



## Qualidade de vida de pacientes pós-transplante de células-tronco hematopoéticas com doença do enxerto-hospedeiro\*

Quality of life of patients with graft-versus-host disease (GvHD) post-hematopoietic stem cell transplantation

Calidad de vida de pacientes post trasplante de células madre hematopoyéticas con enfermedad del injerto contra huésped

Sibéli de Fátima Ferraz Simão Proença<sup>1</sup>, Celina Mattos Machado<sup>1</sup>, Raquel de Castro Figueiredo Pereira Coelho<sup>1</sup>, Leila Maria Mansano Sarquis<sup>2</sup>, Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães<sup>3</sup>, Luciana Puchalski Kalinke<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Proença SFFS, Machado CM, Coelho RCFP, Sarquis LMM, Guimarães PRB, Kalinke LP. Quality of life of patients with graft-versus-host disease (GvHD) post-hematopoietic stem cell transplantation. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(16):951-958. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700011>

\*Extraído da dissertação “Qualidade de vida nos 100 dias do transplante de células-tronco hematopoéticas”, Universidade Federal do Paraná, 2015.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná, Complexo Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná, Departamento de Estatística, Curitiba, PR, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Assessing the quality of life of adult patients with hematological cancer in the 100 days after transplantation of hematopoietic stem cells and verifying whether the variable graft-versus-host disease (GvHD) is predictive of worse results. **Method:** An observational correlational and quantitative study with 36 adult participants diagnosed with hematologic cancer who underwent hematopoietic stem cell transplantation from September 2013 to June 2015. **Result:** The mean age was 37 years, 52.78% were female, and 61.11% were diagnosed with leukemia. Quality of life scores showed a significant impact between pre-transplantation and pre-hospital discharge, and also within the 100 days post-transplantation. The statistical analysis between the scores for the groups with and without GvHD showed a significant difference between the presence of the complication and worse results. **Conclusion:** Quality of life is altered as a result of hematopoietic stem cells transplantation, especially in patients who have graft-versus-host disease.

### DESCRIPTORS

Quality of Life; Hematopoietic Stem Cell Transplantation; Graft vs Host Disease; Oncology Nursing.

### Autor correspondente:

Luciana Puchalski Kalinke  
Av. Prefeito Lothario Meissner, 632,  
Bloco Didático II – Jardim Botânico  
CEP 80210-170 – Curitiba, PR, Brasil  
[lucianakalinke@yahoo.com.br](mailto:lucianakalinke@yahoo.com.br)

Recebido: 18/03/2016

Aprovado: 07/11/2016

## INTRODUÇÃO

O quantitativo de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) aumentou progressivamente nos últimos anos e vem beneficiando os pacientes com câncer hematológico<sup>(1)</sup>. No Brasil foram realizados 1.239 transplantes em 2004, já em 2014 este quantitativo foi de 2.013, destes, 371 na região sul do país<sup>(2)</sup>. Todavia, esta terapia apresenta complicações, como a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), que impactam na qualidade de vida (QV), interfere em aspectos biológicos, psicológicos, sociais e cognitivos do paciente e de sua família. Assim, é importante que profissionais de saúde avaliem a QV do paciente para que possam auxiliá-lo a compreender e superar o que ocorre durante e após o transplante<sup>(3-4)</sup>.

As ocorrências durante o TCTH variam de acordo com as etapas, as quais são didaticamente divididas de forma que considerem, além da sintomatologia, os riscos aos quais os pacientes ficam expostos. O condicionamento é o período imediatamente anterior ao TCTH, caracterizado pela infusão de altas doses de agentes citotóxicos com o objetivo erradicar a doença de base, induzir a imunossupressão para reduzir a rejeição do enxerto, que é mediada por células do hospedeiro<sup>(5)</sup>.

O pós-transplante imediato e tardio é o período em que o enfermeiro atua frente ao maior número de alterações físicas, emocionais e sociais decorrentes do itinerário terapêutico, mudanças nos papéis individuais e isolamento social. O momento pós-transplante em torno dos 100 dias representa um marco na trajetória do tratamento, pois corresponde ao fim do período crítico, e a uma etapa em que ocorre grande parte das complicações com potencial letal.

Entre as complicações que incidem no paciente após o TCTH, podemos destacar as consequências dos efeitos tóxicos da quimioterapia em altas doses, como mucosite, diarreia e vômito, bem como as relacionadas com as comorbidades preexistentes. O sucesso do tratamento dessas complicações é influenciado por características de cada paciente, como o número de transfusões prévias e a suscetibilidade a infecções ocasionada pelo período de pancitopenia pós-condicionamento<sup>(6)</sup>.

