

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005040016>

QUALIDADE DE VIDA NOS PRIMEIROS SEIS MESES PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Angela da Costa Barcellos Marques¹, Sibéli de Fátima Ferraz Simão Proença², Celina Angélica Mattos Machado³, Paulo Ricardo Bettencourt Guimarães⁴, Mariluci Alves Maftum⁵, Luciana Puchalski Kalinke⁶

- ¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: angebarenf@yahoo.com.br
- ² Mestre em Enfermagem-Profissional. Universidade Federal do Paraná/Complexo Hospital de Clínicas e Maternidade Vitor Ferreira do Amaral. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: sibeliffsimao@hotmail.com
- ³ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem-Profissional da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: celina.machado@hotmail.com
- ⁴ Doutor em Ciências Agrárias. Professor do Departamento de Estatística da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: guimaraes.prb@gmail.com
- ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: maftum@ufpr.br
- ⁶ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: lucianakalinke@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida dos pacientes adultos com câncer hematológico submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas nos primeiros seis meses e comparar entre as modalidades de transplante.

Método: estudo observacional, longitudinal, com 55 participantes, acompanhados nas etapas pré-transplante, pós 100 dias e pós 180 dias, em um hospital de ensino, referência no Brasil para este tratamento. Para avaliação foram utilizados dois instrumentos internacionais, ambos validados e traduzidos para a língua portuguesa (Brasil): *Quality of Life Questionnaire-Core 30* e *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation*.

Resultados: os resultados evidenciaram que a média de idade dos participantes foi de 36 anos, 65% (n=36) possuem diagnóstico de leucemia e 71% (n=39) foram submetidos ao transplante alogênico. Quanto ao instrumento *Quality of Life Questionnaire-Core 30*, foram resultados significantes a função social e fadiga, e no questionário *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation* os domínios bem-estar funcional e índice de avaliação de resultado do tratamento foram significantes entre a primeira e a segunda etapa.

Conclusões: apesar do transplante ser um tratamento complexo e agressivo, percebe-se que os pacientes consideram sua qualidade de vida geral satisfatória ao longo do processo terapêutico. Os achados do estudo evidenciam que uma parcela significativa, 69% dos pacientes, recupera sua qualidade de vida após os primeiros seis meses de tratamento.

DESCRIPTORIOS: Qualidade de vida. Transplante de células-tronco hematopoéticas. Transplante de medula óssea. Neoplasias hematológicas. Enfermagem oncológica.

QUALITY OF LIFE IN THE FIRST SIX MONTHS POST-HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

ABSTRACT

Objective: to evaluate the quality of life of adult patients with hematologic cancers undergoing hematopoietic stem cell transplantation in the first six months and comparing the transplant modalities.

Method: an observational longitudinal study with 55 participants followed during pre-transplantation, after 100 days, and after 180 days in a reference teaching hospital for this treatment in Brazil. Two international instruments were used for the evaluation, both validated and translated into Portuguese (Brazil): *The Quality of Life Questionnaire-Core 30* and the *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation*.

Results: the results showed that the average age of the participants was 36 years old; 65% (n=36) had a diagnosis of leukemia, and 71% (n=39) underwent allogeneic transplantation. Regarding the *Quality of Life Questionnaire-Core 30* instrument, social function and fatigue were significant results, while the functional well-being and treatment outcome evaluation index for the *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation* questionnaire had significant domains between the first and the second stage.

Conclusions: despite transplantation being a complex and aggressive treatment, it can be noticed that patients generally perceive their quality of life as satisfactory throughout the therapeutic process. The findings of the study show that a significant portion (69% of patients) recover their quality of life after the first six months of treatment.

DESCRIPTORS: Quality of life. Hematopoietic stem cell transplantation. Bone marrow transplant. Hematologic neoplasms. Oncological nursing.

CALIDAD DE VIDA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES POST-TRANSPLANTES DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de los pacientes adultos con cáncer hematológico sometidos al trasplante de células madre hematopoyéticas en los primeros seis meses y comparar entre las modalidades de trasplante.

Método: estudio observacional, longitudinal, con 55 participantes, acompañados en las etapas pre-trasplante, después de 100 días y después de 180 días, en un hospital de enseñanza, referencia en Brasil para este tratamiento. Para la evaluación se utilizaron dos instrumentos internacionales, ambos validados y traducidos a la lengua portuguesa (Brasil): *Quality of Life Questionnaire-Core 30* y *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation*.

Resultados: los resultados evidenciaron que el promedio de edad de los participantes fue de 36 años, el 65% (n=36) tiene diagnóstico de leucemia y el 71% (n=39) fueron sometidos al trasplante alogénico. En cuanto al instrumento *Quality of Life Questionnaire-Core 30*, fueron resultados significativos la función social y la fatiga, y en el cuestionario *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation* los dominios bienestar funcional y índice de evaluación de resultado del tratamiento fueron significantes entre la primera y la segunda etapa.

