciente e familiar, deixando desta forma de dar um suporte emocional adequado.

“Suporte familiar”

O suporte familiar é mencionado como parte integrante do processo de tratamento frente ao TMO, pois a sobrecarga emocional é grande, e muitas vezes os membros da família não conseguem lidar de forma positiva com estes sentimentos. Os autores (1, 2, 4, 6, 13, 17, 18, 21,25) salientam que é importante incluir o paciente e os familiares nas decisões sobre os cuidados a serem prestados, bem como auxiliá-los a enfrentar da melhor maneira possível à situação de crise vivenciada. Mencionam que o auxílio pode advir de intervenções individuais ou em grupo.

A NIC classifica a intervenção como prioritária para o diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento familiar comprometido” e como intervenção sugerida ao diagnóstico de enfermagem “Processos familiares interrompidos”, salienta a necessidade de se assegurar à família, que o paciente, está recebendo o melhor cuidado possível, e que ainda se faz necessário determinar a carga psicológica do prognóstico para a família de maneira a nutrir esperanças realistas, sem que deixarmos de ouvir as preocupações, sentimentos e as perguntas da família. Afirma ainda que promover uma relação de confiança entre a equipe e o familiar e aceitar os valores destes de maneira isenta de julgamentos são relevantes. Propõem ainda que as necessidades de apoio espiritual à família não seja negligenciada.

Estamos de acordo com os autores e com as atividades sugeridas pela NIC, salientamos que o enfermeiro e sua equipe devam deixar seus valores e pré-julgamentos de lado ao avaliarmos a família, pois cada indivíduo possui as suas

crenças e valores, os quais devem ser respeitados por todos, mesmo que não venham ao encontro com as nossas opiniões.

“Assistência quanto aos recursos financeiros”

O suporte financeiro é citado como relevante por diversos autores (1,11,14,15,20,25), pois invariavelmente o paciente vem de localidades distantes do centro de tratamento, desta forma a estrutura familiar sofre uma modificação, onde muitas vezes a renda mensal decai devido ao afastamento de um dos membros ao trabalho. Diante disto os autores relatam que o suporte social é um fator importante a ser considerado pela equipe profissional, pois o auxílio obtido por instituições de apoio favorecem á um melhor enfrentamento dos mesmos diante da crise vivenciada.

A NIC á classifica em intervenção sugerida ao diagnóstico de “processos familiares interrompidos”.

Enfatizamos que o apoio social vem ao encontro á uma melhor assistência prestada ao familiar do paciente submetido ao TMO, pois a preocupação gerada como a ruptura familiar e a diminuição dos recursos financeiros aumentam as preocupações podendo levar a um quadro de manifestações emocionais negativas. Cabe salientar que o enfermeiro lida com esta situação em conjunto com o assistente social, desta forma ambos colaboram para a melhor adaptação e enfrentamento da situação vivenciada.

“Grupo de apoio”

MCDONALD et al. (1996) mencionam que estratégias de programas educacionais e suporte de grupos, podem ser consideradas benéficas aos familiares, auxiliando-os a enfrentar de forma positiva as diversas fases do TMO. Ressaltam que o

uso de materiais impressos como manuais ou cartilhas podem facilitar a compreensão dos mesmos.

O suporte de grupo é citado como intervenção positiva para minimizar as situações de ansiedade, depressão e estresse em diversos artigos (10,11,14,15,17,21,23,24), desta forma, cabe a avaliação conjunta da equipe para se encaminhar os familiares para o acompanhamento, porém ainda se faz necessário outros estudos com amostras representativas para se afirmar a sua credibilidade, porém os indícios extraídos dos estudos analisados, pode nos nortear a formular hipóteses de estudos futuros.

COMPTON *et al.* (1996) recomendam a implementação de estratégias que incluam educação, participação em suportes de grupos e se necessário encaminha-lo para aconselhamento psicológico. O que pode facilitar o processo é a informação verbal e escrita, de simples compreensão (sem vocabulário médico), pois desta forma facilita-se o entendimento dos mesmos e uma melhor resposta às intervenções propostas.

LESKO (1994) salienta que intervenções psicológicas e sociais são relevantes para a melhor adaptação dos familiares diante o TMO. Refere que é benéfico que estes familiares recebam informações gerais da geografia e estruturas da cidade (cidade sede do serviço de TMO), bem como ser assistido no momento da internação do paciente na unidade de tratamento (apresentação dos profissionais envolvidos, os procedimentos a serem realizadas, as expectativas e as terminologias médicas referidas de forma a serem compreendidas pelos mesmos); educação e incentivo para que os mesmos motivem os pacientes durante o tratamento; refere ainda que o suporte de grupo pode ser uma estratégia positiva a ser empregada.

Salientamos que os programas de educação e o suporte obtido com os grupos de apoio minimizam as conseqüências das manifestações emocionais dos familiares dos pacientes submetidos ao TMO, auxiliando-os a melhorar o enfrentamento de forma positiva, o que os leva á melhores resultados no acompanhamento do paciente durante a sua internação na unidade hospitalar.

Em relação ao **modelo de crise familiar** proposto por Hill e Hansen obtivemos os seguintes resultados (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição dos artigos segundo modelo de Hill e Hansen

Categorias do Modelo de Crise	Artigos analisados	Freqüência
Características do evento	Todos os artigos	100%
Ameaça percebida	Todos os artigos	100%
Avaliação de recursos a família	1,3,7,8,9,10,12,13,14,15,17,2 0,24	52%
Experiência do passado em crise	3,6,8,10,15	20%

Diante do exposto podemos afirmar que as categorias são relevantes para se propor intervenções para minimizar as conseqüências da situação.

Wochona (1997) salienta que o diagnóstico de câncer em um membro da família e o tipo de tratamento empregado, afeta tanto o paciente como a sua família, sendo necessário se esclarecer às particularidades vivenciadas por cada indivíduo, esclarecendo suas dúvidas e auxiliando-os a enfrentar os problemas psicossociais, para se minimizar os agentes estressores de cada indivíduo.

Stetz et al. (1996) acrescentam que os familiares enfrentam dificuldade e em lidar com a situação apresentada pelo paciente durante o TMO (complicações e risco eminente de morte), necessitando desta forma do auxílio profissional para enfrentarem de maneira positiva a situação.

Invernezzi et al. (1999) referem que o diagnóstico de um tumor em um membro da família requer uma série de ajustamentos no núcleo familiar, para que os mesmos possam enfrentar o tratamento de TMO, salientando que o suporte emocional dispensado ao familiar reflete de maneira positiva durante o tratamento do paciente submetido ao TMO, pois desta forma os familiares apóiam de forma mais adequada as várias fases do tratamento.

Foxall (1996) descreve em seu estudo que durante a internação do paciente para o tratamento de TMO, existe um impacto na estrutura familiar muito grande, pois muitas vezes é a mulher (mãe) quem acompanha de perto o tratamento do paciente, permanecendo longos períodos longe do lar, o qual fica sob a responsabilidade de outros membros da família. Desta forma a reestruturação dos papéis desempenhados pelos mesmos deve ser redistribuídos, o que pode gerar crises no matrimônio, dificuldades financeiras, o que pode levar á uma situação de estresse.

Manne et al. (2001) ressaltam que o transplante de medula óssea pode resultar um uma situação de estresse devido a ruptura das rotinas familiares, e a situação de incerteza perante o resultado do tratamento, sendo necessário auxiliá-los a compreender a complexidade de cada fase do TMO, facilitando o enfrentamento positivo da situação dentro do contexto familiar.

Mcdonald et al. (1996) demonstram em seu estudo que a informação específica do diagnóstico, tratamento, prognóstico e possíveis complicações prévias,

suporte social e emocional, podem auxiliar de forma positiva o enfrentamento emocional dos familiares de paciente submetido ao transplante de medula óssea. Salientam ainda que uma das funções do enfermeiro é incluir o familiar em discussões para solucionar os possíveis problemas e tomadas de decisões.

Compton et al. (1996) também afirmam que é necessário que os profissionais ligados ao TMO, auxiliem os familiares a adquirirem informações pertinentes ao tratamento durante todo o processo para que os mesmos possam entender a complexidade dos procedimentos realizados nos pacientes, auxiliando-os reorganizar a estrutura familiar, a redistribuição de papéis e responsabilidades temporários entre os membros e como isto afetará cada indivíduo.

Já em relação à avaliação dos recursos destinados a família 52% dos artigos salientou que os recursos destinados a família influenciam nos melhores ou piores resultados diante das intervenções propostas. Em se tratando da relação da experiência do passado em crise 20% dos artigos citam que a experiência prévia com situações de crise pode influenciar no enfrentamento positivo ou negativo da situação vivenciada.

Lesko (1994) menciona que a adaptação da família durante o tratamento de TMO depende de experiências prévias com tratamentos médicos, deslocamentos para outras cidades, situação econômica, religião e ética e nível educacional.

Desta forma devemos intervir nas situações geradoras de ansiedade, estresse e depressão para que a resolução da situação seja positiva, possibilitando desta forma que os mesmos influam da melhor maneira possível ao tratamento do paciente.

Krasuska et al. (2003) salientam que estas informações devem ser passadas desde o momento do diagnóstico, antes, durante e após o tratamento. É

necessário que se deixe explícito a necessidade e a importância do isolamento do paciente durante o tratamento, as possíveis complicações, qual o prognóstico, como se dará o tratamento; nesta parte a enfermeira possui um papel fundamental, para auxiliar o familiar a se adaptar a diferença da cultura, como enfrentar as várias etapas do tratamento, auxiliando desta forma a minimizar as conseqüências dos fatores estressores da família e do paciente perante a complexidade do tratamento.