A equipe de enfermagem tem importante papel na inserção de práticas para prevenção, detecção e gerenciamento precoce das complicações que seguem o TCTH<sup>(7)</sup>, e entre essas está a DECH.

A DECH surge quando os linfócitos do doador reconhecem o hospedeiro como estranho e iniciam um processo imunológico de ataque às células do receptor<sup>(8)</sup>, está relacionada com a lesão tissular epitelial ocasionada muitas vezes pelo regime de condicionamento, que leva à secreção de citocinas inflamatórias, culminando na infiltração das células imunitárias efetoras do doador atacando as células do receptor<sup>(9)</sup>.

Essa complicação predispõe a altas taxas de morbidade, limitam a sobrevida e ocasionam piora na QV, que pode ocorrer desde os primeiros dias que precedem a pega medular até meses após o TCTH<sup>(10)</sup>.

Os diagnósticos diferenciam a doença nas amplas categorias aguda e crônica pela pontuação das manifestações clínicas nos órgãos afetados, e as subcategorias descrevem a severidade da doença, bem como as indicações de tratamento<sup>(11)</sup>.

A DECH aguda é caracterizada por componentes inflamatórios<sup>(5)</sup>, e a pele, o fígado e o trato digestório são os principais alvos. As manifestações da pele aparecem na forma de eritema maculopapular, o comprometimento hepático é avaliado por meio dos níveis séricos de bilirrubina e enzimas hepáticas, enquanto a gravidade da lesão gastrointestinal é avaliada pela presença de vômitos, pelo volume da diarreia, por dor abdominal e enterorragia<sup>(6)</sup>. Por outro lado, a DECH crônica se assemelha às doenças valvulares que apresentam características autoimunes e fibróticas, em geral pode ser classificada, de acordo com a extensão acometida, como limitada quando se localiza em apenas um órgão ou tecido, ou como extensa quando abrange múltiplos órgãos<sup>(5)</sup>. Quando há a ocorrência simultânea da DECH aguda e da DECH crônica temos a síndrome *overlap*, que está associada a índices elevados de mortalidade<sup>(6)</sup>.

Ressalta-se que a necessidade concreta de assistência de enfermagem no curso dessa complicação é imprevisível, tendo em vista que demandas individuais devem ser consideradas<sup>(12)</sup>, e, para tanto, o conhecimento do impacto da DECH na QV após o TCTH deve ser pontuado, para que ocorra uma assistência que minimize as alterações na QV do paciente. Destarte, surge a questão norteadora: *a DECH é relacionada com piores resultados de QV?*

Assim, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a QV de pacientes adultos com câncer hematológico nos 100 dias do TCTH e verificar se a variável DECH é preditiva de piores resultados.

## MÉTODO

Estudo observacional, correlacional e quantitativo, realizado no Serviço de Transplante de Medula Óssea de um hospital público da região sul do Brasil, referência na América Latina nesta modalidade de tratamento.

Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos, estar diagnosticado com câncer hematológico e ser submetido ao TCTH. Foram excluídos pacientes que não possuísem condições físicas de preenchimento dos questionários, entretanto não houve ocorrência. O critério de descontinuidade foi o óbito e o participante não responder os questionários dentro do período proposto.

A amostra do estudo foi de 36 participantes, o que corresponde a 100% dos pacientes com câncer hematológico que se submeteram ao TCTH no local do estudo. No período pré-alta hospitalar houve 32 participantes e 25 aos 100 dias pós-TCTH. As perdas foram decorrentes de óbitos (n = 10) e perda de contato no *follow-up* após a alta hospitalar (n = 1).

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2013 e junho de 2015 com 36 participantes que corresponderam aos critérios de inclusão, e um foi descontinuado. O perfil sociodemográfico e clínico foi caracterizado com questionário específico, e para a avaliação da QV foram utilizados dois questionários: questionário genérico *Quality of life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30)*, versão 3.0 português, desenvolvido pela *European Organization Research Treatment of Cancer (EORTC)*, e o questionário *Functional Assessment Cancer Therapy – Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT)*, versão 4.0 português, específico para avaliação da QV no TCTH

e desenvolvido pela *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), ambos validados para o Brasil.