Conclusiones: a pesar de que el trasplante es un tratamiento complejo y agresivo, se percibe que los pacientes consideran su calidad de vida general satisfactoria a lo largo del proceso terapéutico. Los hallazgos del estudio evidencian que una proporción significativa, el 69% de los pacientes, recupera su calidad de vida después de los primeros seis meses de tratamiento.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Trasplante de células madre hematopoyéticas. Trasplante de médula ósea. Neoplasias hematológicas. Enfermería oncológica.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer é um considerável problema de saúde pública no mundo, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.¹ Os dados divulgados pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), anunciam a previsão de uma carga global para 2025 de mais de 20 milhões de novos casos. A *Union for International Cancer Control* (UICC) estima para 2030 a ocorrência de 13,2 milhões de mortes.²

No Brasil, a estimativa para o biênio 2016-2017, desconsiderando os casos de câncer de pele não melanoma, prevê 420 mil novos casos a cada ano. Entre os cânceres hematológicos, as estimativas apontam a ocorrência de 22.780 casos, sendo 12.210 entre os homens e 10.570 entre as mulheres.¹

O câncer é uma das doenças que interfere na qualidade de vida (QV) dos pacientes; leva à dificuldades em desenvolver os papéis da família, na capacidade laborativa, no convívio social e, mesmo quando é tratada com sucesso, pode ter como desfecho consequências físicas e psicológicas. Durante o tratamento, essas dificuldades podem impactar negativamente na sua vida.³⁻⁴ Avaliar a QV é um importante indicador em estudos voltados ao paciente oncológico nas várias fases de seu itinerário terapêutico, pois aponta as alterações que ocorrem em diferentes domínios e que possuem potencial para impactar na sua vida.⁵

Entre as diversas definições do termo "Qualidade de vida", destaca-se a original, da OMS, conceituada como: "percepção do indivíduo e de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos

sistemas de valores em que vive em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações".^{6,1} Tal definição expressa a amplitude e multidimensionalidade do constructo que envolve parâmetros sociais, de saúde ou econômicos.⁷

Pacientes com câncer hematológico têm como possibilidade terapêutica o transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH). Este é um tratamento já consagrado na contemporaneidade, porém complexo. Sua realização demanda a participação de profissionais de diferentes esferas da área da saúde, entre essas, a enfermagem, que se destaca por atuar dinamicamente em todas as etapas do tratamento.

Ao longo do processo terapêutico, o paciente vivencia períodos críticos em que as possíveis complicações colocam em risco sua vida ou afetam de forma expressiva sua QV potencializando conflitos psicológicos, sentimentos de ansiedade e tensão.⁸⁻⁹ Entre as etapas decisivas do processo de TCTH, se destaca o condicionamento, fase em que o paciente recebe quimioterapia e/ou radioterapia para provocar a aplasia medular e induzir a imunossupressão com a finalidade de evitar a rejeição da nova medula óssea enxertada.¹⁰⁻¹¹ Nessa fase, o paciente sofre com as sintomatologias advindas das drogas administradas e distúrbios gastrintestinais são comuns.

Outra etapa importante é o período de pancitopenia, quando o paciente fica vulnerável e susceptível às infecções; é comum a hipertermia, sinal que deve ser manejado rapidamente com a introdução de antibióticoterapia para que não se coloque em risco sua vida.¹¹⁻¹² Nessa etapa, a mucosite se intensifica provocando dor e desconforto, dificultando a fala e a deglutição. Essas sintomatologias possuem potencial incapacitante e fragilizam o

paciente, interferindo negativamente na sua QV. No entanto, passadas as etapas críticas do tratamento, uma parcela significativa de pacientes se recupera e consegue retomar sua vida normalmente.¹³

O enfermeiro, em seu processo de cuidar, necessita conhecer as demandas a que os pacientes estão expostos nas diferentes etapas do tratamento para intervir de forma eficiente eliminando ou minimizando os seus desconfortos.¹⁴ É o profissional da equipe que está mais próximo do paciente, acompanhando-o durante todo o TCTH, testemunhando diariamente as transformações físicas ou emocionais pelas quais esse passa, e, conhecendo essas alterações, tem a oportunidade de auxiliá-lo em seu percurso terapêutico.

Portanto, pode-se inferir que auxiliar esses pacientes durante as diferentes etapas do tratamento e tentar melhorar sua QV deve ser a preocupação constante dos profissionais envolvidos neste cenário. Para tanto, estudos que abordam tal temática tornam-se ferramentas indispensáveis para aprofundar o conhecimento na área e proporcionar uma assistência especializada e efetiva, buscando garantir assim uma melhor QV e sobrevida.

Todavia, há uma escassez de estudos, nacionais e internacionais, investigando ou avaliando a QV do paciente após submeter-se a um tratamento tão complexo. Neste contexto, o objetivo da pesquisa foi avaliar a QV dos pacientes adultos com câncer hematológico submetidos ao TCTH nos primeiros seis meses e comparar entre as modalidades de transplante.

MÉTODOS

Este estudo está inserido no projeto temático: “Avaliação da qualidade de vida de pacientes com neoplasia hematológica submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, com o CAAE 19714013.9.0000.0102, e aprovado sob o parecer número 411.548. Os participantes foram convidados e apresentados ao estudo e o seu aceite foi expresso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A utilização dos questionários foi autorizada mediante registro na *European Organization Research Treatment of Cancer* (EORTC) e *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), que disponibilizaram os questionários via *download* diretamente para a pesquisadora.