Manne et al. (2001) sugerem que os fatores de risco para a ansiedade e depressão são: baixa renda financeira, mulheres caucasianas, mães de meninas submetidas ao TMO, quem recebeu cuidados psiquiátricos anteriormente. Relatam ainda que o desenvolvimento de ansiedade e depressão está ligado ao tempo do TMO e o reflexo da angustia psicológico pré – existente

O TMO é considerado como um tratamento complexo, que requer a atenção dos profissionais de enfermagem, tanto para a assistência ao paciente quanto aos seus familiares. As situações geradoras de estresse, ansiedade, angústia, iniciam-se desde o diagnóstico médico e a escolha do tratamento, passando pelas fases de seleção de doadores, preparo para o transplante, o transplante propriamente dito, as possíveis complicações, a “pega da medula”, e alta da unidade hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Nestes momentos o suporte emocional e social é de grande relevância, pois através do conhecimento adquirido o familiar enfrenta de maneira positiva as situações apresentadas. (Autores 1,2,3,6,7,8,14,15,16,18,19,20,21,23,25,24)

Rodrigue et al. (1996) referem que o TMO gera uma ruptura dos planos das atividades familiares, bem como de sua estrutura básica, pois a dinâmica desta família será alterada de maneira brusca. Afirmam que este fator está relacionado ao declínio do

estatus econômico, desencadeando-se desta forma uma situação de estresse de difícil contorno.

Phipps et al. (1995) afirmam em seu estudo que uma das situações geradoras de estresse é o declínio da situação social da família ocorre com maior frequência entre o período de 6 à 12 semanas pós início do TMO, o qual está relacionado com a diminuição da arrecadação dos recursos financeiros pela família, pois um ou mais membro deixa de trabalhar para acompanhar o paciente na internação.

Patenaude et al. (1990) afirmam que não só a escassez dos recursos familiares, como também a mudança brusca na dinâmica familiar, a mudança dos papéis e a procura por centros de tratamento (na maioria das vezes, distante de sua cidade de origem), são geradoras de situações de estresse.

Wochona (1997) verificou em sua revisão de literatura que tanto os aspectos psicossociais quando os psicoemocionais interferem de forma positiva ou negativa durante o tratamento, dependendo de como as situações geradoras de ansiedade e estresse foram abordadas e enfrentadas, desta forma a atenção dispensada ao paciente e familiar devem iniciar-se desde o início o acompanhamento até o momento da alta hospitalar e ambulatorial. Sita como situações geradoras de ansiedade o medo da morte, a diminuição da fonte de renda financeira, presenciar as complicações e mudanças no quadro clínico do paciente. Reforça que o enfermeiro está apto a desenvolver técnicas de coping, auxiliando-os a enfrentar da melhor maneira possível a situação.

Já **Heiney et al.** (1994), **Stetz et al.** (1996) **Baker et al.** (1999) e **Mcdonald et al.** (1996) salientam a importância de se desenvolver folhetos ilustrativos e explicativos com relação ao tratamento, complicações, recomendações, instituições de

apoio, onde buscar possíveis recursos como hospedagem, alimentação, transporte, medicações, inclusive guias da cidade e itinerários de transporte público urbano para que o familiar tenha maior facilidade em adaptar-se a nova situação, gerando menos estresse.

Desta forma torna-se de grande relevância que o enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, facilitem aos familiares o acesso aos recursos disponíveis, tais como hospedagem em casas de apoio, possíveis auxílios para locomoção, alimentação, aquisição de remédios e outros. Uma maneira de se divulgar estas informações é a elaboração de folhetos elucidativos no momento em que o paciente recebe o diagnóstico.

Invernezzi et al. (1999), **Wochona** (1997) e **Murtonen et al.** (1998) ressaltam que a relação positiva familiar pode auxiliar o paciente de forma mais ampla durante o tratamento, desta forma a atenção do profissional deve se voltar não somente ao paciente como a sua família, para o melhor ajuste da situação pelos mesmos.

Corroboramos com os autores dos estudos, pois durante a nossa vivência na prática hospitalar em uma unidade de TMO, pudemos perceber a importância do familiar para a evolução do paciente durante o tratamento, e que apesar da assistência do psicólogo, é o enfermeiro que está presente em todos os momentos, podendo desta forma dar o suporte emocional ao familiar no momento em que este sente a necessidade.

MOTTA (1997) salienta que em seu estudo que a família necessita de uma atenção durante o tratamento do seu ente querido, pois sentem a necessidade de expressar sentimentos de dor e sofrimento, ser compreendido, amparado e apoiado nos aspectos psicossociais, compreender os aspectos da doença e do tratamento

empregado ao doente; sendo que o enfermeiro ampara-o neste sentido, ao ouvi-lo e tentar auxiliá-lo a enfrentar as dificuldades oriundas do processo saúde e doença de forma aberta, diminuindo desta forma os sentimentos em relação à doença, ou seja o enfrentamento da doença leva a família a reestruturar a sua vida para conviver com a doença e a suas possíveis complicações.

Bielemann (2000) salienta a importância do auxílio dos profissionais à família, concentrando-se em satisfazer suas necessidades biopsicossociais, respeitando-o nas suas crenças, cultura, compreendendo seus temores, curiosidades e fantasias perante a doença e seu tratamento, auxiliando-os desta forma a diminuir o estresse.

Waidman (2004) afirma que é necessário o suporte social, pois é comum que as dificuldades financeiras venham a aparecer, pois não é raro que um dos familiares tenha que parar de trabalhar para cuidar ou acompanhar o tratamento do doente, principalmente quando se trata de doenças graves ou crônicas.

Os resultados da literatura analisada reforçam as idéias de Wright (2002) que salienta que alguns fatores podem interferir na capacidade de adaptação dos indivíduos: a informação, segurança e ansiedade são fatores que interferem na possibilidade de organização e reestruturação de defesas e na adequação do enfrentamento da situação; reiteram também com as idéias de LUCCHESI (2003) que subdivide as fases de adaptação em: flutuação (momento em que o indivíduo encontra-se influenciado por emoções como a ansiedade, medo, preocupação com a morte, complicações associadas ao estresse e a confusão de sentimentos), busca de informações, busca de recursos e acompanhamento da evolução do paciente.

Lesko (1990) salienta que o impacto sofrido pelo paciente e familiar no momento do diagnóstico é muito grande, pois esta nova situação influenciará em todo o contexto da estrutura familiar, merecendo desta forma uma atenção especial pela equipe de saúde.

Para tanto salientamos a necessidade do trabalho em conjunto da equipe multiprofissional perante o transplante de medula óssea, pois muitas vezes é o enfermeiro que identifica estas necessidades junto ao familiar ou ao próprio paciente e através do acompanhamento da equipe podemos solucionar ou minimizar as conseqüências do transplante de medula óssea em suas vidas.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Verificamos que os artigos analisados estavam indexados na sua maioria 24 (96%) na base de dados MEDLINE e 1 (4%) no LILACS, não sendo observado dupla citação dos artigos em ambas as bases de dados.

Identificamos 17 periódicos e 1 tese foram arrolados como veículos do tema estudado. Destes as maiores incidências foram dos periódicos: Oncology Nursing Fórum (20%), Cancer Nursing (12%), Social Scienci Medicine (8%), Canadian Journal Psychiatry (8%) e Yale Journal Biological Medicine (8%); os demais apresentaram uma publicação cada. Cabe destacar que apenas a tese de mestrado analisada era escrita no idioma português, que a maioria dos periódicos tem como país de origem os Estados Unidos da América (USA) e que os artigos foram publicados com maior incidência nos anos de 1990, 1996, 1999.

Quanto à análise da autoria dos artigos, verificamos que os enfermeiros (48%) foram os profissionais que mais publicaram artigos sobre o tem abordado, o que enfatiza a importância da assistência de enfermagem ao familiar do paciente submetido ao TMO.

Com relação à titulação, cabe-se destacar que a maior parte dos autores possuem títulos de especialistas clínicos ou pós-graduação, os quais estão ligados à Universidades, Hospitais e Instituições de apoio. Estas informações demonstram que os estudos desenvolvidos procuram aliar a teoria com a prática clínica no intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente.

Destaca-se ainda que a maior parte dos artigos foram desenvolvidos por mais de um autor (76%), o que nos mostra o crescente interesse dos profissionais em realizarem pesquisas em conjunto.

Em relação ao tipo de revista, 36% dos artigos foram publicados em periódicos específicos de enfermagem, sendo que 72% provém dos EUA, 16% da Grécia, Canadá, Polônia e Brasil (distribuídos igualmente) e 12% não foi possível identificar a procedência. Com relação aos objetivos propostos nos estudos, os artigos retrataram, na sua maioria, o impacto do TMO frente aos familiares e pacientes, levando-se em consideração os fatores geradores de estresse, depressão, angústia e as estratégias para auxiliá-los a enfrentar a situação.

Observou-se que os estudos apresentaram delineamentos não experimentais (100%), os quais foram distribuídos em 7 (28%) ex post facto e 19 (72%) em descritivos (relato de casos, relato de experiências, revisão de literatura). Desta forma pudemos perceber que a produção científica com estudos experimentais ainda é escassa.

As evidências clínicas variaram entre os níveis 4(64%), 5 (4%) e 6 (28%), e mostraram a importância da comunicação efetiva e clara entre os membros familiares, equipe e paciente para minimizar a ansiedade e depressão; que os tipos específicos de família, suas características, coesão, poucos conflitos, orientações culturais e intelectuais e ênfase religiosa promovem maior suporte emocional aos mesmos e que os grupos de apoio e redes de apoio minimizam a ansiedade, angústia e a depressão vivenciada pelo paciente e sua família

Destaca-se que os níveis de evidências gerados dos estudos de enfermagem analisados, ainda são pouco consistentes, pois as pesquisas clínicas ainda encontram barreiras para serem desenvolvidas por enfermeiros clínicos, o

conhecimento e a habilidade destes profissionais frente à busca e à identificação de fontes de dados (através de computadores e acesso a internet), bem como a aplicabilidade dos conceitos de epidemiologia clínica e estatística, geralmente não são de seu domínio, o que dificulta e desencoraja o seu desenvolvimento.

Entende-se que a crise familiar gerada a partir do transplante de medula óssea, pode levar o familiar a desenvolver episódios de ansiedade e depressão e que estes fatores em nada auxiliam o tratamento do familiar, ou mesmo o enfrentamento individual deste familiar.