Os questionários foram aplicados em três etapas significativas do TCTH. No pré-TCTH: antes do regime de condicionamento, para estabelecer o nível basal de QV; na pré-alta hospitalar, período considerado um marco que finaliza a hospitalização e inicia o acompanhamento ambulatorial; e aos 100 dias pós-TCTH, que representa o final do período crítico do transplante.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram analisados com estatística descritiva expressa em frequência simples e absoluta. Em relação aos dados obtidos com os questionários de QV, estes foram organizados em tabelas, expressos em média, valor mínimo, valor máximo e desvio-padrão, e examinados conforme as orientações da EORTC<sup>(13)</sup> e FACIT<sup>(14)</sup>.

Para a comparação dos escores obtidos em cada etapa, foi aplicado o teste não paramétrico de Friedman complementado pelo teste de diferença mínima significativa de comparações múltiplas (*p-valor*), em que resultados com *p* < 0,05 são significantes. A utilização dos testes não paramétricos se justifica pela falta de normalidade dos dados, pressuposto verificado pelo Teste de Shapiro-Wilk. A etapa do pré-transplante foi comparada com pré-alta hospitalar, pré-transplante com 100 dias pós-TCTH; e a pré-alta hospitalar, com os 100 dias pós-TCTH.

Para os cálculos estatísticos de QV e presença de DECH, foram considerados o escore de QV global do QLQ-C30 (pontuação de 0 a 100 pontos) e QV geral do FACT-BMT (0 a 148 pontos), e aplicado o teste de U de Mann-Whitney.

## ASPECTOS ÉTICOS

Após o registro da pesquisa nas organizações que desenvolveram os instrumentos de avaliação da QV, EORTC e FACIT, a utilização dos questionários foi autorizada por *download* diretamente para o pesquisador responsável. Estudos que utilizam os instrumentos destas organizações estão em destaque na discussão.

Este estudo está inserido no projeto temático *Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Adultos com Neoplasia Hematológica Submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas*, que seguiu os preceitos Éticos da Resolução 466/12 e foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Paraná com o parecer número 411.548/2013.

Para a inserção dos participantes no estudo, estes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, participação voluntária, riscos, benefícios, bem como em relação à periodicidade da coleta de dados. Assinaram e receberam uma das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Na população deste estudo (Tabela 1), 52,78% (n = 19) eram do sexo feminino, com média de idade de 37 anos, e 50% (n = 18) na faixa etária entre 18 e 30 anos. Em relação às características clínicas, 61,11% (n = 22) apresentavam diagnóstico de leucemia, 41,67% (n = 15) se submeteram ao TCTH alogênico aparentado, e 22,22% (n = 8) desenvolveram DECH até os 100 dias.

**Tabela 1** – Caracterização do perfil sociodemográfico e clínico – Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.

| Variável                | Freq. Absoluta (n = 36) | Freq. Relativa (%) |
|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Idade</b>            |                         |                    |
| 18-30 anos              | 18                      | 50                 |
| 31-40 anos              | 4                       | 11,11              |
| 41-50 anos              | 5                       | 13,89              |
| Acima de 50 anos        | 9                       | 25                 |
| Média de idade          | 37 anos                 |                    |
| <b>Sexo</b>             |                         |                    |
| Feminino                | 19                      | 52,78              |
| Masculino               | 17                      | 47,22              |
| <b>Estado civil</b>     |                         |                    |
| Casado                  | 15                      | 41,67              |
| Separado                | 1                       | 2,78               |
| Solteiro                | 15                      | 41,67              |
| União consensual        | 5                       | 13,88              |
| <b>Número de filhos</b> |                         |                    |
| Não possui filho        | 15                      | 41,67              |
| 1 filho                 | 5                       | 13,89              |
| 2 filhos                | 9                       | 25                 |
| 3 filhos                | 4                       | 11,11              |
| Mais de 3 filhos        | 3                       | 8,33               |

continua...

