

## **TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS E QUALIDADE DE VIDA APÓS ALTA HOSPITALAR**

Roberta Pinheiro Alves, Érika de Oliveira-Cardoso, Ana Paula Mastropietro Júlio  
César Voltarelli, & Manoel Antônio dos Santos

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.  
Ribeirão Preto- SP. Brasil e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto- SP. Brasil.

---

**RESUMO:** Este estudo objetivou analisar a qualidade de vida de pacientes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH). A amostra foi composta por 12 pacientes submetidos ao TCTH há no máximo 100 dias, em uma média de 96 dias. Utilizou-se a escala de qualidade de vida SF-36 e a escala específica de funcionalidade do TMO (FACT-BMT). O procedimento de análise dos resultados foi iniciado pela cotação/codificação e classificação dos dados feitos por dois juízes, psicólogos com experiência em avaliação psicológica, de forma independente. Constatou-se preservação na maioria dos domínios da qualidade de vida, à exceção dos Aspectos Físicos, segundo a SF-36. O comprometimento no domínio Aspecto Físico pode estar associado às implicações inerentes ao próprio TCTH. Esses resultados merecem uma atenção especial por parte da equipe de profissionais no planejamento de estratégias de intervenções, considerando a singularidade de cada paciente e os efeitos do TCTH em sua qualidade de vida.

*Palavras chave:* transplante de medula óssea, qualidade de vida, funcionalidade

---

## **HEMATOPOIETIC STEM-CELL TRANSPLANTATION AND QUALITY OF LIFE AFTER HOSPITAL DISCHARGE**

**ABSTRACT:** This research aimed to analyze the quality of life of patients submitted to Hematopoietic Stem-Cell Transplantation (HSCT). The sample consisted of 12 patients submitted to HSCT within a maximum period of 100 days preceding the research, in an average of 96 days. The quality of life scale SF-36 and the specific Bone Marrow Transplantation functionality scale (FACT-BMT) were used. The procedure of analysis was started by listing/coding and data classification made by two judges, psychologists with expertise in psychological assessment, independently. On the SF-36, it was found that most quality of life domains were preserved, except for Physical Aspects. The commitment of the Physical Aspect domain may be associated with the implications inherent in the HSCT itself. Professional teams should pay special attention to these results when planning intervention strategies, considering patients' singularity and the effects of HSCT on their quality of life.

*Keywords:* bone marrow transplantation, quality of life, functionality

---

Recebido em 10 de Maio de 2010/ Aceite em 4 de Março de 2011

O Transplante de Células-tronco Hematopoéticas (TCTH), mais conhecido como Transplante de Medula Óssea (TMO), tem sido utilizado em vários tratamentos como terapia alternativa, quando as convencionais não oferecem prognóstico satisfatório. Trata-se de um procedimento eficaz em casos de doenças hematológicas, como falências medulares, desordens adquiridas, doenças auto-imunes e alterações hematológicas, e em vários tipos de neoplasias como: leucemias, linfomas e tumores sólidos (Thomas, 2000).

O *modus operandi* do TCTH consiste, basicamente, em destruir a medula doente e transferir células progenitoras normais para o indivíduo enfermo. Essa transferência visa reconstituir todo o sistema hematopoético. Assim, a medula implantada passará a assumir a produção das células sanguíneas e estará envolvida também com a destruição citotóxica de células doentes, remanescentes, do receptor. Após o sucesso do transplante, a hematopoese torna-se subordinada ao novo enxerto (Thomas, 2000).

Segundo Riul (1995), o TCTH divide-se em cinco momentos: a preparação pré-transplante, caracterizado pelo período pré-admissional, no qual é feita avaliação médica e admissão do paciente em isolamento protetor na enfermaria; regime de condicionamento, quando o paciente recebe quimioterapia em dose maciça; aspiração, processamento e infusão de medula óssea, sendo a infusão feita na própria Unidade; enxertamento da medula óssea, momento marcado pela pega da medula; e alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial, que ocorre quando o enxertamento é considerado bem-sucedido, ou seja, quando não ocorrem complicações decorrentes do transplante.

Embora o TCTH seja considerado uma terapia para salvar vidas, também traz sérios riscos para o paciente em decorrência de seus efeitos adversos, que podem variar desde a perda da integridade física até a morte. Portanto, trata-se, ao mesmo tempo, de um tratamento salvador e ameaçador (Copper & Powell, 1998; Contel et al., 2000; Oliveira, Mastropietro, Santos, & Voltarelli, 2007).