Detectamos ainda que a assistência de enfermagem não deve estar voltada apenas para o enfoque do TMO ou para o paciente e sim se ampliar às intervenções de enfermagem aos familiares, pois desta forma auxiliaremos na melhor adaptação e enfrentamento frente à crise.

Vale ressaltar que existem indícios de que o comportamento dos familiares pode interferir nas condições do paciente imunologicamente comprometido, de forma a ser observado em algumas situações que a desestruturação familiar frente ao enfrentamento da situação pelos pais ocorreu concomitantemente com as complicações mais severas pós TMO, sendo ainda observado o aparecimento de complicações não esperadas. Porém não se pode afirmar que o mau enfrentamento familiar é a causa para o surgimento ou agravamento do quadro clínico da paciente, podendo levar a complicações sérias ou a morte; esta hipótese deve ser mais bem investigada como recomenda os autores.

A atenção aos fatores sócio econômicos, a ameaça percebida na relação e estrutura familiar, juntamente com a necessidade em esclarecer todos os fatores que

envolvem o transplante de medula óssea, vem ao encontro com as características descritas no modelo de crise familiar proposto por Hill e Hansen.

Quanto às intervenções percebe-se que a maioria está voltada para os aspectos psicológicos e sociais, sendo relevantes a ação do enfermeiro nas propostas de estratégias de enfrentamento para o familiar e o paciente frente às diversas fases do TMO. As intervenções propostas na literatura vão ao encontro das sugeridas pela NIC para os diagnósticos de enfermagem “processos familiares interrompidos e enfrentamento familiar comprometido”; em especial o suporte emocional (64%), suporte familiar (36%), redução da ansiedade (28%), grupo de apoio (32%), melhora do enfrentamento (40%) e assistência quanto aos recursos financeiros (24%).

O conhecimento das estruturas funcionais da cidade como transporte, localização através de mapas e guias pode minimizar o estresse inicial, desencadeado pela mudança brusca de situação, também é abordado na análise dos estudos.

Muitos podem questionar se o enfermeiro está ou não preparado para dar o suporte necessário a este familiar, suprimindo as suas necessidades psicossociais, sendo que existe o psicólogo, um profissional, com embasamentos específicos para esta assistência enquanto o enfermeiro tem a sua formação voltada ao cuidado direto com o paciente e a doença.

Para tanto podemos afirmar que é o enfermeiro, o profissional que se encontra presente na unidade de transplante em período integral, tendo a competência de suprir as necessidades de conhecimento do familiar frente a doença, o tratamento e as possíveis conseqüências, porém é claro que devemos agir em conjunto com o psicólogo para melhorar o suporte ao cliente.

As intervenções de enfermagem propostas pela NIC foram elaboradas por enfermeiros americanos, baseando-se em suas experiências práticas e em sua área de abrangência, devemos esclarecer que a realidade brasileira difere da americana, tanto socialmente quanto a área de atuação do enfermeiro, porém o enfermeiro brasileiro tem o conhecimento necessário para realizar o atendimento das necessidades básicas no nível emocional, estando preparado para lidar com as situações apresentadas.

O enfermeiro que lida na área de TMO necessita ter a sua visão assistencial ampliada, pois ao assegurarmos uma adaptação e enfrentamento familiar eficaz e positivo estaremos contribuindo para um melhor suporte emocional e assistencial ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.

Diante dos dados obtidos da análise dos artigos ainda não podemos afirmar quais as intervenções de enfermagem são prioritárias para os diagnósticos propostos, porém os resultados nos norteiam á possíveis hipóteses as quais devem ser investigadas de forma criteriosa e randomizada para que os níveis de evidências clínicas sejam considerados, fortes e aplicáveis para o problema levantado.

Esperamos ter contribuído com o enfermeiro clínico quanto a identificação das intervenções possíveis a serem levadas em consideração diante da crise familiar frente ao TMO. Propõe-se que novos estudos sejam desenvolvidos para se avaliar as respostas dos familiares diante da aplicação de diferentes estratégias.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao familiar do indivíduo submetido ao TMO, é um desafio ao qual toda a equipe multiprofissional se depara, porém ao se conhecer, as necessidades destas pessoas podemos auxiliá-lo a enfrentar de forma eficaz e positiva a situação de crise desencadeada pelo tratamento, minimizando as conseqüências emocionais como a depressão, o estresse, a ansiedade.

Salientamos ainda a necessidade de se desenvolver novos estudos clínicos criteriosos para que os níveis de evidências possam ser considerados fortes, o que fundamentará o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, suas possíveis intervenções e a avaliação das ações de enfermagem.

Afirmamos ainda que o enfermeiro está apto a dar o suporte emocional imediato ao familiar do transplantado de medula óssea, podendo ainda fazer uso de instrumentos de avaliação emocional previamente, de forma a detectar possíveis problemas, estratégias de enfrentamento e falha nas estratégias de enfrentamento adotadas, desta forma pode ser possível se evitar ou minimizar as conseqüências advindas do TMO.

Cabe apenas ao profissional manter-se atento e atualizados nos assuntos pertinentes ao TMO, para que desta forma possa suprir o familiar de informações, sanando as lacunas de conhecimento dos mesmos, auxiliando desta forma o enfrentamento da situação pelos familiares e paciente.

Para finalizar, pontuamos a importância da assistência de enfermagem voltada á família e ao cliente submetido ao TMO, lembrando-se sempre que os nossos valores e crenças pessoais, não devem interferir em nossas ações, pois é necessário

respeitar para sermos respeitados e com isto interagirmos de forma positiva na relação profissional/ cliente; uma comunicação bem sucedida é o início de todas as nossas ações.

A pesquisa integrativa nos proporcionou uma compreensão mais ampla da vivência do TMO para os familiares e as possíveis intervenções a serem aplicadas. Desta forma foi possível perceber que a pesquisa experimental ainda é escassa entre o tema abordado, porém proposta futura dos pesquisadores demonstra que os profissionais estão buscando as melhores evidências clínicas para melhorar a assistência de enfermagem aos familiares e pacientes submetidos ao TMO.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, N.W. Diagnósticos e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 355p. 1986.

ALTHROFF, C.R. et al. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto e Contexto Enf.**, v. 7, n. 2, p. 320-7, 1998.

ANDERS, J.C. O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram. 2004. **Tese (doutorado)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ATKINSON, I.D.; MURRAY, M.E.. Fundamentos de Enfermagem. **Ed. Guanabara Koogan**, cap. 16, p. 204, 1989.

BEAVERS, W.R.; LEWIS, J.M. No single thread: psychological health in family systems, New York, 1976, Brunner/ Mazel, Inc. In: Griffith- Kennwy, J.W.; Cristensen, P.J. Nursing Process: Application of Theories, frameworks and Models. **Mosby Company**, second edition, Toronto, 1986.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing na integrative review. **AORN Journal**, april, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BIELEMANN, V.; L.M. A família percebendo o adoecer com câncer e criando o seus significados. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v. 5, n.2, p. 22-28, jul/dez, 2000.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews in the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. Concept development in nursing foundations, techniques and applications. **Philadelphia: W.B. Saunders Company**, 1993. p. 193-215.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 10 ed, Guanabara Koogan, 2v., 2396 p., 2005.

CALIRI, M.H.L. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem: limites e possibilidades. 2002. 143 f. **Tese (Livre – Docência em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMPOS, E.C; BACHION,M.M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: Stefanelli, M.C; Carvalho, E.C. (org) A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri – SP. Monole, 2005 (Série de Enfermagem), 159p.

CAMPOS, R.G. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. 158f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2005

CAPLAN, G. Psicoterapia preventiva. **Buenos Aires: Paidós**, p. 299-306, 1950

CLOSS, S.J.; CHEATER, F.M. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues: **Journal of Advanced Nursing**. V.30, n. 1, p. 10-11, 1999.

COVEY, S.R. Princípios essenciais das pessoas altamente eficazes. Rio de Janeiro, **Ed. Sextante** Rio de Janeiro, p.46, 2004.

COYNE, I. T. Chronic illness the importance of support for families caring for a child with cystic fibrosis. **J. Clin. Nurs**; n. 6, p. 121- 129, 1997.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 2005, v.13, n.(3), p. 415-22, 2005.

DICENSO, A.; CULLURY, N. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. **Evidence – based Nursing**, v. 1, n. 2, p. 38-40, 1998.

ELSEN, I. Saúde e família: a trajetória de um grupo. In: BUB, L. Marcos para a prática de enfermagem com família. Florianópolis: Edusfsc, 1994.

ERIKSON, E.H. Identidade, juventude e crise. **Rio de Janeiro: Zahar**, 1972. 230p.

FERNANDES, L.M. Ulcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura. 2000. 101f. **Dissertação (Mestrado)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FRIEDMAN, M.M.: Family Nursing : theories and assesmente. New York, Applenton-Century-crofts, 1981. In: Griffith- Kennwy, J.W.; Cristensen, P.J. Nursing Process: Application of Theories, frameworks and Models. **Mosby Company**, second edition, Toronto, 1986.

GALVÃO, C.M. A prática baseada em evidências: uma contribuição pra a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. Ribeirão Preto, 2002. Tese de Livre Docência, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP/ Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O, ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implantação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002, v.10 n.(1), p. 690- 695, 2002

GANONG, L. Integrative Reviews of Nursing Research. Research in Nursing & Health, v.10, p. 1-11, 1987.

GOODE, C.J. ET AL. **Research utilization: a study guide**. Iowa: Horn video productions, 59p., 1991.

GREY, M. Desenhos experimentais e quase experimentais. In: LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação,crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro, **Guanabara Koogan**, 2001. cap. 7, p. 98-109.

HALLAS, D.; MELNYK, B. M. Evidence – based pratice: the paradigm shift. **J. Pediatr. Health Care**, v. 17, n. 1, p. 46- 9, 2003.

HICKS, N. Assessment criteria. Bandolier J [série on line] 2004; v.39 n.(9): [3 telas]. Disponível em: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band39/b39-9.html>

HILL, R.; HANSEN, D.A.: **Families under stress**. In: Cristensen, H.T., Chicago, Handbook of marriage and family 1964.

