



ORIGINALES

Qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco autólogo e alogênico na hospitalização.

Calidad de vida de los pacientes sometidos al trasplante de células-tronco autólogo y alogénico en la hospitalización

Quality of life of patients submitted to autologous and allogeneic stem cell transplant in hospitalization

Celina Angélica Mattos Machado ¹
Sibéli de Fátima Ferraz Simão Proença ²
Angela da Costa Barcellos Marques ²
Maria de Fátima Mantovani ⁴
Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães⁵
Luciana Puchalski Kalinke ⁶

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – Mestrado Profissional. Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba, Paraná, Brasil.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) – Curitiba, Paraná, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba, Paraná, Brasil.

⁵Estatístico. Doutor em Engenharia Florestal. Docente do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba, Paraná, Brasil.

⁶Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: celina.ufpr@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.304281>

Submissão: 14/09/2017

Aprovação: 1/01/2018

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes adultos com câncer hematológico de acordo com a modalidade de transplante de células-tronco hematopoética durante as etapas de hospitalização.

Método: Estudo quantitativo, observacional, longitudinal e analítico, com 55 participantes adultos, diagnosticados com câncer hematológico que se submeteram ao transplante de células-tronco hematopoéticas de setembro de 2013 a novembro de 2015. Foram utilizados três instrumentos, um para caracterização sociodemográfica e clínica e dois instrumentos para avaliação da qualidade de vida: o *Quality Of Life Questionnaire - Core30 (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, desenvolvido pela *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)*, ambos validados para o Brasil.

Resultado: Os resultados demonstraram que a média de idade para o transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo foi 45 anos e predomínio do diagnóstico mieloma múltiplo e para o transplante de células-tronco alogênico foi 31 anos e como diagnóstico predominante a leucemia. A avaliação da qualidade de vida com ambos os questionários e modalidades demonstrou que há queda significativa dos valores em todos os domínios avaliados, com predomínio de piores pontuações no período de pancitopenia, exceto para a função emocional.

Conclusão: A presente pesquisa conclui que o transplante de células-tronco hematopoéticas altera a qualidade de vida durante a hospitalização para ambas as modalidades de transplante. Cabe à enfermeira promover intervenções para melhorar a Qualidade de Vida dos pacientes, abrangendo domínios físicos, emocionais, sociais e funcionais.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; Enfermagem Oncológica; Hospitalização.

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes adultos con cáncer hematológico de acuerdo con la modalidad de trasplante de células madre hematopoyéticas durante las etapas de hospitalización.

Método: Estudio cuantitativo, observacional, longitudinal y analítico con 55 participantes adultos diagnosticados con cáncer hematológico sometidos al trasplante de células madre hematopoyéticas desde septiembre de 2013 hasta noviembre de 2015. Se utilizaron tres instrumentos, uno para caracterización sociodemográfica y clínica y dos instrumentos para evaluar la calidad de vida: el *Quality Of Life Questionnaire - Core30* (QLQ-C30), versión 3.0 portugués, desarrollado por la *European Organization Research Treatment of Cancer* (EORTC) y el cuestionario *Functional Assessment Cancer Therapy- Bone Marrow Transplantation* (FACT-BMT), versión 4.0 portugués, desarrollado por la *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), ambos validados para Brasil.

Resultado: Los resultados demostraron que el promedio de edad para el trasplante de células madre hematopoyéticas autólogo fue de 45 años, el predominio del diagnóstico mieloma múltiple y para el trasplante de células madre alogénico fue de 31 años y como diagnóstico predominante la leucemia. La evaluación de la calidad de vida con ambos cuestionarios y modalidades demostró descenso significativo de los valores en todos los dominios evaluados, con predominio de peores puntuaciones en el período de pancitopenia, excepto para la función emocional.

Conclusión: La presente investigación concluye que el trasplante de células madre hematopoyéticas altera la calidad de vida durante la hospitalización para ambas modalidades de trasplante. Los enfermeros deben promover intervenciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, abarcando dominios físicos, emocionales, sociales y funcionales.

Palabras clave: Calidad de vida; Trasplante de células madre hematopoyéticas; Enfermería Oncológica; Hospitalización.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the quality of life of adult patients with hematologic cancer according to the modality of hematopoietic stem cell transplant during hospitalization stages.

Method: A quantitative, observational, longitudinal and analytical study with 55 adult participants diagnosed with hematologic cancer who underwent hematopoietic stem cell transplant between September 2013 and November 2015. Three instruments were used, one for sociodemographic and clinical characterization, and two instruments for quality of life assessment, as follows: the *Quality Of Life Questionnaire - Core30* (QLQ-C30), version 3.0 in Portuguese developed by the *European Organization Research Treatment of Cancer* (EORTC) and the *Functional Assessment Cancer Therapy- Bone Marrow Transplantation* (FACT-BMT) questionnaire, version 4.0 in Portuguese developed by the *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), both validated for Brazil.