Segundo Andrykowski (1994), o TCTH é um procedimento agressivo que submete o paciente a estressores físicos e psicológicos, como: mudanças bruscas no quadro de saúde, prolongada hospitalização, frequentes procedimentos invasivos, efeitos colaterais do tratamento, extrema dependência da equipe, risco de infecções e possibilidade de morte.

Devido a essas intensas demandas físicas e emocionais associadas ao TCTH, a qualidade de vida dos pacientes submetidos a esse procedimento poderá sofrer seus efeitos psicossociais, tais como: baixa autoestima, disfunção sexual, dificuldades nas interações sociais e relacionamento interpessoal, desemprego, limitações quanto às atividades recreativas, distúrbios alimentares, transtornos de adaptação, perda da motivação, medo de morrer, desorientação, sentimento de tédio, transtornos depressivos, irritabilidade, dificuldade de concentração (Oliveira, Santos, Mastropietro, & Voltarelli, 2009).

Nos últimos anos, a qualidade de vida tem sido estudada em diferentes contextos de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947), saúde é definida como estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença (Mackeigan & Pathak, 1992). Essa definição conceitual admite que a doença não afeta somente a dimensão física, mas também repercute sobre o estado psicológico do indivíduo e impacta seu nível de independência e suas relações sociais, dimensões que extrapolam o objeto da saúde da medicina tradicional (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993; Orley & Kuyken, 1994).

De acordo com os especialistas em qualidade de vida da OMS, três características consensuais compõem esse construto: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. A

subjetividade está relacionada à maneira como o indivíduo percebe seus estados físicos, cognitivos e afetivos, suas relações interpessoais e os papéis sociais que desempenha em sua vida. O constructo multidimensionalidade inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social, sempre na direção da subjetividade. E, por último, a bipolaridade refere-se às dimensões positivas – como desempenho de papéis sociais, mobilidade, autonomia – e às dimensões negativas, como dor, fadiga e dependência, enfatizando as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões (OMS, 1994).

A Qualidade de Vida, se adequadamente mensurada, permite avaliar o efeito das intervenções terapêuticas, possibilitando inclusive o repensar de algumas modalidades de tratamento tendo-se em vista a estimativa dos efeitos a médio e longo prazo na vida do paciente (Orley, Saxena, & Herman, 2001). Nos últimos anos, tem sido dada atenção crescente aos aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes oncológicos, como os submetidos ao TCTH, em decorrência da elevação crescente do índice de sobrevida proporcionado pelo aprimoramento tecnológico dos procedimentos médicos (Oliveira et al., 2009).

Recentemente, tem sido valorizada uma faceta da qualidade de vida, denominada Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que pode ser definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamento e organização política e econômica do sistema assistencial (Auquier, Simeone, & Mendizabal, 1997). Trata-se de um conceito multidimensional, que abrange a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, dentro do contexto cultural e do sistema de valores nos quais ele está inserido, relacionado aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck et al. 1999). Ferrel, Grant e Schmidt (1992) descreveram os aspectos relacionados ao conceito de qualidade de vida afetados pelo TCTH: 1) *bem-estar físico*, que inclui sintomas físicos e habilidade funcional: fadiga, mucosite, dor na boca, náusea, problemas de sono, mudanças no apetite, mudanças na visão, ruídos no ouvido e problemas de fertilidade; 2) *bem-estar psicológico*, que reflete os aspectos emocionais da doença e pode incluir perspectivas positivas ou negativas: ansiedade, medo, depressão, mudanças na cognição, mudanças de prioridades e medo de recaída; 3) *bem-estar social*, que contempla o papel do paciente na família e sociedade: preocupações com responsabilidade financeira, relacionamentos, desempenho de papéis, afecção, função sexual, aparência, e retorno ao trabalho e ao estudo; 4) *bem-estar espiritual*, que inclui aspectos religiosos e preocupações existenciais: esperança, perspectiva de vida, incerteza, paz interna e religiosidade.

De acordo com a literatura consultada, imediatamente após o TCTH os pacientes sofrem uma depreciação nos domínios de sua qualidade de vida, em especial nos aspectos físicos, com perda de apetite, cansaço, dor, falta de ar, náusea e vômito, sendo esses sintomas bastante prevalentes nesse período (Andorsky, Loberiza & Lee, 2006; Hoodin, Uberti, Lynch, Stelle & Ratabatharathorn, 2006).