HOOFF, L. A. People in crisis: understanding and helping. 3ªed, **California: Addison Wesley**, 463 p., 1989.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, N.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B.; Delineando a pesquisa clínica- uma abordagem epidemiológica – 2ª ed **Porto Alegre. Artmed**, 2003

HUMPHRIS, D. Types of evidence : In: HAMER,S.; COLLINSON, G. Achieving evidence – based practice: a hand book for practitioners. **London: Baillire Tindall**, 1999, chap. 2, p. 13-40.

LEWIS, J.M.; BEAVERS, W.R.: No sing thread: psychological health in family systems. New York, Brunner/Mazel, Inc. 1976. In: Griffith- Kennwy, J.W.; Cristensen, P.J. Nursing Process: Application of Theories, frameworks and Models. **Mosby Company** , second edition, Toronto, 1986.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J- Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed **Guanabara Koogan**, 2001

LOPES, D. P. L; VALLE, E. R. M. A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer. In: Valle, E.R.M. (org) Psico-oncologia pediátrica. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2001, p.13-74.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job Burnout. **Annu Rev. Psychol**,v. 52, p.397-422, 2001..

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. Significado do conceito de saúde na perspectiva da família em situação de risco pessoal e social. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 45-51, 1998.

MARTINSON, I.: **Impact of childhood câncer on the child and family**. Final Report to the St. Paul Foundation, University of Minnesota, School of Nursing, march I, 1980.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. (ORG). Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. 3ª ed, **Porto Alegre- Art Méd**. 2004.

MCSHERRY, R. What do registered nurses and midwives feel and know about research. J. Adv. Nursing, v.25, n.5, p. 985-998, 1997. In: GALVÃO, C.M. A prática baseada em evidências: uma contribuição pra a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. Ribeirão Preto, 2002. **Tese de Livre Docência**,

apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MINZONI, M.A. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria: a busca de uma posição. **Enfermagem Novas Dimensões**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 350-5, 1977.

MOI, R.C. Envelhecimento do sistema tegumentar: revisão sistemática da literatura. 2004. **Dissertação (Mestrado)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2004.

MOTTA, M.G. O ser doente no tríptico mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. 1997. **Tese (Doutorado)**- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação – 2003-2004/ organizado por North American Nursing Association, trad. Cristina Correia – Porto Alegre: **Artmed**, 2005.

NITSCHKE, R.G. et al. Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Texto e Contexto Enf.**; v.1, n.2, p. 152-66, 1992.

OTTO, H.A: **A framework for assessing family strengths**. In Rinhard, A M., and Quinn, M.D. Ed. Family Centered community nursing, vol. 1, St. Louis, 1973. In: Griffith-Kennwy, J.W.; Cristensen, P.J. Nursing Process: Application of Theories, frameworks and Models. **Mosby Company** , second edition, Toranto, 1986.

PASQUINI, R. Fundamentos e Biologia do Transplante de células hematopoéticas. In: Zago, M. A.; Falcão, R.P; Pasquini, R. Hematologia- Fundamentos e Prática. **Ed. Atheneu**, 1ª ed.; cap. 81, p. 913, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre, **Artmed**. 2004

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M.C.B. (org). A família contemporânea em debate. **São Paulo: Cortez**, 2000.

SACKETT, D.L.; STRAUS, S.E; RICHARDSON, W.S; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B. **Medicina baseada em evidências**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

SANDERS, J.E. **Bone marrow transplantation in pediatric oncology**. In P. Pizzo & Poplack (eds). Lippincott – Raven. New York, 1997.

SANTOS, B.R.L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sob o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enf.**, v.53, n. especial, p. 49-59, 2000.

SATIR, V.: **Peoplemaking**. In: Science and Behavior Books, Palo Alto, Calif., 1972 In: Griffith- Kennwy, J.W.; Cristensen, P.J. Nursing Process: Application of Theories, frameworks and Models. **Mosby Company**, second edition, Toronto, 1986.

SILVA, A S B. Curativos para manutenção do cateter intravenoso periférico: uma revisão integrativa da literatura. 2004. 101f. **Dissertação (Mestrado)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004

SILVEIRA, R.C.C.P. **O cuidado de enfermagem e o catéter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2005.

SPARBEL, K.J.H.; ANDERSON, M.A. Integrated literature review of continuity of care: part 1, conceptual issues. **J. Nurs. Sch. Indianapolis**, v.32, n.1, p. 17 – 23, 2000.

STETLER, B.C.; MORSE, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J.; GIULIANO, K.; HAVENER, P.; SHERIDAN, A. **Utilization – focused integrative reviews in a nursing service**. Appl. Nurs. Res., Philadelphia, v. 11, nº 4, p. 195-206, nov. 1998.

THOMPSON, C. et al. **Nurses information use, and clinical decision making – the real world potencial for evidence – based decisions in nursing**. Evid. Based Nurs., v. 7, n. 3, p. 68-72, 2004.

TITLER, M.G. et al. Infusing research into practice to promote quality of care. **Nurs. Res.** New York, v. 43, n. 5, p. 307-313, sep – oct, 1994.

TOYONAGA, E.T. Complicações do uso de catéteres venosos centrais de longa permanência em Transplante de Medula Óssea. **Revista Paulista de Enfermagem**. v.8, p. 23-28, 1988.

WAIDMAN, M.A.P; RADOVANOVIC, C.A.T; PEREIRA,M.O.; FELIPES,L; FERRARI, IG; MARCON, S.S. Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido 'as famílias do projeto " promovendo a vida na vila esperança". **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá. V.26, n. 1, p. 27-34, 2004

WRIGHT, L.M., WATSON, W.L.; BELL,J.M. **Beliefs: The heart of healing in families and illness**. New York, Basic books, 1996.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Tradução Silvia M. Spada. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002

WUJCIK, D.; DOWNS, S. Bone marrow transplantation. **Crit Care Nurs Clin North Am**, v. 4, p.149-65,1992.

YATES, P. Family coping: issues and challengers for cancer nursing. **Cancer Nursing**, v. 22, n. 1, p. 63-71, 1999.

ANEXOS

Anexo A

Instrumento de análise dos artigos

1) Identificação da publicação:

Base de dados,
Título do periódico,
País de origem do periódico,
Título da publicação,
Ano,
Volume,
Número,
Páginas,
Nome e sobrenome dos autores,
Profissão e titulação do 1º autor.

2) Revisão de Literatura relacionada

3) Objetivos do estudo

4) Delineamento do estudo:

Experimental,
Quase experimental,
Não experimental
-Ex post facto
-Descritiva

5) População / Amostra (destacar critérios para composição da amostra)

6) Estudo piloto

7) Coleta de dados

Procedimentos
Instrumentos utilizados

8) Procedimentos de análise dos dados

9) Resultados

10) Níveis de evidências do artigo: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

11) Modelo de crise empregado

Características do evento:

Ameaça percebida para a relação familiar:

Avaliação de recursos da família:

Experiência prévia com crise:

12) Intervenções mencionadas segundo a NIC:

Intervenções Propostas pela NIC	Ações
Aconselhamento	
Promoção da integridade familiar	
Manutenção do processo familiar	
Terapia familiar	
Suporte emocional	
Suporte familiar	
Assistência quanto aos recursos financeiros	
Melhora no papel	
Grupo de apoio	
Melhora do enfrentamento	
Redução da ansiedade	

Anexo B

ARTIGOS UTILIZADOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA

1. HEINEY, S.P.; NEUBERG, R.W.; MYERS, D.; BERGMAN, L.H. The aftermath of Bone Marrow transplant for Parents of Pediatric Patients: A Post – Traumatic Stress Disorder. **Onc. Nurs. Forum**, v. 21, n. 5, p.843 -847, 1994.
2. KRASUSKA, M.E.; STANISLAWEK, A. Communication with patients and their families, who undergo bone marrow transplantation. **Ann Univ Mariae Curie Skłodowska**, 58 (2): 168-73, 2003.
3. MANNE, S.; OSTROFF, J.; MARTINI, R.; MEE, L.; SEXSON, S.; NEREO, N; DUHAMEL, K.; PARSONS, S.; WILLIAMS, S.; LEWIS, J.; VICKBERG, S. J. Anxiety and Depression in Mothers of Children Undergoing Bone Marrow Transplant: Symptom Prevalence and Use of the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories as Screening Instruments. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, n. 6, p. 1037-1047, 2001
4. INVERNIZZI, G.; BROICH, G.; BRESSI, C.; GUGGERI, G.; CAPARRELLI, S.; DELILIER, G.L. The Organization of a Counseling Service for the Families of Patients Undergoing Bone Marrow Transplant. **Anticancer Research**, 19: 2293-2298, 1999
5. MURTONEN, I.; KUISMA, M.; PAUNONEN, M.; LEHTI, K.; KOIVULA, M.; WHITE, M. Family dynamics of families with cancer in Finland. **Cancer Nursing**, 21 (4): 252-258, 1998.
6. WOCHONA, V. Anxiety, needs, and coping in family members of the bone marrow transplant patient. **Cancer Nursing**, 20 (4): 244-250, 1997.
7. BAKER, F.; ZABORA, J.; POLLAND, A.; WINGARD, J. Reintegration after bone marrow transplantation. **Cancer Pract**; Jul – Aug; 7 (4): 190-7, 1999.
8. ANDERS, J.C. A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea – TMO: a fase pós TMO. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Universidade de São Paulo**. Ribeirão Preto, 1999.

9. COHEN, C.; MUSGRAVE, C.F. A preceptorship program in an Israeli bone marrow transplantation unit. **Cancer Nurs.** Aug.; 21 (4): 259-62, 1998

10. STETZ, K.M.; MCDONALD, J.C.; COMPTON, K. Needs and Experiences of Family Caregivers During Marrow Transplantation. **Onc. Nurs. Forum**, v.23, n. 9, p. 1422-1427, 1996.

11. FOXALL, M.J.; GASTON-JOHANSSON, F. Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. **J. Adv. Nurs.** Nov; 24 (5): 915-23, 1996.