...continuação

| Variável                             | Freq. Absoluta (n = 36) | Freq. Relativa (%) |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>Escolaridade</b>                  |                         |                    |
| Ensino fundamental                   | 9                       | 25                 |
| Ensino médio                         | 17                      | 47,22              |
| Ensino superior                      | 10                      | 27,78              |
| <b>Ocupação</b>                      |                         |                    |
| Economicamente ativo                 | 21                      | 58,33              |
| Aposentado                           | 4                       | 11,11              |
| Do lar                               | 5                       | 13,89              |
| Estudante                            | 6                       | 16,67              |
| <b>Renda familiar</b>                |                         |                    |
| Até 1 salário-mínimo                 | 5                       | 13,89              |
| 1 a 3 salários-mínimos               | 19                      | 52,78              |
| 4 a 10 salários-mínimos              | 9                       | 25                 |
| 10 a 20 salários-mínimos             | 3                       | 8,33               |
| <b>Diagnóstico</b>                   |                         |                    |
| Linfoma Hodgkin                      | 5                       | 13,89              |
| Linfoma não Hodgkin                  | 1                       | 2,78               |
| Leucemia linfóide aguda              | 9                       | 25                 |
| Leucemia mieloblástica aguda         | 10                      | 27,78              |
| Leucemia mielóide crônica            | 3                       | 8,33               |
| Mieloma múltiplo                     | 7                       | 19,44              |
| Síndrome mielodisplásica             | 1                       | 2,78               |
| <b>Tempo de diagnóstico</b>          |                         |                    |
| Menos de 1 ano                       | 10                      | 27,78              |
| De 1 a 3 anos                        | 16                      | 44,44              |
| Mais de 3 anos                       | 10                      | 27,78              |
| <b>Tipo de transplante</b>           |                         |                    |
| Autólogo                             | 11                      | 30,56              |
| Alogênico aparentado                 | 15                      | 41,67              |
| Alogênico não aparentado             | 10                      | 27,77              |
| <b>Fonte de células</b>              |                         |                    |
| Medula óssea                         | 15                      | 41,67              |
| Sangue periférico                    | 21                      | 58,33              |
| <b>DECH até os 100 dias pós-TCTH</b> |                         |                    |
| Sim                                  | 8                       | 22,22              |
| Não                                  | 28                      | 77,78              |

Os escores de QV evidenciam que a menor média é referente ao período pré-alta hospitalar, 67,71 no QLQ-C30 e 98,60 no FACT-BMT, conforme demonstrado na Tabela 2.

O *p*-valor de QV global do QLQ-C30 não evidenciou significância entre as etapas, já o *p*-valor de QV geral do FACT-BMT demonstra significância entre a primeira e a segunda etapa e entre a segunda e a terceira etapa (Tabela 3).

**Tabela 2** – Escores de QV obtido nas três etapas do estudo – Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.

| Domínios               | Basal<br>(n = 36) |       |     |       | Pré-alta hospitalar<br>(n = 32) |       |     |       | 100 dias pós-TCTH<br>(n = 25) |      |     |       |
|------------------------|-------------------|-------|-----|-------|---------------------------------|-------|-----|-------|-------------------------------|------|-----|-------|
|                        | Méd               | Mín   | Máx | DP    | Méd                             | Mín   | Máx | DP    | Méd                           | Mín  | Máx | DP    |
| QV global<br>(QLQ-C30) | 78,01             | 33,33 | 100 | 18,49 | 67,71                           | 16,67 | 100 | 20,82 | 73,67                         | 8,33 | 100 | 23,78 |
| QV geral<br>(FACT-BMT) | 111,84            | 48    | 140 | 21,93 | 98,60                           | 62    | 131 | 14,52 | 102                           | 20   | 148 | 34,03 |

**Tabela 3** – *P*-valor entre as três etapas do estudo – Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.

| Domínios            | <i>p</i> -valor | 1ª etapa versus 2ª etapa | 1ª etapa versus 3ª etapa | 2ª etapa versus 3ª etapa |
|---------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| QV global (QLQ-C30) | 0,1637          |                          |                          |                          |
| QV geral (FACT-BMT) | 0,00007         | $p < 0,001$              |                          | $p < 0,05$               |

A análise estatística entre os escores de QV global (QLQ-C30) dos grupos com oito e sem DECH ( $n = 28$ ), nas três etapas do estudo, demonstra que pacientes com esta complicação possuem pior QV estatisticamente significativa no período pré-alta hospitalar ( $p$ -valor 0,036) e aos 100 dias ( $p$ -valor 0,029). A análise com a QV geral (FACT-BMT) não evidenciou significância.

## DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo se encontravam na faixa etária que corresponde à fase produtiva e reprodutiva, com profissão e/ou ofício consolidado e economicamente ativos, fase de constituição de famílias e com responsabilidades inerentes a esta construção social, que pode sofrer o impacto da terapêutica. Este dado corrobora o estudo nacional realizado com 30 participantes em São Paulo<sup>(15)</sup>, bem como o estudo norte-americano realizado com 662 participantes<sup>(16)</sup>. Com relação ao sexo, o estudo não é compatível com a estimativa de câncer para os anos de 2014 e 2015, em que as neoplasias hematológicas se apresentam com maior incidência em homens<sup>(17)</sup>.