Sutherland (1997) comparou as condições de vida dos sobreviventes do TCTH com as da população normal. Avaliou 251 pacientes submetidos ao TCTH, utilizando as escalas *Medical Outcomes Survey - Short Form 36* (MOS SF-36), *Satisfaction with Life Domains Scale - Bone Marrow Transplantation* (SLDS-BMT) e um *checklist* de sintomas. O estudo concluiu que existem muitos fatores de qualidade de vida que aparecem depreciados nos pacientes submetidos ao TCTH, sendo que essas limitações tendem a diminuir com o decorrer dos anos de sobrevida após o TCTH.

Nesse cenário, tem sido observado um interesse crescente, também no âmbito brasileiro, de investigar a qualidade de vida de pacientes submetidos ao TCTH (Almeida, Loureiro & Voltarelli, 1998; Torrano-Masetti, Oliveira & Santos, 2000; Souza et al., 2002, Oliveira et al., 2009). Esse interesse é permeado pela preocupação com a adaptação dos pacientes fora do hospital, especialmente com a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, á medida que o sucesso crescente da terapêutica tem promovido maior tempo de sobrevida (Costa & Franco, 2005; Drumond-Santana, Costa, Zenóbio & Soares, 2007; Lopes et al., 2007; Mastropietro et al., 2009).

Apesar desse crescente interesse, no Brasil, ainda são escassas as investigações científicas sobre os aspectos psicológicos experimentados pelos pacientes submetidos ao TCTH, apesar do índice cada vez mais elevado de sobrevida dos portadores de doenças hematológicas e da angústia que vivenciam para decidirem pela realização ou não do procedimento, que implica riscos significativos, proporcionais ao seu potencial benefício (Álvares, Bach & Campos, 2003; Oliveira & Santos, 2009).

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar diferentes aspectos da qualidade de vida de pacientes submetidos ao TCTH, imediatamente após a sua realização. Espera-se compreender melhor as implicações psicossociais imediatas dessa terapêutica, para que estratégias de intervenções sejam planejadas pela equipe multiprofissional.

## MÉTODO

O presente estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa clínica, descritiva e transversal, com enfoque quantitativo.

### *Participantes*

Foi selecionada uma amostra consecutiva, vinculados ao serviço de uma Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) de um hospital público do interior de São Paulo, que aceitaram participar deste estudo.

Os critérios de seleção utilizados foram: ter sido submetido ao TCTH há no máximo 100 dias (pós-TCTH imediato); ter idade superior ou igual a 18 anos; apresentar condições e disponibilidade para colaborar voluntariamente com a pesquisa, formalizando sua concordância por meio do Termo de Consentimento e estar preservado do ponto de vista das habilidades cognitivas. Os critérios de exclusão foram: acentuada deterioração do estado geral de saúde e sequelas graves nas funções cognitivas.

Dos 14 pacientes contactados, 12 aceitaram participar da pesquisa. Todos estavam recém-transplantados, tendo em média 96 dias pós-TMO, com desvio padrão de 2,24. O menor tempo pós-TMO foi 93 dias e o maior 100 dias.

O Quadro 1 apresenta uma caracterização dos voluntários que participaram da investigação, segundo o perfil sociodemográfico.

## Quadro 1

Distribuição numérica e percentual dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco. de acordo com as características sociodemográficas e clínicas ( $n=12$ ).

Variáveis sociodemográficas e clínicas	N	%
Sexo		
Masculino	7	58.3
Feminino	5	41.7
Faixa etária (anos)		
19-28	6	50.0
29-42	6	50.0
Estado conjugal		
Com companheiro(a)	10	83.2
Sem companheiro(a)	2	16.7
Escolaridade (anos)		
1 a 4	4	33.3
5 a 11	5	41.7
$\geq 12$	3	25.0
Ocupação		
Sem esforço físico e exposição a agentes nocivos à saúde	7	58.3
Com esforço físico e exposição a agentes nocivos à saúde	5	42.7
Renda familiar (salários mínimos)		
<3	4	33.3
3 a 5	6	50.0
>5	2	16.7
Diagnóstico		
Leucemia	7	58.3
Outras neoplasias	4	33.3
Não neoplásico	1	8.4

*Material*

SF-36 - A Escala Genérica de Qualidade de Vida - Medical Outcomes Short-Form Health Survey (MOS SF-36) é um instrumento de avaliação genérica da saúde, multidimensional, de fácil administração e compreensão. A SF-36 foi originalmente elaborada na língua inglesa. Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999) traduziram e adaptaram o instrumento para a língua portuguesa, sendo que apenas duas questões da escala original foram modificadas. Além disso, confirmaram suas propriedades de medida, como reprodutibilidade e validade preditiva. É constituída por itens que podem ser classificados em dois grandes componentes: Componente físico, composto por: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e o Componente mental, formado por: aspectos sociais, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental.