12. MCDONALD, J.C, STETZ, K.M.; COMPTON, K. Educational interventions for family caregivers during marrow transplantation. **Oncol. Nurs Forum**, Oct; 23 (9): 1432-9, 1996.

13. RODRIGUE, JR.; HOFFMANN, RG 3rd; MAC NAUGHTON, K.; GRAHAM-POLE, J.; ANDRES, J.M.; NOVAK, D.A.; FENNELL, R.S. Mothers of children evaluated for transplantation: stress, coping, resources, and perceptions of family functioning. **Clin. Transplant.** Oct; 10 (5):447-50, 1996.

14. COMPTON, K.; MACDONALD, J.C.; STETZ, K. Understanding the Caring Relationship During Marrow Transplantation: Family Caregivers and Healthcare Professionals. **Oncol. Nurs. Forum.** V. 23, n.9, p. 1428- 1439, 1996

15. PHIPPS, S.; MULHER, R.K. Family cohesion and expressiveness promote resilience to the stress of pediatric bone marrow transplant: a preliminary report. **J. Dev. Behav. Pediatr.** Aug; 16(4): 257-63, 1995.

16. DOBKIN, P.L.; POIRIER, R.M.; BONNY, Y. Family factors affecting bone marrow transplantation. A case report. **Psychother Psychosom**; 64 (2): 102-8, 1995.

17. LESKO, L.M. Bone marrow transplantation: support of the patient and his/ her family. **Support Care Cancer**, Jan; 2 (1): 35-49, 1994.

18. WHITE, A.M. Parental concerns following a child's discharge from a bone marrow transplant unit. **J. Pediatr Oncol Nurs.** Jul; 11(3): 93-101, 1994.

19. DERMATIS, H.; LESKO, L.M. Psychological distress in parents consenting to child's bone marrow transplantation. **Bone Marrow Transplant**, Dec.; 6(6): 411-7, 1990

20. PATENAUE, A.F. Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives. **Yale J. Biol. Med.** Sep-Oct.; 63(5): 515-9, 1990.

21. MCCONVILLE, B.J.; STEINCHEN-ASCH, P.; HARRIS, R.; NEUDORF, S.; SAMBRANO, J.; LAMPKIN, B. BAILEY, D.; FREDRICK, B.; HOFFMANN, C.; WOODMAN, D. Pediatric bone marrow transplants: psychological aspects. **Can. J. Psychiatry**, Dec; 35 (9): 769-75, 1990.

22. TOMLINSON, P.S.; KIRSCHBAUM, M.; TOMCZYK, B.; PETERSON, J. The relationship of child acuity, maternal responses, nurse attitudes and contextual factors in the bone marrow transplant unit. **Am J Crit Care**; may; 2 (3): 246-52, 1993.

23. GUNTER, M.; KARLE, M.; WERNING, A.; KLINGEBIEL, T. Emotional adaptation of children undergoing bone marrow transplantation. **Can J Psychiatry**, Feb; 44 (1): 77-81.

24. MOLASSIOTIS, A.; VAN DEN AKKER, O.B.; BOUGHTON, B.J. Perceived social support, family environment and psychosocial recovery in bone marrow transplant long – term survivor. **Soc. Sci. Med.** Feb; 44 (3): 317-25, 1997.

25. HOLMES, W. Preparing the patient for bone marrow transplantation: nursing care issues. **Yale J. Biol. Med.** Sep-Oct; 63 (5): 485-94, 1990.

Anexo C

Estudo 01

Autores: HEINEY, S.P.; NEUBERG, R.W.; MYERS, D.; BERGMAN, L.H.	Periódico: Onc. Nurs. Fórum	Ano de publicação: 1994. Volume: . 21 Número: 5 Páginas: 843-847
	Base de dados: MEDLINE	
Título: The aftermath of Bone Marrow transplant for Parents of Pediatric Patients: A Post – Traumatic Stress Disorder.		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência.		
Nível de evidências: 6		
Objetivo: Descrever as características da experiência de TMO em crianças que podem precipitar em Desordem do estresse pós traumático (PTDS).		
Características da amostra: 20 famílias de crianças submetidas ao TMO		
Obtenção dos dados: conferencias, revisão de literatura, reflexão das experiências clínicas e interação com pacientes submetidos ao TMO e seus familiares		
Principais resultados: de acordo com literatura a experiência com o transplante desencadeia uma série de incidentes traumáticos para os familiares para tanto utilizou-se do conceito de Desordem do Estresse pós Traumático para compreender as reações observadas nos parentes. 2) características similares entre o TMO e PTDS: descrença na sobrevivida, duração do trauma, afastamento de sua casa/ cidade, risco de recaída da doença, papel dos pais no evento, exposição a morte/ destruição.		
Intervenções propostas: Suporte social (principalmente incluindo outras experiências de estresse similares), aprendizagem interpessoal, Diminuir fatores que emergem de interação em grupo (possui 3 fases: apresentação, avaliação e seguimento de resultados a longo prazo), entrega de pacote informativo (contendo endereços de grupos de apoio ao transplantado de medula óssea, onde buscar informações adicionais, um mapa da cidade e como se locomover).		
Conclusões: os familiares podem desenvolver uma resposta negativa e problemas emocionais futuros caso não recebam suporte social e emocional adequados em todas as fases do MO		
Em relação à situação de crise: TMO como agente estressor, avaliação dos recursos da família e experiência do passado em crise.		

Estudo 02

Autores: KRASUSKA, M.E.; STANISLAWEK	Periódico: Ann Univ Mariae Curie Sklodowska	Ano de publicação: 2003 Volume: 58 Número: 2 Páginas: 168-73
	Base de dados: MEDLINE	
Título: Communication with patients and their families, who undergo bone marrow transplantation		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência		
Nível de evidências: 6		
Objetivo: Descrever a importância da comunicação da equipe, paciente e seus familiares		
Características da amostra: famílias de crianças submetidas ao TMO		
Obtenção dos dados: revisão de literatura, reflexão das experiências clínicas e interação com pacientes submetidos ao TMO e seus familiares		
Principais resultados: de acordo com literatura a experiência com o transplante de medula óssea pode desencadear situações estressoras para os pacientes e seus familiares. A abordagem dos enfermeiros junto ao paciente e seus familiares foi considerado positivo, no momento em que comunicavam ou esclareciam dúvidas sobre o TMO, pois desta maneira a situação tornou-se mais clara, auxiliando na compreensão da situação e minimizando os fatores estressores de nível emocional.		
Intervenções propostas: Suporte social e emocional através da comunicação efetiva, de forma clara e simples, sem uso das terminologias médicas de difícil compreensão..		
Conclusões: Quanto mais efetiva a comunicação maior a compreensão e enfrentamento da situação frente as adversidades		
Em relação à situação de crise: TMO como agente estressor		

Estudo 03

Autores: MANNE, S.; OSTROFF, J.; MARTINI, R.; MEE, L.; SEXSON, S.; NEREO, N; DUHAMEL, K.; PARSONS, S.; WILLIAMS, S.; LEWIS, J.; VICKBERG, S. J.	Periódico: Journal of Consulting and Clinical Psychology Base de dados: MEDLINE	Ano de publicação: 2001 Volume: 69 Número: 6 Páginas: 1037 – 1047
Título: Anxiety and Depression in Mothers of Children Udergoing Bone Marrow Transplant: Symptom Prevalence and Use of the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories as Screening Instruments		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo não experimental descritivo		
Nível de evidências: 4		
Objetivo:		
Características da amostra: 115 mães de crianças submetidas ao TMO que fossem fluente no idioma inglês, maiores de 18 anos, responsáveis diretas do paciente, que deveria estar recebendo o tratamento em um dos 6 hospitais participantes do estudo.		
Obtenção dos dados: aplicação de instrumentos de mensuração: Beck Depression e Beck anxiety inventory		
Principais resultados: 20% das mães apresentaram diagnóstico de desordem depressiva maior (MDD), desordem depressiva generalizada (GAD) e desordem do pânico. Mães calcasianas, apresentaram sintomas de ansiedade e depressão e mães cuja renda familiar era inferior a \$30,000 reportaram maiores sintomas de ansiedade. Mães de crianças do sexo feminino tem maior pré disposição em apresentar reações psicológicas adversas no decorrer do tratamento. Propõe que novos estudos sejam realizados para se identificar possíveis intervenções para minimizar as conseqüências emocionais para as mães.		
Intervenções propostas: Suporte social e emocional são citados no trabalho		
Conclusões: as mães podem desenvolver desordem emocionais durante o TMO, alternando-se os graus de gravidade de acordo com as observações dos autores. Justificam que é necessário se realizar novos estudos para se afirmar as principais fatores estressores das mães, a dinâmica familiar, estratégias de enfrentamento e suporte de recursos.		
Em relação à situação de crise: TMO como agente estressor		

Estudo 04

Autores: - INVERNIZZI, G.; BROICH, G.; BRESSI, C.; GUGGERI, G.; CAPARRELLI, S.; DELILIERS, G.L.	Periódico: Anticancer Research	Ano de publicação: 1999 Volume: 4 Número: 19 Páginas: 2293 -2298
	Base de dados: MEDLINE	
Título: The Organization of a Conselling Service for the Families of Patients Undergoing Bone Marrow Transplant		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiencia		
Nível de evidências: 6		
Objetivo: Relatar a experiência vivida por familiares no TMO em um serviço de suporte aos familiares e pacientes submetidos ao TMO		
Características da amostra: parentes de pacientes submetidas ao TMO		
Obtenção dos dados: aplicação de instrumentos de mensuração: Camberwell Family Interview, complementada pelo Minessota Multiphases Personality Inventory		
Principais resultados:		
Intervenções propostas: Suporte social e emocional são citados no trabalho		
Conclusões: a reorganização familiar perante o TMO deve ocorrer desde o momento do diagnóstico da doença, pois isto desencadeia uma série de ajustamentos no núcleo familiar. Salientam ainda a importância do apoio familiar ao paciente durante o tratamento		
Em relação à situação de crise: TMO e diagnóstico da doença como agentes estressores, ajustamentos no núcleo familiar.		