No que se refere ao diagnóstico, a predominância de leucemias corrobora os achados de uma pesquisa norte-americana em que 60% foram leucemias<sup>(16)</sup>. Vai ao encontro da estimativa para o câncer em 2015 no Brasil, em que este diagnóstico apresenta frequência absoluta superior às demais neoplasias hematológicas<sup>(17)</sup>.

O tipo de transplante predominante no presente estudo foi o alogênico (69,44%), mais especificamente, o alogênico aparentado, com um percentual de 41,67%. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa norte-americana em que os TCTH alogênicos representaram 53,6%<sup>(18)</sup>. Todavia, diverge das características dos TCTH realizados em 2014 no Brasil, em que o número de TCTH autólogos (1.275) é superior aos alogênicos (738)<sup>(2)</sup>.

Conforme os registros da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos<sup>(2)</sup>, o estado em que a pesquisa foi desenvolvida proporcionalmente realizou maior número de TCTH alogênico em relação ao autólogo, e o único que realizou mais de dez por milhão da população, o que evidencia a relevância dos casos tratados neste serviço, tendo em vista que transplantes alogênicos possuem complexidade técnica elevada em relação aos autólogos.

O presente estudo demonstra que a QV de pacientes adultos com câncer hematológico, que se submetem ao TCTH, é diminuída no período pré-alta hospitalar em relação ao período basal, e aos 100 dias pós-TCTH apresenta melhora significativa. Resultado semelhante foi evidenciado

em um estudo com 159 pacientes com diagnóstico de câncer realizado em uma unidade de TCTH nos Estados Unidos<sup>(19)</sup> e difere do encontrado em um hospital público do estado de São Paulo com 12 pacientes submetidos ao TCTH, neste a QV é preservada no período pré-alta hospitalar exceto para os aspectos físicos<sup>(20)</sup>. Ressalta-se que ambos os estudos utilizaram o instrumento FACT-BMT, assim, este declínio na avaliação da QV referente aos aspectos físicos pode estar relacionado com os vários efeitos decorrentes da terapêutica.

O comprometimento de aspectos físicos, sociais e emocionais no pós-transplante pode levar à diminuição da QV e está relacionado com inúmeros fatores, entre eles: os efeitos tóxicos da quimioterapia, como náuseas, vômitos, inapetência, dor, alterações na pele, na imagem corporal e função sexual prejudicada, além de alterações decorrentes do próprio diagnóstico, do isolamento social e de períodos de internamento prolongado. Todas essas mudanças vivenciadas devido à doença e ao TCTH traz sintomas como depressão, ansiedade, descontrole emocional, medo e sensação de incerteza quanto ao futuro.

Resultados próximos foram encontrados na revisão sistemática de literatura que analisou 34 artigos que aplicaram o questionário QLQ-C30 em aproximadamente 2.800 pacientes com câncer submetidos ao TCTH. Nesta revisão, a média dos escores encontrados no pré-TCTH foi superior ao momento da alta, seis meses depois os escores não estavam próximos, mas não superiores aos iniciais<sup>(21)</sup>.

Os dados do presente estudo mostram que ao final do período avaliado ocorre a recuperação da QV basal. Todavia, este dado refere-se a pacientes diagnosticados com câncer, próximos da realização de um tratamento de risco com possibilidade de cura. Assim, apesar de retomar valores iniciais aos 100 dias, a QV pode estar comprometida em decorrência do diagnóstico de câncer. Deste modo, 100 dias pós-TCTH não é suficiente para o paciente com câncer apresentar melhor QV comparado ao que era antes de receber o diagnóstico da doença.

Ressalta-se que os dados de QV dos participantes são evidenciados pela média e generaliza o comportamento dos pacientes adultos com câncer que se submetem ao TCTH. Todavia, os pacientes encaram o processo de saúde/doença de formas diferentes, isto é, alguns pacientes enfrentam a realidade com maior empoderamento do que outros<sup>(22)</sup>.

Neste sentido, a equipe deve estar preparada para realizar orientações frente às dúvidas e aos medos durante todo o acompanhamento ambulatorial, minimizando o sofrimento relacionado com o tratamento. Também se faz necessário viabilizar um plano de cuidados individualizados que vislumbre a realidade a ser enfrentada, o preparo para a saída do ambiente hospitalar e a manutenção desses cuidados durante o período ambulatorial, visando à autonomia do indivíduo e à participação familiar, a fim de prestar um cuidado humanizado e de qualidade<sup>(23-24)</sup>.