Convém ressaltar que a escala oferece uma estimativa da satisfação subjetiva em diferentes domínios da QVRS. Na literatura específica sobre o TCTH, encontram-se vários estudos que utilizaram esse instrumento, entre eles: Hann, Jacobsen, Martin, Kronish e Azarello (1997), Shuterland et al. (1997), Silva (2000), Berlim e Fleck (2003), Mastropietro et al. (2007), Oliveira-Cardoso et al. (2009). A consistência interna desse instrumento variou do valor mínimo para o alfa de Cronbach igual a 0,68 e máximo igual a 0,95 (Silqueira, 2005).

A avaliação da SF-36 seguiu as instruções de Ciconelli et al (1999). Após a aplicação, foi atribuído um escore para cada questão, que, posteriormente, foi transformado em escala de 0 a

100. Quanto mais próximo do escore 100, mais preservado encontra-se aquele domínio. Portanto, cada aspecto é analisado separadamente, não existindo um valor geral.

FACT-BMT- A escala de Avaliação Funcional da Terapia de Câncer – Transplante de Medula Óssea (Funcional Assessment Câncer Therapy – Bone-Marrow Transplantation - FACT-BMT) é uma escala de funcionalidade específica para avaliar aspectos referentes à realidade vivenciada pelo paciente com câncer. É subdividida em cinco subescalas, que abarcam todos os aspectos envolvidos no conceito de qualidade de vida: bem-estar físico, bem-estar sócio-familiar, relação com o médico, bem-estar emocional e bem-estar funcional (McQuellon et al., 1997).

Essa escala, na sua terceira versão, ficou composta por seis domínios (McQuellon et al., 1997): Bem-estar físico, Bem-estar social-familiar, Relacionamento com o médico, Bem-estar emocional, Bem-estar funcional e Preocupações adicionais.

Nos últimos anos, a FACT-BMT tem sido utilizada por vários estudiosos com o intuito de mensurar os aspectos funcionais dos pacientes submetidos ao TCTH nas dimensões sociais, emocionais, físicas e familiares (Cella et al., 1993; McQuellon, Craven & Russel, 1996; McQuellon et al., 1997; McQuellon et al., 1998; Kemmler et al., 1999; Kopp et al., 2000; Bonomi, Patrick, Bushnell e Martin, 2000; Mastropietro et al., 2007). No Brasil, os pesquisadores que utilizaram tal escala salientaram que é adequada para investigar o funcionamento do cotidiano do paciente, conforme sua percepção e seus valores frente a essa modalidade de tratamento.

Em um estudo de validação para a língua portuguesa, os autores referem que o questionário manteve as características descritas para o instrumento original quanto à consistência interna (alfa de Cronbach igual a 0,88), confiabilidade e sensibilidade, podendo, assim, ser utilizada na prática clínica e em pesquisas (Mastropietro et al., 2007).

#### *Procedimentos*

Cuidados éticos - O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº 7675/2006). Foram adotados os procedimentos éticos de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde, 1996).

A coleta de dados foi realizada com todos os pacientes que realizaram o TCTH no ano de 2007 e no primeiro semestre de 2008, que sobreviveram à terapêutica e que concordaram em colaborar com a pesquisa.

Os instrumentos foram aplicados no período de até 100 dias após a realização, período referente ao pós-TCTH imediato, em que o paciente já recebeu alta da enfermagem, porém precisa fazer retornos diários ao hospital.

Todo o processo de coleta de dados foi realizado, dentro das possibilidades, em um ambiente preservado, livre de interferências externas, para melhor execução da tarefa, resguardando-se os princípios de conforto e privacidade. Os instrumentos foram aplicados em uma sessão, com duração aproximada de quarenta minutos.

O procedimento de análise dos resultados foi iniciado pela cotação/codificação e classificação dos dados feitos por dois juízes, psicólogos com experiência em avaliação psicológica, de forma independente. Os protocolos das técnicas (SF-36, FACT-BMT) foram cotados segundo as recomendações específicas disponíveis para cada uma delas.

A avaliação do SF-36 seguiu as instruções de Ciconelli (1997), sendo que após a aplicação foi dado um escore para cada questão, que posteriormente foi transformado numa escala de 0-100. Quanto mais próximo do escore 100, mais preservado encontra-se aquele aspecto. Por outro lado, quanto mais próximo de 0, mais comprometido encontra-se o aspecto no paciente. Portanto cada aspecto é analisado separadamente, não existindo um valor geral.