Estudo 05

Autores: MURTONEN, I.; KUISMA, M.; PAUNONEN, M.; LEHTI, K.; KOIVULA, M.; WHITE, M.	Periódico: Cancer Nursing	Ano de publicação: 1998 Volume: 21 Número: 4 Páginas: 252-258
Título: Family dynamics of families with cancer in Finland		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo descritivo		
Nível de evidências: 4		
Objetivo: Compreender a dinâmica familiar de familiares de pessoas com câncer		
Características da amostra: 96 familiares		
Obtenção dos dados: uso do instrumento Family Dynamics measure (FDM) e Family dynamics Questionnaire (FDQ)		
Principais resultados: Sienta que o câncer está associado a ansiedade, medo da perda, dor, morte, sendo que estes fatores podem modificar a estabilidade da família, porém as mesmas podem fazer uso de estratégias de enfrentamento para se adaptar a situação. As mães perceberam maior conflito no lar em decorrência da atenção dispensada ao familiar doente em relação aos outros membros. Ressalta que a atenção do enfermeiro de forma individual para a família foi considerada como um recurso positivo.		
Intervenções propostas: estimular o uso de estratégias de enfrentamento pelos familiares, oferecer informação e atenção individual.		
Conclusões: A prática de enfermagem está tradicionalmente voltada para o foco da doença e para o paciente, porém quando existe uma atenção individualizada voltada aos familiares é visto como um recurso positivo pelos mesmos.		
Em relação à situação de crise: Cancer como agente estressor, mudança de papeis, utilização de recursos		

Estudo 06

Autores: WOCHONA, V.	Periódico: Cancer Nursing	Ano de publicação: 1997 Volume: 20 Número: 4 Páginas: 244-250
Título: Anxiety, needs, and coping in family members of the bone marrow transplant patient		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo descritivo tipo revisão de literatura		
Nível de evidências: 6		
Objetivo: Ajudar profissionais de enfermagem a compreender quais fatores estressores estão presentes junto aos membros familiares do paciente transplantado de medula óssea.		
Características da amostra: ampla revisão bibliográfica, mas não deixa claro o número dos trabalhos ou de que forma foram obtidos.		
Obtenção dos dados: não mencionado		
Principais resultados: Cada familiar possui o seu papel; o diagnóstico de câncer frequentemente forçam os membros da família a assumir novos papéis, comprometendo-se a estabilidade familiar; existe uma ruptura familiar quando um de seus membros se submete ao TMO; Fatores geradores de estresse: a possibilidade de perda de um membro pode afetar o enfrentamento da família frente a situação e conseqüentemente interferir no suporte oferecido ao paciente. A distancia do centro de tratamento com o lar, separando os membros familiares, ansiedade gerada por adoecimento do arrimo de família, desesperança quando não sabem como ajudar o membro da família. Em relação as necessidades da família: se informar sobre a doença, tratamento, prognóstico (comunicação clara e simples); ter ajuda de profissionais experiente, manter a vida diária o mais normal possível, desejam ver o lado humano de médicos e enfermeiros, manter atividades positivas para continuar funcionando como uma unidade familiar. Enfermeiros estão aptos a identificar as necessidades familiares e diminuir a ansiedade, dando-lhes suporte emocional, a falta de informação gera estresse e depressão,		
Intervenções propostas: para diminuir o estresse - encorajar a família a perguntar, convidar os familiares a participar dos cuidados ao paciente, manter a esperança, escutar ativamente, encorajar a participação em grupos de apoio, Suporte social e emocional são citados no trabalho. Criação de protocolos da unidade, orar,,pensar positivamente		
Conclusões: Enfermeiros devem compreender os sentimentos e fatores estressores da família e pacientes de TMO, entender a necessidade individual da família, reconhecer as múltiplas estratégias de coping que podem ser utilizadas pelas famílias.		
Em relação à situação de crise: TMO como agente estressor, mudança de papéis, utilização de recursos		

Estudo 07

Autores: BAKER, F.; ZABORA, J.; POLLAND, A.; WINGARD, J	Periódico: Cancer Pract	Ano de publicação: 1999 Volume: 7
Título: Reintegration after bone marrow transplantation.		Número: 4 Páginas: 190-7
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo não experimental ex post facto		
Nível de evidências: 4		
Objetivo: Examinar os problemas do TMO em sobreviventes que retornam a vida normal na comunidade após o transplante		
Características da amostra: 65 pacientes que receberam alta hospitalar para retornar ao seu lar após 6 e 12 meses pós TMO		
Obtenção dos dados: uso de questionários que abordavam a qualidade de vida e a adaptação psicossocial		
Principais resultados: Os pacientes apresentaram: fadiga, imagem corporal alterado, falta de apetite, restrições físicas, problemas psicológicos, reintegração na comunidade, separação de familiares e amigos, dificuldades financeiras e dificuldade em arranjar emprego. É necessário se preparar o paciente e familiares antes da alta para facilitar a reintegração social dos mesmos.		
Intervenções propostas: Intervenções psicossociais, suporte de grupos, material educacional, fitas cassetes para reforçar as informações		
Conclusões: O preparo para alta hospitalar deve ser planejada, as orientações devem ser oferecidas tanto ao paciente quanto aos familiares, para se diminuir o estresse e ansiedade em deixar a Proteção da unidade hospitalar.		
Em relação à situação de crise: alta do TMO como agente estressor, utilização de recursos		

Estudo 08

Autores: ANDERS, J.C.	Periódico: Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto	Ano de publicação: 1999 Volume: 1 Número: 1 Páginas: 158
Título: A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea – TMO: a fase pós TMO		
Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo não experimental descritivo		
Nível de evidências: 4		
Objetivo: Caracterizar a criança e adolescente submetido ao TMO no HCFMRP-USP bem como seus familiares e como estas famílias vivenciam a crise.		
Características da amostra: 11 responsáveis por crianças submetidas ao TMO, 8 mães, 3 irmãos e 1 pai		
Obtenção dos dados: entrevista semi estruturada, gravada em audio		
Principais resultados: Analisou-se o impacto do TMO, o cotidiano familiar e as redes de apoio, para tanto observou-se que o impacto do diagnóstico da doença, bem como a desinformação em relação ao tratamento, prognóstico e conseqüências geram ansiedade. A separação da família, a ansiedade, medo, preocupação com o período de internação, também geram ansiedade e estresse.		
Intervenções propostas: suporte familiar, emocional e social, ouvir –los atentamente, orientar quanto procedimentos, conhecer a realidade sócio econômica, podem melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.		
Conclusões: O conhecimento da realidade destas famílias facilita a planejar melhores suportes e melhora qualidade de vida		
Em relação à situação de crise: TMO como agente estressor, mudança de papeis, utilização de recursos,		

Estudo 09

Autores: COHEN, C.; MUSGRAVE, C.F		Periódico: Cancer Nurs.	Ano de publicação: 1998 Volume: 21
Título: A preceptorship program in an Israeli bone marrow transplantation unit			Número: 4 Páginas: 259-62
Delineamento do Estudo: Estudo não exploratório, relato de experiência	Intervenção Relatar a experiência no programa de preceptor de estudantes de enfermagem em uma unidade de TMO	Resultados O programa inclui três aspectos: compreensão dos aspectos médicos, instrução sobre como o enfermeiro deve lidar com os fatores físicos e psicológicos que envolvem os pacientes e seus familiares no TMO e supervisionar o envolvimento do paciente e familiar nos programas educativos e grupos	Conclusões: A avaliação das estudantes é positiva, frente ao programa, pois desta forma encoraja-se a aplicação da assistência de enfermagem na unidade.
Nível de evidência: 5	Modelo de família Ressaltam a importância em se caracterizar o TMO, trabalhando-se com as mudanças ocorridas na vida do paciente e familiar, avaliação dos recursos à família e como está sendo a reação destes frente o tratamento.	Intervenções propostas Suporte familiar	

Estudo 10

Autores: STETZ, K.M.; MCDONALD, J.C.; COMPTON, K.		Periódico: Onc. Nurs. Forum	Ano de publicação: 1996 Volume: 23 Número: 9 Páginas: 1422-1427
Título: Needs and Experiences of Family Caregivers During Marrow Transplantation			
Delineamento do Estudo: Estudo qualitativo, descritivo, cross-seccional 19 familiares adultos que tenham um parente que tenha se submetido ao TMO Critérios de inclusão: 18 anos ou mais, falar e escrever em inglês, queiram fazer parte do foco do grupo e que seu familiar tenha completado 90 dias de TMO	Intervenção As questões discutidas pelo grupo foram focadas em : Preparo para o tratamento, manejo do cuidado, prognósticos do tratamento, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e descrição dos benefícios e malefícios	Resultados Preparo para o tratamento muitos familiares afirmam que é de suma importância a informação sobre a doença e o tratamento através de folhetos explicativos , incluindo informações sobre a área geográfica da cidade, meios de transporte e possíveis recursos. Durante o tratamento os aspectos físicos e emocionais do familiar é levado em consideração, pois tendo o conhecimento dos acontecimentos durante o transplante de medula óssea o familiar pode dar o suporte de proteção, mantendo o paciente com esperanças de vida Em relação a encarar o desafio envolve a experiência do transplante em sua vida, relacionamentos interpessoais entre os membros da família e barreiras estruturais podem influenciar na experiência do estresse vivenciada.	Conclusões: Frente os resultados cabe ao enfermeiro incentivar sempre que possível que o familiar não foque a sua atenção apenas ao paciente, pois desta forma os benefícios tanto o ao paciente quanto ao familiar serão positivos para o resultado do tratamento.
Nível de evidência: 4	Modelo família	Intervenções Salientam a importância do suporte de grupo	