Estudo longitudinal e observacional, desenvolvido no Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO) de um hospital de ensino em Curitiba, referência nacional em TCTH, no período de setembro de 2013 a maio de 2016.

A amostra foi composta por 55 participantes. Este número corresponde a todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão entre setembro de 2013 a novembro de 2015: ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir câncer hematológico e ser submetido ao TCTH. Foram excluídos do estudo os participantes que não possuíam condições físicas para preenchimento dos questionários. Foram descontinuados três pacientes por perda de seguimento; 12 evoluíram a óbito antes de completar 100 dias de TCTH, e dois antes de completar 180 dias.

A coleta de dados ocorreu na ala de internamento e no ambulatório do STMO, em três etapas: no pré-TCTH, pós 100 dias e pós 180 dias do TCTH. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados com instrumento próprio no pré-TCTH. Nas três etapas foram aplicados os questionários *Quality of Life Questionnaire-Core 30* (QLQ C-30) - versão 3.0, português Brasil, elaborado pela EORTC, e o *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation* (FACT-BMT) - versão 4.0, português Brasil, elaborado pela FACIT. O QLQ C-30 é dividido em escalas funcionais e de sintomas; seus resultados foram calculados de acordo com o *Scoring Manual* da EORTC.¹⁵ O FACT-BMT é dividido em domínios (bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional, bem-estar funcional, preocupações adicionais). Seus resultados foram calculados conforme descrito no *Scoring Manual* da FACIT.¹⁶

Os dados sociodemográficos e clínicos foram analisados de forma descritiva e expressos em frequência absoluta e relativa. Os dados dos questionários de QV foram organizados em tabelas e analisados conforme orientação da EORTC e FACIT, expressos em média (M) e desvio padrão (DP).

Para a comparação dos tipos de transplante foi aplicado o teste de Mann Whitney, e para a comparação entre as etapas foi aplicado o Teste de Friedman, complementado pelo Teste de Diferença Mínima Significativa de Comparações Múltiplas (p valor), com nível de significância de 5%. Assim, os resultados com p valor abaixo de 0,05 foram considerados significantes ($p < 0,05$). Os cálculos foram realizados por profissional estatístico. Para análise foi utilizado o *software* Statistica 7.0.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, disposta na tabela 1, mostra que a média de idade foi de 36 anos, 53% (n=29) são do sexo

masculino e 55% (n=30) são casados ou declararam união estável. Em relação ao diagnóstico, 65% (n=36) apresentaram algum tipo de leucemia e 38% (n=21) submeteram-se ao TCTH alogênico não aparentado.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. Curitiba,PR, Brasil. 2013-2015 (n=55)

Variáveis sociodemográficas e clínicas	n	%
Sexo		
Masculino	29	53
Feminino	26	47
Estado civil		
Solteiros	23	42
Casados ou união consensual	30	54
Separados ou divorciados	2	4
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	17	31
Ensino médio completo	24	44
Ensino superior completo	14	25
Ocupação		
Economicamente ativos (empregados e autônomos)	35	64
Aposentados	5	9
Do lar	5	9
Estudantes	10	18
Diagnóstico		
Leucemias	36	65
Linfomas	10	18
Mieloma múltiplo	8	15
Síndrome mielodisplásica	1	2
Tipo de transplante		
Alogênico aparentado	18	33
Alogênico não aparentado	21	38
Autólogo	16	29
Fonte das células		
Medula óssea	27	49
Sangue periférico	28	51

Os dados relacionados à QV global da amostra total (autólogo e alogênico) mensurada no QLQ-C30 apresentou as seguintes médias: 76,82, 74,39 e 76,97, no pré-TCTH, pós 100 dias e pós 180 dias, respectivamente. Houve desempenho inferior no pós 100 dias quando comparado à etapa basal, entretanto há recuperação da média no pós 180 dias. Desempenho semelhante foi alcançado em relação à QV geral mensurada pelo FACT-BMT, cujas médias foram 108,40, 108,14 e 112,45, nas três etapas do estudo.

Observa-se que a média obtida no pós 180 dias foi superior a da etapa pré-TCTH.

Os resultados expressos na tabela 2 demonstram os escores significativos entre o grupo autólogo e o alogênico nas três etapas do estudo. Observa-se que em ambos os grupos houve recuperação da função física e da social no pós 180 dias de transplante quando se compara com a etapa basal, o que sugere uma melhora nesses domínios ao longo do tratamento.

Tabela 2 - Escores significativos do *Quality of Life Questionnaire-Core 30* e do *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation* dos pacientes autólogos e alogênicos obtidos nas três etapas do estudo. Curitiba, PR, Brasil, 2013-2016. (n=55)

Escore	Autólogo			Alogênico		
	pré-TCTH (n=16)	pós 100 dias (n=13)	pós 180 dias (n=12)	pré-TCTH (n=39)	pós 100 dias (n=28)	pós 180 dias (n=26)
	Média	Média	Média	Média	Média	Média
<i>Quality of Life Questionnaire-Core 30</i>						
Função física	72,92	82,56	79,44	77,09	74,76	80,51
Função social	62,50	71,79	86,11	52,14	52,98	67,95
Fadiga	22,22	26,50	27,78	21,37	28,97	24,79
Dor	30,21	20,51	18,06	14,10	17,26	13,46
Perda de apetite	20,83	5,13	16,67	16,24	27,38	16,67
<i>Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation</i>						
Bem-estar funcional	18,94	20,23	18,67	19,54	16,25	18,65
TOI*	67,44	73,62	73,75	69,79	64,98	70,46
FACTG†	80,20	84,45	84,14	80,79	77,57	82,09

*TOI: índice de avaliação de resultado do tratamento (bem-estar físico/bem-estar funcional/preocupações adicionais); †FACTG: avaliação geral (bem-estar físico/bem-estar social e familiar/bem-estar emocional/ bem-estar funcional);

Ao comparar os escores significativos da amostra total entre as três etapas do estudo, expressos na tabela 3, observa-se que o sintoma fadiga apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$) entre o basal e o pós 100 dias.