Result: The results showed the mean age for autologous hematopoietic stem cell transplant was 45 years, the prevalence of multiple myeloma diagnosis and for allogeneic stem cell transplant was 31 years, and leukemia was the predominant diagnosis. The quality of life assessment with both questionnaires and modalities showed a significant decrease in values in all domains evaluated, with predominance of worse scores in the pancytopenia period, except for the emotional function.

Conclusion: The present study concludes that hematopoietic stem cell transplant changes the quality of life during hospitalization for both transplant modalities. The promotion of interventions to improve patients' quality of life by covering physical, emotional, social and functional domains is the nurses' role.

Keywords: Quality of Life; Hematopoietic stem cell transplantation; Oncology Nursing; Hospitalization.

INTRODUÇÃO

O número de casos novos de câncer aumentará de 14,1 milhões em 2012 para 21,6 milhões em 2030. Mais de 70% dos casos de mortes por câncer ocorrem nos países de baixa e média renda ⁽¹⁾. Para o Brasil, estima-se a ocorrência para 2016 e 2017 de 600 mil novos casos, com destaque para alguns cânceres hematológicos como os linfomas e as leucemias, com 10.010 e 12.710 novos casos, respectivamente ⁽²⁾.

A imunoterapia, a quimioterapia associada ou não a radioterapia e o transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) são opções de tratamento para o câncer hematológico. Este último se consolidou como terapia ao alcançar a marca mundial de um milhão em dezembro de 2012 ⁽³⁾, e continua em crescimento expressivo segundo a *Worldwide Network of Blood and Marrow Transplantation* (WBMT) ⁽⁴⁾.

O TCTH trata-se de uma modalidade de tratamento que objetiva a cura ou a remissão de diversas patologias. Pode ser subdividido em autólogo quando as células-tronco hematopoéticas (CTH) são advindas do próprio paciente e alogênico (quando as CTH são extraídas de outro indivíduo, aparentado ou não) ⁽⁵⁾. A escolha da fonte de células e sua modalidade levam em consideração, a doença, a condição do paciente e a disponibilidade do doador ⁽⁶⁾.

Considerado como uma terapia relativamente longa, o TCTH é dividido em etapas a partir da hospitalização do paciente. A primeira consiste no condicionamento, com objetivo erradicar a doença, induzir a imunossupressão para receber o enxerto e possibilitar a reconstituição da hematopoese. Esta fase compreende em média 7 a 10 dias pré-infusão das CTH ⁽⁷⁾, a infusão ocorre no denominado Dia Zero.

Após a infusão das CTH o paciente perpassa pelo período de pancitopenia (diminuição simultânea de todos os elementos figurados do sangue - glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas), fica suscetível à diversas infecções e aos efeitos tóxicos dos quimioterápicos ⁽⁸⁾. O maior número de alterações físicas, emocionais e sociais acontecem nessa etapa ⁽⁹⁾. A reconstituição da hematopoese e repovoamento da medula óssea ocorre entre os dias 10 e 28 após a infusão, ainda na hospitalização. A modalidade de TCTH, número de CTH infundidas e a ausência de complicações determinam o sucesso destas fases ⁽⁸⁾.

Neste contexto, a hospitalização torna-se o marco para uma série de modificações que acompanharão o paciente, interferindo nas atividades de vida diária e alterando a qualidade de vida (QV). De acordo com a *World Health Organization* (WHO) QV é definida como: “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ^(10, p.1). Avalia-la nas diferentes fases e modalidades do TCTH possibilita o incremento de ações e orientações com vistas a melhorar o manejo clínico ⁽¹¹⁾ e identificar populações com alto risco de complicações.

A avaliação da QV de acordo com o aspecto multidimensional (físico, psicológico e social) e com a percepção do próprio paciente, nesta população, pode fornecer informações que auxiliem na tomada de decisão quanto ao tratamento e seus resultados ⁽¹²⁾. Ademais, pode dar suporte às ações de enfermagem com vistas a melhoria da QV, visando os aspectos físicos, emocionais, sociais, entre outros. Assim, esta pesquisa objetiva avaliar a QV dos pacientes adultos com câncer hematológico de acordo com a modalidade de TCTH durante as etapas de hospitalização.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa observacional, longitudinal e analítica, realizada no Serviço de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, localizado em um hospital público de referência nesta modalidade de tratamento no Brasil.

Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos, com câncer hematológico, internados para serem submetidos ao TCTH. Excluídos os que não tinham condições físicas para o preenchimento dos questionários, e descontinuados quando retirado o consentimento ou óbito.

O período de coleta de dados ocorreu de setembro de 2013 a novembro de 2015. A amostra não probabilística, porém, baseada no número de transplante entre 2012 a 2014 foi composta de 55 pacientes adultos. Na etapa pré-TCTH 100% dos pacientes participaram do estudo, na segunda etapa período de pancitopenia entre os dias cinco e dez após a infusão das CTH, 50 participantes e na terceira, pré-alta hospitalar, 49 participantes responderam os questionários. As perdas foram decorrentes de seis óbitos.

Instrumentos

Três instrumentos foram utilizados para coleta de dados: um para caracterização sócio-demográfica e clínica e dois questionários para avaliação da QV – o *Quality of Life Questionnaire Core C30* (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 a avaliação da QV em TCTH, desenvolvido pela *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), ambos traduzidos e adaptados para o Brasil.

O questionário QLQ C30 é composto por 30 questões sobre a QV Global, escala funcional (funcionamento físico, emocional, cognitivo, social e desempenho pessoal) e escala de sintomas, com dados expressos em pontuações de 0 a 100. Um score maior nas escalas funcionais e na QV global representam uma melhor avaliação da QV, para escalas de sintomas, quanto maior a pontuação, pior a QV⁽¹³⁾.

O FACT BMT apresenta-se em cinco domínios, quatro são genéricos para todos os pacientes com câncer, o que totaliza 27 questões: bem-estar físico (7 questões que englobam aspectos como falta de energia, náusea e dor); bem-estar social/familiar (7 questões sobre proximidade e apoio de amigos e familiares); bem-estar funcional (7 questões sobre trabalhar e desfrutar da vida); bem-estar emocional (6 questões que englobam tristeza, preocupação com piora e morte). O domínio intitulado preocupações adicionais (23 questões) se refere aos aspectos específicos do TCTH⁽¹⁴⁾.

Análise de dados

Para os dados sócio-demográficos e clínicos a análise foi por estatística descritiva e expressa em frequência simples e absoluta. Para a análise dos questionários de QV, dos scores obtidos em cada etapa, foi aplicado o teste não paramétrico de *Friedman* complementado pelo teste de diferença mínima significativa de comparações múltiplas. Foram cruzadas as etapas entre si (pré-TCTH, pancitopenia e pré-alta hospitalar). O teste de *Mann-Whitney* foi aplicado para realizar a comparação da QV dos grupos de pacientes autólogo e alogênico. A aplicação dos testes não

paramétricos se justifica pela falta de normalidade dos dados atestada pelo teste de *Shapiro Wilk*. Foi utilizado o Software Statistica 7.0.

RESULTADOS

Dados sócio demográficos e clínicos

A média de idade para o TCTH autólogo foi de 45 anos, 11 (68,75%) casados ou em união consensual, 5 (31,25%) não possuíam filhos ou apenas um filho e 7 (43,75%) se declararam economicamente ativos. No TCTH alogênico a média de idade foi de 31 anos, 20 (51,28%) solteiros e não possuíam filhos e 28 (71,79%) se declararam economicamente ativos. Em relação as características clínicas, 39 (70%) dos participantes se submeteram ao TCTH alogênico e 21 de doador não aparentado (Tabela 1).

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

| Variável | TCTH autólogo n=16 (%) | TCTH alogênico n=39 (%) |
|--|---------------------------|----------------------------|
| Idade | | |
| 18-30 anos | 5 (31,25) | 21(53,84) |
| 31-40 anos | 2 (12,5) | 7(17,94) |
| 41-50 anos | - | 8 (20,53) |
| Acima de 50 anos | 9 (56,25) | 3 (7,69) |
| Média de idade | 45 | 31 |
| Sexo | | |
| Feminino | 7 (43,75) | 19 (48,72) |
| Masculino | 9 (56,25) | 20 (51,28) |
| Estado Civil | | |
| Casado/ União Consensual | 11 (68,75) | 19 (48,72) |
| Separado | 2 (12,5) | - |
| Solteiro | 3 (18,75) | 20 (51,28) |
| Número de filhos | | |
| Não possui filhos | 5 (31,25) | 20 (51,28) |
| 1 filho | 5 (31,25) | 4 (10,25) |
| 2 filhos | 2 (12,5) | 8 (20,53) |
| 3 ou mais filhos | 4 (25) | 7 (17,94) |
| Ocupação | | |
| Economicamente Ativos | 7 (43,75) | 28 (71,79) |
| Aposentados | 4 (25) | 1 (2,56) |
| Do Lar | 3 (18,75) | 2 (5,12) |
| Estudantes | 2 (12,5) | 8 (20,53) |
| Renda Familiar* | | |
| Até 1 salário mínimo | 7 (43,75) | 4 (10,25) |
| 1 a 3 salários mínimos | 5 (31,25) | 22 (56,41) |
| 4 a 10 salários mínimos | 4 (25) | 10 (25,64) |
| 10 a 20 salários mínimos | - | 3 (7,70) |
| Recebe ajuda de custo do governo ** | | |
| Não | 13 (81,25) | 29 (74,35) |
| Sim | 3 (18,75) | 10 (25,65) |
| Tipo de Transplante | | |
| Autólogo | 16(100) | |
| Alogênico Aparentado | - | 18(46,15) |
| Alogênico Não-Aparentado | - | 21(53,85) |