Estudo 11

Autores: FOXALL, M.J.; GASTON-JOHANSSON, F		Periódico: J. Adv. Nurs	Ano de publicação: 1996 Volume: 24 Número: 5 Páginas: 915-23
Título: Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental, descritivo prospectivo 20 famílias de transplantados de medula responderam questionários pé elaborados sobre ansiedade, depressão, sintomas de angústia e fadiga	Intervenção Verificar em que período do TMO o Familiar vivencia alterações como angústia, fadiga, depressão e ansiedade, através dos respostas dos questionários no período de pré TMO, e 5 e 20 dias pós TMO.	Resultados Os sintomas de angustia apareceram com forte significancia no período de pré TMO tanto quanto nos periodos de 5 e 20 dias pós TMO. Percebe-se que a não adaptação e enfrentamento dos problemas logo no início influenciam negativamente na resposta do indivíduo as situações futuras	Conclusões: É necessário se implementar recursos para se minimizar os aspectos negativos durante o transplante de medula óssea, inclusive nos momentos mais críticos do tratamento
Nível de evidência: 4	Modelo família Suporte emocional	Intervenções propostas Educação familiar, suporte de grupo	

Estudo 12

Autores: MCDONALD, J.C, STETZ, K.M.; COMPTON, K		Periódico: Oncol. Nurs Forum	Ano de publicação: 1996 Volume: 23 Número: 9 Páginas: 1432-9
Título: Educational interventions for family caregivers during marrow transplantation			
Delineamento do Estudo: Estudo não exploratório, revisão de literatura	Intervenções Revisar a literatura sobre as recomendações do uso de estratégias e o desenvolvimento de recursos para o cuidado da família e do paciente submetido ao TMO.	Resultados	Conclusões: Percebe-se que o familiar e amigo próximos assumem o cuidado domiciliar do paciente, assumindo uma grande responsabilidade, para tanto o enfermeiro deve estar atento para desenvolver estratégias de ensino que os auxilie a desenvolver os cuidados básicos no lar, minimizando-se assim pontos de estressores, pois deve estar claro ao familiar que em qualquer intercorrências o mesmo poderá recorrer ao serviço médico, recebendo todas as orientações e apoio.
Nível de evidência: 6	Modelo família Reforça a necessidade de se caracterizar o evento a ser vivido TMO, as ameaças percebidas para a relação familiar quanto a metas e estado, avaliação de recursos familiares	Intervenções propostas Formular guias específicos para a unidade, que esclareça as principais dúvidas do client, estratégias educacionais para preparar o familiar para o cuidado a ser prestado no domicílio, acesso aos recursos	

Estudo 13

Autores: RODRIGUE, JR.; HOFFMANN, RG 3 rd ; MAC NAUGHTON, K.; GRAHAM-POLE, J.; ANDRES, J.M.; NOVAK, D.A.; FENNELL, R.S.		Periódico: Clin. Transplant	Ano de publicação: 1996 Volume: 10 Número: 5 Páginas: 447-50
Título: Mothers of children evaluated for transplantation: stress, coping, resources, and perceptions of family functioning			
Delineamento do Estudo: Não experimental, descritivo exploratório	Intervenção Observar a abordagem dos recursos de coping em situações de estresse vivenciadas por mães de crianças submetidas ao TMO	Resultdos Após análise dos dados observou-se que cerca de 20% das mães apresentaram elevadas respostas clínicas ao estresse. Quanto ao Tmo na estrutura familiar pode-se dizer que gera uma ruptura dos planos das atividades familiares, estando intimamente relacionada a um declínio do status sócio econômico, o que gera uma situação de estresse.	Conclusões: Para tanto é necessário que estratégias sejam aplicadas para reduzir os fatores estressores, de forma a minimizar a consequência diante de situações ameaçadoras.
Nível de evidência: 5	Modelo empregado Caracteriza a crise no TMO Aponta a ameaça na estrutura familiar, frente as suas metas e o comprometimento dos recursos econômicos da família	Intervenções propostas Recursos de coping Suporte familiar	

Estudo 14

Autores: COMPTON, K.; MACDONALD, J.C.; STETZ, K.		Periódico: Oncol. Nurs. Forum	Ano de publicação: 1996 Volume: 23 Número: 9 Páginas: 1428-1439
Título: Understanding the Caring Relationship During Marrow Transplantation: Family Caregivers and Healthcare Professionals			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental descritivo	Intervenções Descrever a relação afetiva entre o profissional e o cuidado da família do Transplantado de medula, segundo modelo de Swanson's: manter a crença e saber como estão fazendo para se adaptar-se	Resultados Segundo a experiência do modelo, o relacionamento se torna satisfatório quando é realizado um contato inicial com o familiar de forma individualizada de forma a fornecer informações de forma clara, direta, incluindo-se discussões, planejamentos e tomadas de decisões, providenciando se necessário recursos específicos ao familiar.	Conclusões: Conclui-se que o relacionamento entre o profissional e o familiar deve ser realizado de forma clara, simples, para que haja um entendimento por parte do mesmo, dando a oportunidade para que ele mesmo exponha suas dúvidas e problemas a fim de que possam ser trabalhados em conjunto. Surem que novos estudos sejam elaborados a fim de se desenvolver um programa educacional
Nível de evidência: 4	Modelo de família	Intervenções propostas: desenvolver um programa educacional que contemple Orientação do familiar quanto ao transplante e o centro de tratamento; preparo para enfrentar o tratamento juntamente com o paciente, instruções individuais e suporte de grupos	

Estudo 15

Autores: PHIPPS, S.; MULHER, R.K		Periódico: J. Dev. Behav. Pediatr	Ano de publicação: 1995 Volume: 16 Número: 4 Páginas: 257-63
Título: Family cohesion and expressiveness promote resilience to the stress of pediatric bone marrow transplant: a preliminary report.			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental, prospectivo longitudinal	Intervenções Mensurar os conflitos familiares, os problemas percebidos a coesão dos fatos, estado social do indivíduo	Resultados Pode-se perceber que houve um significativo declínio da situação social da família no período de 6 a 12 semanas pós TMO em relação ao início da internação. Foi possível analisar que a percepção dos conflitos familiares podem levar a um nível leve de estresse até o seu ajustamento; já o diálogo sobre estes conflitos podem promover um enfrentamento eficaz do estresse frente ao TMO.	Conclusões: Conclui-se que trabalhar os conflitos percebidos pelos familiares pode gerar um enfrentamento mais eficaz e positivo para o estresse advindo com o TMO.
Nível de evidência: 4	Características geradoras de crise familiar encontradas Mudança no nível financeiro Compreender o evento em todas as fases de tmo.	Intervenções propostas: Referem que é necessário se trabalhar com os conflitos no momento em que aparecem para se minimizar as consequências do estresse gerada pelo TMO, de forma individualizada ou em grupos.	

Estudo 16

Autores: DOBKIN, P.L.; POIRIER, R.M.; BONNY, Y.		Periódico: Psychother Psychosom;	Ano de publicação: 1995 Volume: 64 Número: 2 Páginas: 102-8
Título: Family factors affecting bone marrow transplantation. A case report			
Delineamento do Estudo: Não experimental, relato de caso	Intervenções A influência familiar afetando o transplante de medula óssea	Resultados Este caso relata a experiência vivenciada por uma adolescente que sofria de leucemia, e que como o tratamento convencional não surtiu o efeito desejado, optou-se pelo transplante de medula óssea, cujo os pais eram incapazes de enfrentar a pequena chance do transplante. Desta forma a família foi considerada de risco para o acompanhamento da paciente, pois a paciente começava a apresentar sintomas exacerbados diante dos parentes. Para tanto é necessário se avaliar se o indivíduo que irá acompanhar o tratamento da paciente tem condições de enfrentar a situação e manter viva a vontade de lutar da paciente.	Conclusões: Cabe a equipe de saúde identificar possíveis situações negativas que envolvam o tratamento de Tmo, para que o paciente ao se submetido ao transplante esteja cercado de todos os recursos positivos possíveis, para melhor enfrentar a situação
Níveis de Evidência: 5	Modelo de família Experiência negativa com o tratamento anterior	Intervenções propostas: Avaliar antecipadamente a estrutura emocional e de enfrentamento do familiar frente ao tratamento.	

Estudo 17

Autores: LESKO, L.M.		Periódico: Support Care Cancer	Ano de publicação: 1994 Volume: 2 Número: 1 Páginas: 35-49
Título: Bone marrow transplantation: support of the patient and his/ her family			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental Revisão de literatura	Intervenções Buscar na literatura pertinente como se dar o suporte adequado para o paciente e seu familiar	Resultados Relata a importância do suporte emocional nas diversas fases do tratamento, iniciando-se no diagnóstico, quanto aos procedimentos a serem utilizados e as possíveis complicações, dentre as quais a mudança da imagem corporal do paciente. Os mesmos podem desenvolver distúrbios emocionais tais como: ansiedade, depressão, agitação e não se conformar com a situação. Para tanto várias estratégias podem ser utilizadas para minimizar os problemas enfrentados, tais como: suporte emocional em grupo ou individual, técnicas de coping, uso de drogas farmacológicas.	Conclusões: Conclui que a qualidade de vida pós TMO irá depender do modo em que os problemas emocionais foram trabalhados e enfrentados, sugere que novos estudos sejam elaborados para se discutir a assistência aos familiares e pacientes submetidos ao TMO.
Nível de evidência: 6	Características da crise citadas Caracterização da crise Mudança das condições de saúde Mudança das condições emocionais	Intervenções propostas: Suporte de família Educação ao paciente e seu familiar Terapia de grupo ou individual Estratégias de coping Uso de drogas farmacológicas se necessário	

Estudo 18

Autores: WHITE, A.M		Periódico: J. Pediatr Oncol Nurs	Ano de publicação: 1994 Volume: 11 Número: 3 Páginas: 93-101
Título: Parental concerns following a child's discharge from a bone marrow transplant unit			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental – Exploratório descritivo 7 parentes de 5 crianças submetidas ao TMO	Objetivo Explorar os interesses dos pais frente a criança em uma unidade de transplante de medula óssea, tendo –se a possibilidade de se explorar a perspectiva dos parente que passaram pela experiência do pós transplante de medula. Sendo que a análise de mapa e observação do participante fornecem fontes adicionais de dados	Resultados A entrevista composta de 32 questões pré elaboradas, era gravada por um gravador de fitas cassetes. Após análise dos dados cruzados foram caracterizados 6 temas maiores na experiência do pós transplante de medula óssea: retorno ao lar, relacionamento variável, trabalhando com isto, aprende as regras, a nova norma e a incerteza com o futuro são os componente do período de transição vivida pela família. Desta forma é necessário que se intervenha em todas as fases para que facilitemos a readaptação dos mesmos.	Conclusões: Conclui-se que a educação , o suporte e o cuidado nas várias fases do TMO para a criança e a família facilitam a readaptação dos mesmos pós TMO.
Níveis de Evidencias: 4	Características de crise citadas Caracterização de cada evento antes, durante e após o TMO Recursos familiares e da comunidade	Intervenções propostas Educação ao paciente e familiar frente a cada fase do TMO Suporte familiar	