Tabela 3 - Escores significativos do *Quality of Life Questionnaire-Core 30* e do *Functional Assessment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation* entre as três etapas do estudo. Curitiba-PR, Brasil, 2013-2016. (n=55)

Escore	p valor	1ª etapa	1ª etapa	2ª etapa
		x 2ª etapa	x 3ª etapa	x 3ª etapa
<i>Quality of Life Questionnaire-Core 30</i>				
Função física	0,26	-	-	-
Função social	0,03*	$p<0,05^*$	-	-
Fadiga	0,006*	$p<0,01^*$	-	-
Dor	0,92	-	-	-
Perda de apetite	0,96	-	-	-
<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Bone Marrow transplantation</i>				
Bem-estar funcional	0,001*	$p<0,01^*$	-	-
TOI†	0,02*	$p<0,05^*$	-	-
FACTG‡	0,15	-	-	-

Teste de Friedman; *Dados estatisticamente significantes; †TOI: índice de avaliação de resultado do tratamento (bem-estar físico/ bem-estar funcional/ preocupações adicionais); ‡FACTG: Avaliação geral (bem-estar físico/bem-estar social e familiar/ bem-estar emocional/ bem-estar funcional).

As médias de QV global e geral mensuradas pelo QLQ-C30 e FACT-BMT expressas nas figuras 1 e 2, respectivamente, evidenciam desempenho semelhante entre os pacientes submetidos ao TCTH autólogo e alogênico nas três etapas do estudo.

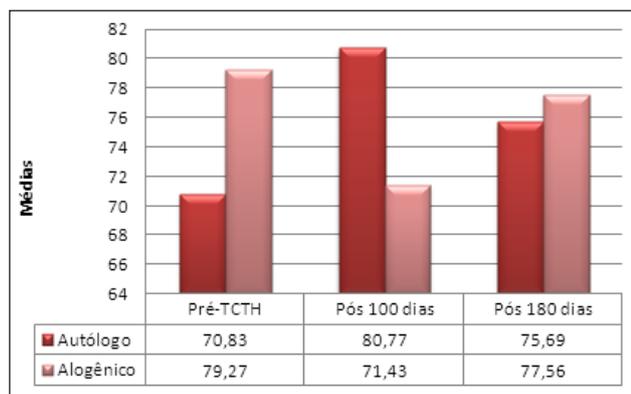


Figura 1 - Médias de qualidade de vida global do *Quality of Life Questionnaire-Core 30* dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo e alogênico obtidas nas três etapas do estudo. Curitiba-PR, Brasil, 2013-2016. (n=55)

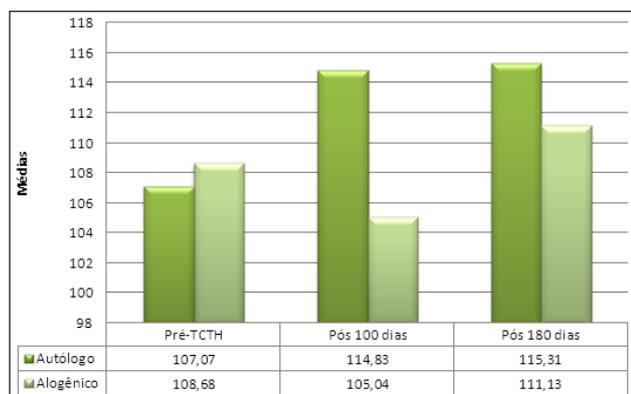


Figura 2 - Médias de qualidade de vida geral do *Functional Assesment Cancer Therapy-Bone Marrow Transplatation* dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo e alogênico obtidas nas três etapas do estudo. Curitiba-PR, Brasil, 2013-2016. (n=55)

DISCUSSÃO

A gravidade da doença, bem como a agressividade do tratamento, inspira cuidados extremos, visando a evitar a ocorrência de agravos que predisponham o paciente ao risco de óbito. No decorrer da pesquisa, 14 pacientes (25,45%) evoluíram a óbito antes de completarem seis meses de transplante, sendo que 85,7% destes ocorreram antes de completarem 100 dias. Esse dado sugere que os primeiros 100 dias pós-transplante pertencem a um período crítico do tratamento, com comprometimento físico da sua QV, suscetibilidade à ocorrência de infecções e outras complicações agudas, além de refletir o risco de mortalidade envolvido.