O FACT-BMT é pontuado pelos seus domínios, pela soma dos escores de suas questões. O formato *Likert* das respostas permite escores de zero a quatro para cada questão, sendo considerado o escore reverso para as questões construídas de forma negativa. O escore final do FACT-BMT varia de zero a 164. (Mastropietro e cols, 2007).

Depois de cotados, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com medidas de frequência, dispersão e medida central, utilizando o programa SPSS, versão 13.0.

## RESULTADOS

Como pode ser visualizado no quadro 2, que apresenta os escores médios de QVRS obtidos nas fases pós-TCTH pela SF-36, a análise dos dados evidenciou uma preservação da maioria dos domínios da qualidade de vida, com exceção dos aspectos físicos, o que significa que, as limitações físicas decorrentes da terapêutica desempenham um papel importante na dificuldade que esses pacientes encontram para realização de trabalho e atividades diárias.

O aspecto mais preservado é a Saúde Mental, no qual são avaliados sentimentos relativos à depressão, ansiedade, descontrole emocional, alteração do comportamento e sua persistência durante o tempo.

### Quadro 2

Distribuição dos escores médios dos domínios da SF-36 no momento pós-TCTH ( $n=12$ ).

Componentes	$M \pm DP$
Aspectos Emocionais	49.9 $\pm$ 48.18
Saúde Mental	81.6 $\pm$ 17.43
Vitalidade	63.3 $\pm$ 23.77
Aspectos Sociais	62.5 $\pm$ 29.71
Dor (ausência)	64.4 $\pm$ 19.2
Aspectos Físicos	16.6 $\pm$ 22.2
Estado Geral de Saúde	67.2 $\pm$ 17.8
Capacidade Funcional	46.6 $\pm$ 19.2

O quadro 3 mostra os resultados obtidos na qualidade de vida, avaliada pela FACT-BMT. A análise dos dados evidenciou uma preservação de todos os aspectos avaliados, com destaque para Relacionamento com o médico, Bem-estar emocional e Bem-estar social/familiar. O aspecto que encontra com menor preservação é o Bem-estar funcional, que é um componente relativo à capacidade de realizar atividades em casa e relacionadas a lazer, bem como a satisfação com a condição de vida atual.

### Quadro 3

Distribuição dos escores médios dos domínios da FACT-BMT no momento pós-TCTH . 2008.

Componentes	<i>M ± DP</i>
Físico	74.1± 15.14
Sócio-familiar	79.0± 12.67
Relacionamento Médico	85.4± 11.7
Emocional	81.2± 22.3
Funcional	63.0± 11.85
Preocupações adicionais	66.6± 10.91

## DISCUSSÃO

Na avaliação com a SF-36, no momento de saída da enfermaria, cerca de 30 dias após o transplante, a QVRS aparece preservada, com exceção dos Aspectos Físicos ( $M=16,6 \pm 22,20$ ), o que pode ser um reflexo das limitações físicas decorrentes da terapêutica, que comprometem a realização de trabalho e atividades diárias. É pertinente lembrar que o paciente, recentemente, estava confinado no isolamento protetor da enfermaria e vivenciou o efeito tóxico da administração de altas doses de quimioterapia, as inúmeras implicações do tratamento em seu nível de autonomia pessoal e a possibilidade muito palpável de complicações decorrentes do próprio procedimento (Oliveira-Cardoso et al., 2009). Cabe destacar que o Componente Físico da FACT-BMT, específica para TCTH, não aparece rebaixado, o que pode ser compreendido que considerando a realidade de pacientes que foram submetidos ao TCTH o Aspecto Físico não apresenta um grande prejuízo.

O comprometimento de alguns aspectos no pós-TCTH imediato é dado esperado pela literatura (Meyers, Weitzner, Byrne, Valentine, Champlin & Przepiorka, 1994; Leigh, Wilson, Burns & Clark, 1995; Grassi, Rosti, Albertazzi & Marangolo, 1996; Broers et al., 2000; Kiss et al., 2002; Oliveira, 2005; Oliveira-Cardoso et al., 2009).

A experiência altamente invasiva do TCTH resulta em alterações físicas, fisiológicas, mobilizações emocionais, funcionais, sociais, familiares e espirituais (Doró & Pasquini, 2000). Com relação ao pós-TCTH imediato, Steeves (1992) acrescenta que se trata de um período de renegociação da posição social e de uma tentativa de elaborar experiências ainda não compreendidas e elaboradas.