Estudo 19

Autores: DERMATIS, H.; LESKO, L.M		Periódico: . Bone Marrow Transplant	Ano de publicação: 1990 Volume: 6 Número: 6 Páginas: 411-7
Título: Psychological distress in parents consenting to child's bone marrow transplantation.			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental descritivo exploratório 61 parentes (46 mães e 15 pais)	Intervenção Determinar a natureza e prevalência de sintomas psicológicos em parentes de crianças que se submeteram ao TMO	Resultados Avaliou-se que 47% dos pais e 60% das mães exibiram uma angústia psicológica generalizada em relação à situação vivenciada, sendo que as mães exibiram graus mais severos de depressão e ansiedade em relação aos pais, sendo que estes níveis podem ser diminuído à medida em que as informações e esclarecimentos são feitos em relação ao TMO, segundo relato dos participantes	Conclusões: Conclui-se que 50% dos parentes se beneficiam com intervenções psicológicas, utilizando-se eficientemente as estratégias de enfrentamento
Níveis de evidência: 4	Características de crise citadas: Caracterização do evento de crise	Intervenções propostas Utilização de instrumentos de avaliação do enfrentamento do familiar frente ao Tmo Uso de estratégias de enfrentamento	

Estudo 20

Autores: PATENAUDE, A.F.		Periódico: Yale J. Biol. Med	Ano de publicação: 1990 Volume: 63 Número: 5 Páginas: 515-9
Título: Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental Revisão de literatura	Intervenção Conhecer o impacto psicológico do transplante de medula óssea	Resultados Refere que a complexidade do tratamento de TMO já é um agente estressor para o paciente e seu familiar, sendo que muitas vezes é necessário se deslocar de sua cidade de origem para grandes centros de tratamento, pode gerar uma grande mudança no funcionamento familiar, a nível de recursos financeiros, convivência familiar e mudanças de papéis. Já o impacto emocional frente ao tratamento e suas complicações é muito grande, sendo necessário a intervenção terapêutica para os mesmos para que possam enfrentar da melhor maneira possível o tratamento.	Conclusões: Conclui que todos os aspectos que envolvem o tratamento pode gerar situações de estresse, porém se bem trabalhadas pode resultar em uma experiência positiva ao paciente e seu familiar, auxiliando-o a retomar da melhor forma possível ao convívio com a sua comunidade.
Níveis de Evidência: 6	Características geradoras de crise Caracterização do evento TMO Mudança de localidade Incerteza em relação ao tratamento Mudança quanto aos recursos da família	Intervenções propostas: Desenvolver intervenções que minimizem as consequencia dos fatores de estressores.	

Estudo 21-

Autores: McCONVILLE, B.J.; STEINCHEN-ASCH, P.; HARRIS, R.; NEUDORF, S.; SAMBRANO, J.; LAMPKIN,B. BAILEY, D.; FREDRICK, B.; HOFFMANN, C.; WOODMAN, D		Periódico: Can. J. Psychiatry	Ano de publicação: 1990 Volume: 35 Número: 9 Páginas: 769-75
Título: Pediatric bone marrow transplants: psychological aspects			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental, descritivo retrospectivo	Intervenções Destacar os aspectos psicológicos no transplante de medula óssea pediátrico	Resultados Afirma que os aspectos psicológicos devem ser tratados de forma direta, através de intrvenções psicotrânicas com a criança e a família, e se necessário o uso de agentes psicofarmacológicas como os antidepressivos e ansiolíticos.	Conclusões: A ação conjunta da euquipe multidisciplinar auxilia a criança e o familiar a enfrentar as situações de estresse, ansiedade e depressão.
Nível de evidência: 4	Modelo de família Aspectos psicológicos	Intervenções propostas: Terapias de grupo ou individuais, suporte familiar, uso de agentes antidepressivos e ansiolíticos se necessário e sob orientação	

Estudo 22

Autores: TOMLINSON, P.S.; KIRSCHBAUM, M.; TOMCZYK, B; PETERSON, J.		Periódico: Am J Crit Care		Ano de publicação: 1993	
				Volume: 2	
				Número: 3	
				Páginas: 246-52	
Título: The relationship of child acuity, maternal responses, nurse attitudes and contextual factors in the bone marrow transplant unit					
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental Descritivo exploratório 20 mães de crianças no primeiro transplante de medula óssea Unidade de TMO Variáveis do estudo: a acuidade da criança, satisfação materna com a assistência prestada, vigilância materna, medido pelo tempo gastado na criança lado da cama, atitudes de enfermeira em direção ao envolvimento da família com cuidado e experiência no cuidado.		Objetivo Examinar o relacionamento entre percepções maternas de uma criança agudamente doente, cuidados de enfermeira e fator contextual em unidade de cuidado crítico em pediatria		Resultados Foi observado uma associação positiva entre a satisfação materna em relação ao cuidado de enfermagem, a acuidade da criança, a vigilância materna e o déficit de pessoal, havendo um relacionamento inverso entre vigilância materna e comprimento do cuidado experiência da enfermeira primária e entre atitudes positivas de enfermeiras experientes em direção a participação de família	
Nível de Evidência 4		Característica citadas no texto Envolvimento familiar TMO		Intervenções propostas: Incentivar a mãe a participar dos cuidados a criança	

Estudo 23

Autores: GUNTER, M.; KARLE, M.; WERNING, A.; KLINGEBIEL, T.		Periódico: Can J Psychiatry	Ano de publicação: 1999 Volume: 44 Número: 1 Páginas: 77-81
Título: Surviving hematological malignancies: stress responses and predicting psychological adjustment			
Delineamento do Estudo: Estudo não experimental prospectivo longitudinal Criança de 8-12 anos em tratamento, internadas em uma unidade de isolamento Uso do questionários: teste de inteligência (versão alemã revisada – Wechesler intelligence Scale for children) e testes projectivos	Objetivo Observar as reações de estresse e a adaptação física de crianças entre 8 e 12 anos em um quarto de isolamento durante o TMO	Resultados	Conclusões: Salienta a importância de se intensificar as intervenções de suporte emocional para o paciente e sua família desde o momento da internação do paciente para evitar ou minimizar os conflitos familiares e fatores de risco potencialmente propensos a desencadear reações de estresse.
Nível de evidência: 5	Características apresentadas Caracterizar o evento Mudança da condição de saúde	Intervenções propostas: Suporte emocional ao paciente e ao familiar, em grupo ou individual	

Estudo 24

Autores: MOLASSIOTIS, A; Van den AKKER, OB.; BOUGHTON, B.J.		Periódico: Soc Sci Med		Ano de publicação: 1997 Volume: 44 Número: 3 Páginas: 317-25	
Título: Perceived social support, family enviroment and psychosocial recovery in bone marrow transplant long- term survivors					
Delineamento do Estudo: Estudo experimental, 91 pacientes submetidos ao TMO participaram do estudo 73 pacientes recebendo manutenção da quimioterapia (grupo controle)		Objetivo Examinar as percepções do suporte social e a dinâmica de família, no TMO a longo tempo, e ainda o ajustamento psicossocial e qualidade de vida do grupo de pacientes.		Resultados Os resultados indicaram que o grupo de bmt recebeu mais apoio social que o grupo controle. Os principais apoios vinham dos membros da família e dos outros pacientes. Nenhuma diferença significativa no tipo e dinâmica de ambientes de família foram observadas entre os grupos. No entanto, os grupos eram significativamente diferentes comparados com famílias não - aflitos saudáveis em relação ao controle e conflito. Era de importância anotar que um número considerável de assuntos de bmt informado por uma enfermeira fornecendo - lhe apoio a eles, indica o papel potencial de enfermeiras na adaptação psicossocial de bmt sobreviventes a longo tempo.	
Conclusões: Que o enfermeiro possui um papel fundamental para a adaptação psicossocial dos pacientes e familiares frente ao TMO, pois a suporte social e emocional a eles dispensados, facilita o ajustamento dos mesmos minimizando o sentimento de angústia e melhorando a qualidade vida pós TMo					
Nível de Evidência: 2		Características apontadas Mudança social Caracterização da crise Experiência com crises		Intervenções propostas: Suporte social e emocional ao paciente e família Educação ao paciente e familiar quanto ao tratamento e suas complicações Dinâmicas de grupo	

Estudo 25

Autores: HOLMES, W		Periódico: Yale J Biol Med	Ano de publicação: 1990 Volume: 63 Número: 25 Páginas: 487-94
Título: Preparing the patient for bone marrow transplantation: nursing care issues			
Delineamento do Estudo: Não Experimental, revisão de literatura	Objetivos Verificar na literatura quais os cuidados de enfermagem dispensados ao indivíduo que irá se submeter ao TMO	Resultados O autor refere que a cada fase do transplante o enfermeiro deve estar atento para esclarecer as dúvidas, anseios e curiosidade do paciente e dos familiares, através diálogos elucidativos, suporte emocional e social.	Conclusões: O enfermeiro possui papel importante no preparo do paciente ao TMO, pois é ela que se encontra ao lado dos mesmos durante todo o dia e a noite, podendo desta forma estabelecer um contato direto e eficaz para auxiliá-los a transpor o tratamento da melhor maneira possível.
Nível de Evidência: 6	Características encontradas Caracterizar as fases do TMO Suporte emocional e social.	Intervenções propostas: Suporte emocional paciente e família Suporte social	