O paciente com câncer hematológico submetido ao TCTH faz parte de uma população específica que, por conta da própria doença e terapêutica administrada, demanda apoio e cuidados de toda equipe multidisciplinar no enfrentamento do processo saúde doença. Torna-se essencial conhecer o perfil e as alterações em cada etapa do tratamento, pois favorece o estabelecimento de ações no planejamento do cuidado individualizado e efetivo objetivando uma melhor QV.

A análise sociodemográfica deste estudo revelou que as diferenças entre os sexos feminino e masculino são pequenas, dado reforçado quando se observa que, na média nacional, 54% dos casos de câncer hematológico deverão ocorrer em pacientes do sexo masculino.¹ Homens e mulheres podem ser afetados pelo câncer hematológico e quando são submetidos a um tratamento complexo como o TCTH sofrem com os efeitos e condições advindas desta terapêutica e o impacto em sua QV é inevitável, atingindo não somente o paciente, mas também toda sua família. Além disso, no presente estudo, 54% dos pacientes declararam-se casados ou em união consensual, dados que se assemelham com os encontrados em estudos realizados no Brasil e no exterior.^{5,17-19}

O apoio familiar é substancial para o paciente que se submete ao TCTH, pois quando esse se encontra nas fases iniciais do tratamento, especialmente durante o internamento hospitalar, necessita sentir-se seguro e ter a certeza de que não está só neste momento delicado de sua vida.

Outro dado social importante que poderá contribuir para uma melhor ou pior QV concerne à escolaridade: 44% dos pacientes declararam possuir o ensino médio e 25% o ensino superior. Estudos realizados na Holanda e Estados Unidos com pacientes adultos confirmam o resultado encontrado.¹⁹⁻²¹ Uma maior escolaridade favorece o entendimento às questões relacionadas ao tratamento, principalmente no que se refere às orientações durante o período de internamento e após a alta hospitalar. É imprescindível que ocorra esse entendimento, tornando o paciente predisposto ao desenvolvimento do autocuidado e participante ativo na busca pelo êxito em sua trajetória terapêutica e da recuperação das suas atividades de vida.

No que diz respeito aos dados clínicos, o estudo evidencia que os diagnósticos mais frequentes foram as leucemias, presentes em 65% dos casos. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), as leucemias estão entre os cânceres hematológicos mais incidentes

no Brasil, que tinha uma previsão de ocorrência de 10.070 novos casos em 2016, sendo 55% entre os homens.¹ Resultados semelhantes foram constatados em um estudo realizado em Anatólia, na Turquia, com 82 pacientes adultos submetidos ao TCTH, em que 44% tinham o diagnóstico de leucemia.²² É importante destacar que o diagnóstico de uma doença maligna impacta de forma negativa na vida de qualquer pessoa devido à incerteza do que acontecerá no futuro, de como seu organismo irá reagir ao tratamento, o que acaba por interferir em sua QV.¹⁴

Em 51% dos TCTH, a fonte de células-tronco prevalente foi o sangue periférico, o que corrobora com os demais estudos.²³⁻²⁶ No que se refere ao tipo de transplante, o estudo revelou que o TCTH alogênico ocorreu em 71% dos casos. Assim como os resultados encontrados em outros estudos realizados em adultos e idosos no Brasil e nos Estados Unidos, em que 61% e 72% dos pacientes, respectivamente, se submeteram ao TCTH alogênico.²⁷⁻²⁸ Difere dos resultados encontrados nos estudos realizados na Espanha e na Índia em que, respectivamente, 59% e 70% dos TCTH foi do tipo autólogo.²³⁻²⁴ O fato das CTHs serem provenientes de um doador aparentado ou não, pode aumentar o risco de ocorrência de complicações como a DECH, implicando em alterações nos domínios de QV.

Também se deve levar em consideração que o local onde foi realizado o estudo é referência mundial também pelo quantitativo de TCTH alogênicos que realiza anualmente, sendo esse um diferencial desse serviço no Brasil e no mundo. Sabe-se que a modalidade de TCTH alogênico tem uma complexidade maior em termos de variáveis a serem controladas. Há a preocupação com as compatibilidades necessárias entre doador e receptor, no entanto, ambas as modalidades de TCTH possuem demandas de alta complexidade, salvaguardadas suas peculiaridades, o que interfere significativamente na recuperação da QV.

Os domínios de QV mensurados pela aplicação dos questionários QLQ-C30 e FACT-BMT, no presente estudo, possibilitaram identificar as alterações que ocorrem ao longo do processo terapêutico. Os achados demonstram que a QV global mensurada no QLQ-C30 manteve-se com médias relativamente altas na amostra total durante os primeiros seis meses após o transplante. Nas três etapas do estudo, as médias mantiveram-se acima de 74 pontos, o que indica um desempenho satisfatório, bem como a QV geral mensurada no FACT-BMT, que nas três etapas apresentou médias superiores a

108 pontos, sugerindo que os pacientes consideram seu estado geral de saúde bom. Ressalta-se que as médias atingidas após seis meses de transplante apresentam-se superiores às mensuradas na etapa pré-TCTH, portanto, os resultados demonstram que a QV geral melhora após seis meses de TCTH.