A correlação da presença de DECH até 100 dias, com os escores brutos de QV geral do QLQ-C30 e QV global do FACT-BMT evidenciou relação significativa entre a presença de DECH e a pré-alta hospitalar e 100 dias pós-TCTH.

Um estudo de coorte, multicêntrico, prospectivo, observacional, realizado pelo consórcio GVHDc (doença do enxerto *versus* hospedeiro crônica) com 481 pacientes que apresentam esta complicação, avaliou a relação entre depressão, ansiedade, QV, DECH crônica e capacidade funcional e concluiu que os pacientes com esta complicação que relataram depressão e ansiedade tinham sua QV e capacidade funcional prejudicadas, assim como o relato de depressão esteve associado à sobrevida global inferior<sup>(25)</sup>.

Ressalta-se que, nesta pesquisa, a variável DECH não identificou o órgão/sistema afetado e foi correlacionada com os escores de QV geral e global, que por sua vez refletem todos os domínios dos questionários utilizados. Deste modo, se percebe a magnitude da interferência desta complicação na QV dos pacientes após o TCTH. Independentemente da característica da DECH, pode-se afirmar que é preditiva de pior QV.

Outro estudo de coorte multicêntrico, coordenado também pelo Consórcio de GVHDc com 522 pacientes, correlacionou a QV avaliada com o FACT-BMT dos pacientes com DECH crônica e a idade e observou que, apesar da menor aptidão física e capacidade funcional, os pacientes com idade avançada demonstraram QV preservada e sobrevida similar em comparação com os doentes mais jovens<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, é importante salientar que o conhecimento sobre a doença e a sua evolução permitem que prioridades sejam estabelecidas em relação ao atendimento prestado<sup>(26)</sup>. A DECH e suas complicações secundárias são complexas e se destaca a importância do acompanhamento realizado por equipe multidisciplinar ambulatorial em centros especializados de TCTH<sup>(27)</sup>.

Por ser complicação peculiar de tratamento específico, a DECH deve ser acompanhada por equipe atenta aos indicativos de complicações e sinais de melhora que possam ocorrer. Ressalta-se a importância do olhar acurado e minucioso do enfermeiro, que durante a hospitalização, por meio de exame físico direcionado, possui metodologia eficaz para observação precoce de sinais indicativos de DECH.

Além da observação e do relato preciso dos sintomas, a frequência e a intensidade em que ocorrem devem ser investigadas para que intervenções precoces possam ser realizadas, pois são essenciais no curso e evolução da complicação. Após a detecção da DECH, para que esta seja manejada de forma correta, a enfermagem necessita dispor de conhecimento científico, habilidades interdisciplinares técnicas e humanas. Este estudo fornece subsídios para que a enfermagem

compreenda que as ações específicas em pacientes com DECH não atingem somente os sintomas, mas sim impactam na QV destes pacientes.

Deve-se considerar que a etiologia é no processo inflamatório, contudo as consequências vão além do físico. Estes pacientes já vivenciaram o diagnóstico do câncer, e neste momento, estar com DECH é retroceder na esperança de sobrevivência, pois é notório que os índices de morbimortalidade se tornam maiores. Assim, as complicações físicas, já impactantes, não são as únicas que permeiam o pensamento destes indivíduos.

Com a informação de que a DECH afeta todos os domínios de QV é necessário a atenção do enfermeiro aos efeitos decorrentes, como ansiedade, isolamento social devido ao maior tempo de internação e reinternações frequentes, autoestima relacionada com o distúrbio na imagem corporal, distúrbios no padrão de sono pela necessidade de intervenções noturnas, entre outros.

Portanto, é importante ressaltar a interdisciplinaridade como instrumento para o avanço da atenção qualitativa, da QV e da satisfação dos pacientes. Para tanto, se torna necessário o olhar de profissionais da saúde que contemplem o clínico, o epidemiológico e o social, para que se tenha alternativa eficaz ao modelo de atenção biologicista<sup>(26)</sup>.

A limitação deste estudo está relacionada com o tamanho da amostra, uma vez que ela se restringe aos pacientes com câncer hematológico e não a toda a população que realiza o TCTH. Também impossibilita uma correlação entre a QV com os tipos de transplante, alogênico e autólogo, bem como com as características sociodemográficas.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível concluir que a QV do paciente adulto com câncer hematológico é alterada em decorrência do TCTH, e que a presença de DECH é preditiva de piores resultados, fato que é relacionado com a gravidade desta complicação e com o potencial de afetar diferentes órgãos e sistemas e ter impacto não somente em aspectos físicos.