Em relação aos aspectos mais preservados, apareceram Saúde Mental, Estado Geral da Saúde, Dor e Vitalidade. Merece ênfase o dado de Saúde Mental ser um aspecto bastante preservado, sendo que, nesse aspecto, são avaliados sentimentos relativos à depressão, ansiedade, descontrole emocional, alteração do comportamento e sua persistência durante o tempo. A preservação da saúde mental no pós-TCTH foi um achado corroborado pela investigação de Oliveira-Cardoso et al. (2009).

Isso revela que, apesar de o TCTH ser uma experiência estressante, com limitações e restrições, os participantes deste estudo demonstraram ser capazes de lidar com os desafios próprios do momento imediatamente posterior ao transplante, que exige adaptação a estressores específicos. Além disso, estão conseguindo superar as conseqüências negativas desse procedimento.

De acordo com a literatura (Litwins, Rodrigue e Weiner, 1994; Somerfield, Curbow, Wingard, Baker e Fogart, 1996) após o TCTH os pacientes tendem a optar por estratégias de



enfrentamento adaptativas para lidar com as repercussões do tratamento, a ter um bom reajustamento psicossocial e a apresentar níveis de qualidade de vida semelhantes ao de indivíduos submetidos a modalidades terapêuticas mais convencionais e comparativamente menos ameaçadoras, como a quimioterapia.

Esses resultados merecem uma atenção especial por parte da equipe de profissionais, uma vez que se corre o risco, em função das exigências e implicações do próprio tratamento, de manter a rotina do paciente reduzida aos inúmeros e repetitivos cuidados com a saúde, que se fazem necessários imediatamente após a saída da enfermaria. O perigo é forçar a instauração mecânica de hábitos que preencham a rotina de forma quase automática, com prejuízo para sua capacidade funcional, espontaneidade e prazer com a vida (Mastropietro et al., 2009).

Nesse contexto, é muito fácil recair em um modo de viver estereotipado, no qual as necessidades subjetivas desses pacientes podem assumir uma dimensão empobrecida, restringindo-se a conseguir reproduzir minimamente as exigências para a manutenção do corpo biológico. Como auxiliá-los a superar essa perspectiva que esmaga a subjetividade e estreita os horizontes existenciais representa um desafio para os profissionais que se ocupam com o cuidado dos aspectos da saúde mental desses pacientes.

Um dos maiores desafios dos profissionais que trabalham com essa população é favorecer um espaço no qual cada um consiga encontrar seu caminho, perceber suas habilidades e descobrir outras alternativas, de forma ativa e criativa. É preciso auxiliar o paciente a examinar a realidade, mas sem esquecer de entrar em contato com seus desejos e necessidades, tentando adequá-las ao possível de suas capacidades. Desse modo, o profissional precisa ter flexibilidade, permitindo-se romper com o esperado e programado, sem perder-se no vazio da dúvida (Anders & Lima, 2003).

É desse contexto firme e flexível ao mesmo tempo que o paciente necessita para reconstruir seu cotidiano, após vivenciar uma situação-limite em que boa parte de sua espontaneidade ficou embotada pela imposição esmagadora e onipresente de uma rotina automatizada (Mastropietro et al., 2009).

O trabalho dos profissionais de saúde mental que compõem a equipe deve considerar a singularidade de cada paciente e os efeitos do TCTH em sua QVRS. Estratégias de apoio psicológico podem contribuir para atenuar o impacto desencadeado pelas situações de ameaças e sofrimento, valorizando os recursos e potencializando-os para um processo de enfrentamento mais efetivo.