Esse resultado é ratificado pela revisão realizada em 38 artigos abrangendo 2.804 pacientes adultos submetidos ao TCTH autólogo e alogênico em centros transplantadores na Alemanha, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Canadá, Taiwan e Estados Unidos, utilizando o QLQ-C30 antes e após o transplante. Nesse estudo foi observado que a QV global se apresenta reduzida durante o internamento, entretanto se recupera ao patamar basal em até um ano após o transplante.²⁹

Na Espanha, o estudo que avaliou a QV de 39 pacientes adultos submetidos ao TCTH, nas etapas basal, pós dois meses e pós nove meses, evidenciou que a QV geral é pior aos dois meses em relação ao basal, entretanto, melhora aos nove meses, confirmando uma evolução positiva ao longo do processo terapêutico. Esse mesmo estudo faz um comparativo entre autólogos e alogênicos e conclui que o tipo de TCTH não influenciou a QV nas três etapas. Entretanto, diferença significativa entre os grupos foi observada na escala física.²³

Na escala do QLQ-C30, os domínios função física e função social apresentaram resultados com médias superiores após seis meses de transplante em relação ao basal, em ambos os grupos. Destaca-se que a maior diferença entre as médias foi evidenciada no domínio função social. Quando se compara o grupo autólogo e alogênico, observa-se que as médias do grupo autólogo são ligeiramente superiores ao alogênico. A melhora do desempenho no domínio social é um resultado esperado, uma vez que no período de internamento o paciente permanece isolado e muitas vezes seu único contato presencial é com o familiar que o acompanha, além da equipe que o assiste. É natural que após o período de hospitalização, ele já recuperado, retorne ao convívio social que tinha antes de iniciar o tratamento.

No domínio função física, a análise estatística evidenciou uma melhora gradual neste ao longo de seis meses pós-transplante. As médias foram elevadas, isto é, acima de 70 pontos em todas as etapas. Ressalta-se que a pontuação máxima é 100, o que sugere uma boa recuperação física que ocorre com o passar do tempo, com as médias da etapa pós 180 dias recuperadas e superiores às da basal. Segundo a literatura,²⁹ o nível pré-transplante é alcançado entre sete e 12 meses após o transplante. Entretanto, ain-

da no período de hospitalização, deve-se procurar preservar a função física do paciente. A enfermagem deve auxiliar e supervisionar a prática de exercícios; estimular o paciente a sair com frequência do leito; orientar a utilização da poltrona para assistir televisão, ou para uma simples leitura. A prática de atividade física regular realizada pelos pacientes submetidos ao TCTH, além de melhorar a aptidão, pode reduzir sintomatologias e contribuir para uma melhor QV e aumento da sobrevida.³⁰

No presente estudo, em relação à fadiga, o grupo autólogo apresentou escores estatisticamente significantes ($p=0,006$) entre a etapa basal e o pós 100 dias, evidenciando um aumento significativo do sintoma entre essas etapas, em relação ao alogênico. É relevante ressaltar que nos primeiros 100 dias após o transplante o paciente ainda se encontra sob os efeitos residuais das drogas recebidas desde o período de condicionamento e muitas dessas possuem efeitos colaterais ou adversos com potencial para aumentar a sintomatologia. A observação dos resultados da escala de sintomas fornece indicativos ao enfermeiro de quais os domínios afetados em determinados momentos do tratamento e possibilita a implementação de ações direcionadas à redução desses sintomas que possuem um alto potencial incapacitante e interferem negativamente na QV.

Sintomas como fadiga, insônia e perda de apetite interferem nas funções físicas, emocionais, cognitivas e sociais, relacionando os efeitos colaterais do tratamento à redução da QV dos pacientes.^{3,5,31} Estudo realizado na Turquia aponta que fadiga, dor, e perda de apetite se tornam mais intensos após o TCTH quando se compara com o pré-transplante, e que os pacientes devem ser avaliados individualmente em todos os domínios de QV. Acrescentam que a enfermagem deve auxiliar os pacientes no enfrentamento dos sintomas com intervenções eficazes baseadas na avaliação da QV.²²

No Brasil, estudos utilizando o QLQ-C30 apontam prevalência de fadiga, insônia e perda de apetite, sendo a fadiga a mais presente e persistente ao longo do tempo.^{3,29}

A perda de apetite foi mais intensa no grupo autólogo na etapa pré-TCTH e no grupo alogênico na etapa pós 100 dias. Entretanto, as médias se igualam na etapa pós 180 dias. Alguns estudos já citados^{3,5,22,29} trazem a perda de apetite como um dos sintomas mais presentes manifestados pelos pacientes submetidos ao TCTH. Aos primeiros sinais deste, a equipe assistencial não deve tardar em implementar ações que revertam tal situação, pois em pouco tempo o paciente pode ficar desnutrido e

seu quadro clínico evoluir negativamente, comprometendo assim sua saúde e QV.

Outro sintoma prevalente em pacientes oncológicos é a dor. Nesse estudo, as médias apresentaram-se mais elevadas no grupo autólogo nas três etapas da pesquisa, porém não houve diferença significativa entre os grupos. No entanto, observa-se a redução no decorrer dos seis meses após o transplante em ambos os grupos. Esse resultado é corroborado pelo estudo²¹ realizado em Massachusetts, em que evidenciaram o sintoma de dor como um dos mais relatados durante o tratamento, tanto em pacientes submetidos ao TCTH autólogo quanto alogênico, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre os tipos de TCTH.