A Enfermagem, inserida na equipe multiprofissional, tem o potencial de implementar ações que melhorem a QV destes pacientes, seja pelo manejo e controle da sintomatologia relacionada com a DECH ou pelo estímulo de ações subjetivas que melhorem a percepção destes sobre si mesmos.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes adultos com câncer hematológico nos 100 dias do transplante de células-tronco hematopoéticas e verificar se a variável doença do enxerto contra o hospedeiro é preditiva de piores resultados. **Método:** Estudo observacional, correlacional e quantitativo, com 36 participantes adultos, diagnosticados com câncer hematológico que se submeteram ao transplante de células-tronco hematopoéticas de setembro de 2013 a junho de 2015. **Resultado:** A média de idade foi 37 anos, 52,78% eram do sexo feminino, e 61,11% com diagnóstico de leucemia. Os escores de qualidade de vida demonstraram impacto significativo entre o pré-transplante e a pré-alta hospitalar e entre os 100 dias pós-transplante. A análise estatística entre os escores dos grupos com e sem doença do enxerto contra o hospedeiro evidenciou significância entre a presença desta complicação e piores resultados. **Conclusão:** A qualidade de vida é alterada em decorrência do transplante de células-tronco hematopoéticas, em especial nos pacientes que apresentam doença do enxerto contra o hospedeiro.

## DESCRIPTORIOS

Qualidade de Vida; Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; Doença Enxerto-Hospedeiro; Enfermagem Oncológica.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de paciente adultos con cáncer hematológico los 100 días tras el trasplante de células madre hematopoyéticas y verificar si la variable enfermedad del injerto contra huésped es predictiva de peores resultados. **Método:** Estudio observacional, correlacional y cuantitativo, con 36 participantes adultos, diagnosticados con cáncer hematológico que se sometieron al trasplante de células madre hematopoyéticas de septiembre de 2013 a junio de 2015. **Resultado:** El promedio de edad fue 37 años, el 52,78% eran del sexo femenino y el 61,11% con diagnóstico de leucemia. Los puntajes de calidad de vida demostraron impacto significativo entre el pre trasplante y la pre alta hospitalaria y entre los 100 días post trasplante. El análisis estadístico entre los puntajes de los grupos con y sin enfermedad del injerto contra huésped evidenció significación entre la presencia de esa complicación y peores resultados. **Conclusión:** La calidad de vida se modifica como consecuencia del trasplante de células madre hematopoyéticas, en especial en los pacientes que presentan enfermedad del injerto contra huésped.

**DESCRIPTORES**

Calidad de Vida; Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas; Enfermedad Injerto contra Huésped; Enfermería Oncológica.