É preciso mencionar os limites do presente estudo, como a casuística. Finalmente, com base nos resultados analisados, pode-se concluir que melhorar a qualidade de vida e a adaptação dos pacientes à realidade do TCTH deve se constituir em um importante foco de intervenção e assistência no decurso do tratamento. Considera-se que essa deveria ser uma preocupação imperiosa da equipe responsável pelo transplante a curto, médio e longo prazo, ao lado da atenção dada à recuperação hematopoética pós-transplante. Além disso, são necessários novos estudos, com uma casuística ampliada e delineamentos mais sofisticados de pesquisa, para assegurar o enriquecimento do conhecimento produzido nessa área e garantir melhores condições de assistência e acompanhamento dos pacientes submetidos ao TCTH.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, A. C.; Loureiro, S. R., & Voltarelli, J. C. (1998). O ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 31(2), 296-304.
- Álvares, M., Bach, C., & Campos, E. M. P. (2003). Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(2), 23-36.
- Anders, J. C., & Lima, R. A. G. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 866-874.
- Andorsky, D. J.; Loberiza, F. R., & Lee, S. J. (2006). Pre-transplantation physical and mental functioning is strongly associated with self-reported recovery from stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 31(1), 889-895.
- Andrykowski, M. A. (1994). Psychiatric and psychosocial aspects of bone marrow transplantation. *Psychosomatics*, 35(1), 13-24.
- Auquier, P.; Simeone, M.C., & Mendizabal, H. (1997). Approches théoriques méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*, 33(1), 77-86.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. P. A. (2003). Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatric. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(41), 249-252.
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States’ version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1-12.
- Brasil Ministério da Saúde (1996). *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos*. Brasília: Conselho Nacional da Saúde.
- Broers, S., Kaptein, A., Cessie, S., Fibbe, W., & Hengeveld, M. W. (2000). Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 11-21.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, S. B., Yellen, P., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-9.
- Ciconelli, R. M.; Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida da SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-50.
- Cooper, M. C., & Powell, G. (1998). Technology and care in bone marrow transplantation unit: creating and assuaging vulnerability. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 57-62.
- Contel, J. O. B., Sponholz Jr., A., Torrano-Masetti, L. M., Almeida, A. C., Oliveira, E. A., Jesus, J. S., Santos, M. A., Loureiro, S. R., & Voltarelli, J.C.. (2000). Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 33(1), 294-231.
- Costa, P. C. A., & Franco, L. J. (2005). Introdução da sacarose no plano alimentar de portadores de diabetes mellitus tipo 1: sua influência no controle glicêmico. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 49(3), 403-409.
- Doró, M. P., & Pasquini, R. (2000). Transplante de Medula Óssea: uma confluência biopsicossocial. *Interação*, 4(1), 39-60.

- Drumond-Santana, T., Costa, F. O., Zenóbio, E.G., Soares, R. V., & Drumond-Santana, T. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 637-44.
- Ferrell, B., Grant, M., & Schmidt, G. M. (1992). The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors. Part 1: The impact of bone marrow transplant on quality of life. *Cancer Nursing*, 5(3), 153-60.
- Ferreira, AP. (2001). A residência hospitalar como modalidade de especialização em psicologia clínica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 2-9.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 21-8.
- Grassi, L., Rosti, G., Albertazzi, L., & Marangolo, M. (1996). Psychological stress symptoms before and after autologous bone marrow transplantation patients with solid tumors. *Bone Marrow Transplantation*, 17(1), 842-847.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(1), 622-629.
- Hann, D. M., Jacobsen, P. B., Martin, S. C., Kronish, L. E., & Azzarello, L. M. (1997). Quality of life following bone marrow transplantation for breast comparative study. *Bone Marrow Transplantation*, 19(3), 257-264.
- Hoodin, F., Uberti, J. P., Lynch, T. J., Stelle, P., & Ratabatharathorn, V. (2006). Do negative or positive emotions differentially impact mortality after adult stem cell transplant? *Bone Marrow Transplantation*, 38(1), 255-64.
- Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M., Dünser, M., Margreiter, R., Greil, R., & Sperner-Unterweger, B. (1999). Comparison of two quality of life instruments for cancer patients: The Functional Assessment of Cancer Therapy- General and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- C30. *Journal of Clinical Oncology*, 17(9), 232-40.
- Kiss, T. L., Abdollel, M., Jamal, N., Minden, M.D., Lipton, J. H., & Messner, H. A. (2002). Long-term medical outcomes and quality of life assessment of patients with chronic myeloid leukemia followed at least 10 years after allogeneic bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 20(9), 2334-2343.
- Kopp, M., Schweigkofler, H., Holzner, B., Nachbaur, D., Niederwieser, D., Fleischhacker, W. W., Kemmler, G., Sperner-Unterweger, B. (2000). EORTC QLQ-C30 and FACT-BMT for the measurement of quality of life in bone marrow transplant recipients: a comparison. *European Journal of Haematology*, 65(2), 97-103.
- Leiggh, S., Wilson, K. C. M., Burns, R., & Clark, R. E. (1995). Psychological morbidity in bone marrow transplantation recipients: a prospective study. *Bone Marrow Transplantation*, 16(1), 635-640.
- Litwins, N. M., Rodrigue, J. R., & Weiner, R. S. (1994) Quality of life in adult recipients of bone marrow transplantation. *Psychological Reports*, 75(1), 323-328.
- Lopes, G. B., Martins, M. T. S., Matos, C. M., Amorim, J. L., Leite, E. B., Miranda, E. A. & Lopes, A. A. (2007) Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(6), 506-509.
- Mackeigan, L. D., & Pathak, D. S. (1992) *Overview of health-related quality of life measures*. *American Journal of Hospital Pharmacology*, 49(1), 2236-2245.