Durante o tratamento, diversas ocorrências podem provocar esse sintoma no paciente, especialmente no período de hospitalização. Condições clínicas como a mucosite, dores abdominais, entre outras, são frequentes e causam desconforto e sofrimento, rebaixando assim a QV. O manejo da dor no TCTH deve ser realizado de forma efetiva, cada paciente deve ser avaliado individualmente. A enfermagem deve detectar os fatores que possam estar contribuindo e potencializando esse sintoma. Medidas farmacológicas são importantes, entretanto, a introdução de medidas não farmacológicas associadas na assistência podem trazer conforto a esse paciente e contribuir para sua melhor QV.

No que se refere à avaliação do índice de resultado do tratamento (FACT TOI) que engloba bem-estar físico, bem-estar funcional e preocupações adicionais, as médias foram semelhantes entre os grupos na etapa pré-TCTH e no pós 180 dias, porém na etapa pós 100 dias observa-se um melhor desempenho no grupo autólogo, com diferença significativa em relação ao alogênico.

Em relação à avaliação geral FACTG que engloba os domínios bem-estar físico, bem-estar funcional, bem-estar social e familiar, e bem-estar emocional, as médias elevadas refletem o bom desempenho e satisfação dos pacientes durante os primeiros seis meses pós-transplante. Nos grupos autólogo e alogênico as médias foram semelhantes, a análise dos resultados não confirmou diferenças significantes entre os grupos.

Salvaguardadas as diferenças clínicas, autólogos e alogênicos demonstram alterações similares na QV, entretanto, há uma escassez de literaturas que objetivem avaliar as diferenças de QV entre pacientes submetidos a essas modalidades de TCTH ao longo do tempo.³² A enfermagem tem a prerrogativa de ser a equipe que está mais próxima

e participar ativamente no tratamento em suas diferentes fases. Assim, deve procurar preencher essa lacuna inserindo-se cada vez mais em pesquisas que abordem a temática.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu evidenciar o que se altera na QV dos pacientes adultos com câncer hematológico submetidos ao TCTH ao longo dos primeiros seis meses de tratamento.

Os resultados demonstram aspectos que vão além da sintomatologia clássica advinda das terapêuticas administradas; possibilitaram o conhecimento acerca de questões pertinentes que englobam as dimensões das necessidades de cuidado dispensado ao paciente submetido ao TCTH. Apesar de o TCTH ser um tratamento complexo e agressivo, percebe-se que os pacientes consideram sua qualidade de vida geral satisfatória ao longo do processo terapêutico.

Os achados do estudo evidenciam que uma parcela significativa, 69% dos pacientes da amostra, recupera sua QV após os primeiros seis meses de TCTH. Tanto aqueles submetidos ao TCTH autólogo quanto ao alogênico obtiveram médias de QV global e geral relativamente boas nas três etapas da pesquisa. Entretanto, a escassez de estudos nacionais e internacionais que comparem a QV entre autólogos e alogênicos foi um fator limitador dessa pesquisa, uma vez que há impossibilidade de se comparar diferentes resultados.

Todavia, ao evidenciar o que se altera na QV dos pacientes, o estudo traz como contribuição, especialmente ao enfermeiro, profissional da equipe assistencial com maior proximidade do paciente em todas as etapas do tratamento, alicerce para a construção de um plano de ação efetivo e individualizado com vistas a suprir as necessidades do paciente, além de direcionar novos estudos sobre qualidade de vida em oncologia, apontando outras vertentes do tema.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2016 [cited 2016 May 30]. Available from: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf
2. Union for International Cancer Control. Cancer Today. Switzerland: UICC; 2015 [cited 2015 Jul 18]. Available from: <https://goo.gl/m4u8uA>
3. Públio GB, Silva KO, Viana GFS. Qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Ciênc Desenvolv [Internet]. 2014 Jul-Dec [cited 2017 Jul 30]; 7(2):244-57. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article/view/329/209>
4. European Organization For Research And Treatment Of Cancer (EORTC). Bélgica: EORTC; 2015 [cited 2015 Jun 23]. Available from: <http://www.eortc.be>
5. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 May 15]; 47(2):355-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200012>
6. World Health Organization (WHO). WHOQOL Measuring quality of life. The world health organization quality of life instruments (The WHOQOL 100 and the WHOQOL Bref). Geneva, 1997 [cited 2015 May 29]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
7. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definições, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo (SP): Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo; 2012 [cited 2015 Jun 15]. Available from: http://www.each.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf
8. Mercês NNA das, Erdmann AL. Nursing and hematopoietic stem cell transplantation: scientific production from 1997 to 2007. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 Mar-Abr [cited 2015 Jun 15]; 23(2):271-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200019>
9. Matias AB, Oliveira-Cardoso EA, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MA. Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico: um estudo longitudinal. Estud Psicol [Internet]. 2011 Apr-Jun [cited 2015 Jun 27]; 28(2):187-97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200006>
10. Bonassa EMA, Mancusi FCM. Transplante de medula óssea e de células-tronco hematopoéticas. In: Bonassa EMA, Gato MIR. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2012.
11. Voltarelli JC, Pasquini R, Ortega ETT, organizadores. Transplante de células-tronco hematopoéticas. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2009.
12. Garnica M, Machado C, Cappellano P, Carvalho VVH, Nicolato A, Cunha CA, et al. Recomendações no manejo das complicações infecciosas no transplante de células-tronco hematopoéticas. Rev Bras Hematol Hemoter [Internet]. 2010 [cited 2016 May 25]; 32(1):140-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s1/aop26010.pdf>
13. Funke VM, Flowers MED. Complicações tardias pós-transplante de células tronco hematopoéticas. In: Voltarelli JC, Pasquini R, Ortega ETT, organizadores.