**REFERÊNCIAS**

1. Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation (WNBMT). Milionésimo transplante de células-tronco hematopoiéticas constitui marco na medicina [press release] [Internet]. 2013 [citado 2015 out. 12]. Disponível em: [http://www.wbmt.org/fileadmin/pdf/01\\_General/Press\\_release\\_Brazil.pdf](http://www.wbmt.org/fileadmin/pdf/01_General/Press_release_Brazil.pdf)
2. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014) [Internet]. 2015 [citado em 2015 maio 03];20(4). Disponível em <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>
3. Perić Z, Desnica L, Duraković N, Ostojić A, Pulanić D, Serventi-Seiwerth R, et al. Which questionnaires should we use to evaluate quality of life in patients with chronic graft-vs-host disease? *Croat Med J* [internet]. 2016 [cited 2016 Apr 15];57(1):6-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800326/>
4. El-Jawahri A, Pidalá J, Inamoto Y, Chai X, Khera N, Wood WA, et al. Impact of age on quality of life, functional status and survival in patients with chronic graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant* [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 20]; 20(9): 1341-1348. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127362/pdf/nihms594218.pdf>
5. Blazar BR, Murphy WJ, Abedi M. Advances in graft-versus-host disease biology and therapy. *Nat Rev Immunol*. 2012;12:443-58.
6. Pasquini R, Coutinho E. Fundamentos e biologia do transplante de células-tronco hematopoiéticas. In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. Tratado de hematologia. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 711-29.
7. Bevans M, Tierney DK, Bruch C, Burgunder M, Castro K, Ford R, et al. Hematopoietic stem cell transplantation nursing: a practice variation study. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(6):317-25.
8. Shokouhi S, Bray S, Bakhtiyari S, Sayehmiri K, Alimoghadam K, Ghavamzadeh A. Effects of aGVHD and cGVHD on survival rate in patients with acute myeloid leukemia after allogeneic stem cell transplantation. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 02];9(3):112-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529677/pdf/IJHOSCR-9-112.pdf>
9. Holtan SG, Macmillan ML. A risk-adapted approach to acute GVHD treatment: are we there yet? *Bone Marrow Transplant*. 2016;51(1):172-5.
10. Fiuza-Luces C, Simpson RJ, Ramírez M, Lucia A, Berger NA. Physical function and quality of life in patients with chronic GvHD: a summary of preclinical and clinical studies and a call for exercise intervention trials in patients. *Bone Marrow Transplant*. 2016;51(1):13-26.
11. Socié G, Ritz J. Current issues in chronic graft-versus-host disease. *Blood* [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 03];124(13):374-84. Available from: <http://www.bloodjournal.org/content/bloodjournal/124/3/374.full.pdf>
12. Araujo DD, Rodrigues AB, Oliveira PP, Silva LS, Vecchia BP, Silveira EAA. Nursing diagnoses and interventions for patients with graft-versus-host disease submitted to hematopoietic stem cell transplantation. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 20];20(2):307-15. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/40340/25534>
13. European Organization for Research and Treatment of Cancer. EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 scoring manual [Internet]. Brussels; 2001 [cited 2013 Mar 5]. Available from: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
14. Webster K, Cella D, Yost K. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2003 [cited 2016 July 15]:1-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317391/>
15. Santos CLT, Sawada NO, Santos JLF. Evaluation of the health-related quality of life of hematopoietic stem cell transplantation patients. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 15];19(6):1322-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/07.pdf>
16. Kenzik K, Huang IC, Rizzo JD, Shenkman E, Wingard J. Relationships among symptoms, psychosocial factors, and health-related quality of life in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Support Care Center* [Internet]. 2015 [cited 2015 July 15];23(3):797-807. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312505/pdf/nihms-654415.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado 2015 jul. 15]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa\\_cancer\\_24042014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf)
18. Hamilton JG, Wu LM, Austin JE, Valdimarsdottir H, Basmajian K, Vu AM, et al. Economic survivorship stress is associated with poor health related quality of life among distressed survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 16];22(4):911-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648213/pdf/nihms-467228.pdf>
19. Sirilla J, Overcash J. Quality of life (QOL), supportive care, and spirituality in hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2012;21(4):1137-44.

20. Alves RP, Oliveira-Cardoso E, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MA. Transplante de células-tronco hematopoéticas e qualidade de vida após alta hospitalar. *Psic Saúde Doenças* [Internet]. 2012 [citado 2016 jan. 10];13(1):87-99. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a08.pdf>
21. Grulke N, Albani C, Bailer H. Quality of life in patients before and after haematopoietic stem cell transplantation measured with the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Core Questionnaire QLQ-C30. *Bone Marrow Transplant*. 2012;47(4):473-82.
22. Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2014;22(5):487-93.
23. Martins QCS, Santos VS, Pereira Neto D. Aspects regarding the patient / family and professionals in the context of hematopoietic stem cells transplantation: a reflective analysis. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2103 [cited 2015 Jul 23];7(12):6901-6. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3321/pdf\\_4166](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3321/pdf_4166)
24. Silva RM, Santos KB, Silva GA, Reis VN, Andrade AM. Humanization of care in bone marrow transplantation: the perception of the nursing team. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 18]. Available from [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6510/pdf\\_8014](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6510/pdf_8014)
25. El-Jawahri A, Wood B, Cutler CS, Pidala JA, Flowers MED, Arora M, et al. Self-reported depression and anxiety by patients with chronic graft-versus-host disease identify a group with worse quality of life, symptoms, and functional status. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2016;22 Suppl 3:S27.
26. Alcantara LS, Oliveira ACAM, Guedes MTSG, Santos MCM, Diniz DR, Soares E. Interdisciplinaridade e integralidade: a abordagem do assistente social e do enfermeiro no INCA. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [citado 2015 out. 20];60(2):109-18. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v02/pdf/04-artigo-interdisciplinaridade-e-integralidade-a-abordagem-do-assistente-social-e-do-enfermeiro-no-inca.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/04-artigo-interdisciplinaridade-e-integralidade-a-abordagem-do-assistente-social-e-do-enfermeiro-no-inca.pdf)
27. Hilgendorf I, Greinix H, Halter JP, Lawitschka A, Bertz H, Wolff D. Long-term follow-up after allogeneic stem cell transplantation. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 11];112(4):51-8. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335490/pdf/Dtsch\\_Arztebl\\_Int-112-0051.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335490/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-112-0051.pdf)