- Mastropietro, A. P., Oliveira, E. A., Santos, M., & Voltarelli, J. C. (2007) Functional assessment of cancer therapy bone marrow transplantation: Portuguese translation and validation. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 260-268
- Mastropietro, A. P.; Cardoso-Oliveira, E. A.; Santos, M. A. & Voltarelli, J. C. (2009). Terapia Ocupacional (pp. 337-346). n: L. Machado, V.O .Camandoni, K.P.H. Leal & E. L.M. Moscatello (Orgs.), *Transplante de Medula Óssea: Abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Lemar.
- Mcquellon, R. P., Craven, B., & Russel, G. B. (1996). Quality of life in breast cancer patients before and after autologous bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 18(3), 579-84.
- Mcquellon, R. P., Russell, G. B., Cella, D. F., Craven, B. L., Brady, M., Bonomi, A., & Hurd, D. D. (1997) Quality of life measurement in bone marrow transplantation: development of Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplant (FACT-BMT) scale. *Bone Marrow Transplantation*, 19(4), 357-68.
- Mcquellon, R. P., Russell, G. B., Rambo, T. D., Craven, B. L., Radford, J., Perry, J. J., Cruz, J., & Hurd, D. D. (1998) Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the 'time trajectory's recovery over the first year: retrieved the following items. *Bone Marrow Transplantation*, 21(5), 477-486.
- Meyers, C. A., Weitzner, M., Byrne, K., Valentine, A., Champlin, R. E., & Przepiorka, D. (1994) Evaluation of the neurobehavioral functioning of patients before, during and after bone marrow transplantation. *Journal Clinical Oncology*, 12(1), 820-826.
- Organización Mundial de la Salud. (1947). *Construction in basic documents*. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneve: WHO (MNH/PSF/94.1).
- Orley, J., & Kuyken, W. (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.
- Orley, J., Saxena, S., & Herman, H. (2001). Quality of life in mental illness: reflection form the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, 172(1), 291-293.
- Oliveira, E. A., Mastropietro, A. P., Santos, M. A., & Voltarelli, J. C. (2007). Repercussões psicológicas do transplante de medula óssea no doador relacionado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 430-45.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2009). Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. Em: S. R. Pasian, G. Romanelli, M. V. Cunha (Orgs.), *Investigação científica em Psicologia: aplicações atuais em saúde* (pp. 155-182). São Paulo: Vetor.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2009). Qualidade de vida pós-TMO (pp.157-174). In: L. Machado, V. O .Camandoni, K. P. H. Leal, & E. L. M Moscatello (Orgs.), *Transplante de Medula Óssea: Abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Lemar.
- Riul, S. (1995). Contribuição à organização de serviços de transplante de medula óssea e a atuação do enfermeiro. *Dissertação de Mestrado*, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Silva, L. M. G. (2000). Qualidade de vida e transplante de medula óssea em neoplasias hematológicas. *Dissertação de Mestrado*, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Silqueira, S. M.F. (2005). O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos. *Tese de Doutorado*, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Somerfield, M. R., Curbow, B., Wingard, J. R., Baker, F., & Fogart, L. A. (1996). Coping with the physical and psychosocial sequelae of bone marrow transplantation among long-term survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(2),163-84.
- Souza, C. A., Durães, M. I. C, Vigorito, A. C., Aranha, F. J. P., Oliveira, K. A., Brito, E. I. D, Zulli, R., Cristina, E., Miranda, M., & Botega, N. J. (2002). Quality of life in patients randomized to receive a bone marrow or a peripheral blood allograft. *Haematologica*, 87(1), 1281-1285.
- Steeves, R. H. (1992). Patients who have undergone bone marrow transplantation: their quest for meaning. *Oncology Nursing Forum*, 19(1), 899-905.
- Sutherland, H. J., Fyles, G. M., Adams, G., Lipton, J. H., Minden, M. D., & Mehardchand, J. (1997) Quality of life measurement in bone marrow transplantation: development of the Functional Assessment of Cancer Therapy - Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT). *Bone Marrow Transplantation*, 19(4), 357-368.
- Thomas, E. D. (2000). Bone marrow transplantation: A historical review. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 33(1), 209-218.
- Torrano-Masseti, L. M., Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2000) Caracterização do serviço de psicologia em uma unidade de transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*,33(1), 161-169.