- Transplante de células-tronco hematopoéticas. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2009.
14. Guimarães RCR, Gonçalves RPF, Limas CA, Torres MR, Silva CSO. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. *J Res: Fundam Care Online* [Internet]. 2015 Abr-Jun [cited 2015 Jun 27]; 7(2):2440-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2440-2552>
 15. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curan D, Bottonmley. On behalf of the EORTC quality of life group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3^a ed. Brussels (BE): European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
 16. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Eval Health Prof* [Internet]. 2005 Jun [cited 2015 Jan 23]; 28(2):212-32. Available from: <http://ehp.sagepub.com/content/28/2/212.full.pdf>
 17. Cohen MZ, Rozmus CL, Mendoza TR, Padhye NS, Neumann J, Gning I, et al. Symptoms and quality of life in diverse patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2012 Aug [cited 2015 Oct 11]; 44(2):168-80. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.08.011>
 18. Ferreira Júnior MA, Ivo ML, Pontes ERJC, Carvalho DPSRP, Vitor AF. Perfil sociodemográfico e clínico de portadores de síndromes mielodisplásicas. *Biosci J* [Internet]. 2014 Jul-Aug [cited 2015 Aug 21]; 30(4):1269-77. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/23749/14779>
 19. Braamse AM, van Meijel B, Visser O, Huijgens PC, Beekman AT, Dekker J. Distress, problems and supportive care needs of patients treated with auto or allo-SCT. *Bone Marrow Transplant* [Internet]. 2015 Oct [cited 2016 Jul 21]; 49(2):292. Available from: <https://dx.doi.org/10.1038/bmt.2013>
 20. 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 Mar [cited 2016 Jul 21]; 23(3):797-807. Available from: <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2420-z>
 21. El-Jawahri A, Traeger LN, Kuzmuk K, Eusebio JR, Vandusen HB, Shin JA, et al. Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Aug 08]; 121(6):951-9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1002/cncr.29149>
 22. Ovayolu O, Ovayolu N, Kaplan E, Pehlivan M, Karadag G. Symptoms and quality of life before and after stem cell transplantation in cancer. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2014 May-Jun [cited 2016 Aug 29]; 29(3):803-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.293.3290>
 23. Seixas MR, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos. *Index Enferm* [Internet]. 2014 Oct-Dec [cited 2015 Aug 02]; 23(4). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014003300004
 24. Shah CA, Karanwal A, Desai M, Pandya M, Shah R, Shah R. Hematopoietic stem-cell transplantation in the developing world: experience from a center in western India. *J Oncol* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 04]; 2015:710543. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/710543>
 25. Shokouhi S, Brays S, Bakhtiyari S, Sayehmiri K, Alimoghdam 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 Jul [cited 2016 Set 12]; 9(3):112-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529677/pdf/IJHOSCR-9-112.pdf>
 26. Palmer J, Chai X, Martin PJ, Weisdorf D, Inamoto Y, Pidala J. Failure-free survival in a prospective cohort of patients with chronic graft-versus-host disease. *Haematologica.* [Intrnet]. 2015 May [cited 2017 Jul 30]; 100(5):690-5. Available from: <http://www.haematologica.org/content/100/5/690.full.pdf+html>
 27. Silva JB, Póvoa VCO, Lima MHM, Oliveira HC, Padilha KG, Secoli SR. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 08]; 49(Esp):93-100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700014>
 28. Sun CL, Kersey JH, Francisco L, Armenian SH, Baker KS, Weisdorf DJ, et al. Burden of morbidity in 10+ year survivors of hematopoietic cell transplantation: a report from the bone marrow transplant survivor study. *Blood Marrow Transplant* [Internet]. 2014 Jul [cited 2017 Jul 30]; 19(7):1073-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691346/pdf/nihms467933.pdf>
 29. 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* [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 01]; 47(4):473-82. Available from: <https://dx.doi.org/10.1038/bmt.2011.107>
 30. Fiuza-Luces C, Simpson RJ, Ramírez M, Lucia A, Berger NA. Physical function and quality of life in patients with chronic graft-versus-host-disease: a summary of preclinical and clinical studies and a call for exercise intervention trials in patients. *Bone Marrow Transplant* [Internet]. 2016 Jan [cited 2017 Jul 30]; 51(1):13-26. Available from: <https://www>

- ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4703521/pdf/nihms724761.pdf
31. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2016 May 15]; 17(4):750-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/17.pdf>
32. García CM, Mumby PB, Thilges S, Stiff PJ. Comparison of early quality of life outcomes in autologous and allogeneic transplant patients. *Bone Marrow Transplant* [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Sep 01]; 47(12):1577-82. Available from: <https://dx.doi.org/10.1038/bmt.2012.77>