FONTE: o autor (2017).

NOTA: *Salário mínimo nacional na vigência da coleta de dados \$ 284,00.

** Exemplo de ajuda de custo do governo: auxílio para tratamento fora do domicílio, auxílio transporte.

Avaliação da qualidade de vida

A Tabela 2 mostra a avaliação da QV Global (QLQ C30) e QV Geral (FACT-BMT) durante cada etapa para ambas as modalidades. Durante a etapa basal, os valores médios foram considerados satisfatórios para ambos os tipos de TCTH, mas pioram durante a etapa de pancitopenia, onde os resultados são estatisticamente significantes entre as etapas para ambos os questionários avaliados.

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

| Domínios | Médias (DP) | | | Comparação das etapas (p-valor) | | |
|---|------------------------------------|--|---|---------------------------------|---------|---------|
| | Basal Au* (n=16) Al** (n=39) | Pancitopenia Au (n=16) Al (n=34) | Pré-alta hospitalar Au (n=16) Al (n=33) | 1ª x 2ª | 1ª x 3ª | 2ª x 3ª |
| QLQ C30 Qualidade de vida Global | | | | | | |
| Au | 70,83 (16,39) | 59,38 (19,21) | 73,96 (15,18) | - | - | p<0,0 |
| Al | 79,27 (17,82) | 55,39 (20,91) | 66,67 (20,62) | p<0,05 | - | - |
| FACT BMT Qualidade de vida Geral | | | | | | |
| Au | 107,70 (18,34) | 91,47 (16,40) | 98,97 (16,68) | p<0,05 | - | - |
| Al | 108,68 (22,26) | 90,33 (14,65) | 94,40 (17,73) | p<0,05 | p<0,05 | - |

FONTE: O autor (2017).

Legenda: Au* TCTH autólogo Al** TCTH Alogênico

A Escala Funcional (Tabela 3), mostra que a função física, o desempenho pessoal e função social apresentam as menores médias significativas para ambas as modalidades, no período de pancitopenia. A função emocional para ambos os transplantes apresentou médias mais elevadas no período de pancitopenia com sucessivo aumento na etapa pré-alta hospitalar.

Tabela 3: Escores de QV obtido nas três etapas do estudo por modalidade de Transplante – QLQ-C30 – Escala Funcional – Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.

| QLQ C30 Domínios | Médias (DP) | | | Comparação das etapas (p-valor) | | |
|---------------------------|------------------------------------|--|---|---------------------------------|---------|---------|
| | Basal Au* (n=16) Al** (n=39) | Pancitopenia Au (n=16) Al (n=34) | Pré-alta hospitalar Au (n=16) Al (n=33) | 1ª x 2ª | 1ª x 3ª | 2ª x 3ª |
| Função Física | | | | | | |
| Au | 72,92(22,37) | 50,83(21,48) | 57,50(22,43) | p<0,05 | - | - |
| Al | 77,09 (21,83) | 57,65 (19,55) | 68,28 (18,49) | p<0,05 | p<0,05 | - |
| Desempenho Pessoal | | | | | | |
| Au | 79,17 (30,12) | 50 (36) | 52,08 (37,45) | p<0,05 | p<0,05 | - |
| Al | 79,06 (29,55) | 41,18 (26,35) | 61,62 (29,31) | p<0,05 | p<0,05 | p<0,05 |
| Função Emocional | | | | | | |
| Au | 70,83 (19,95) | 71,88 (19,69) | 77,60 (20,35) | - | - | - |
| Al | 65,10 (25,50) | 70,59 (24,03) | 68,69 (30,62) | - | - | - |
| Função Cognitiva | | | | | | |
| Au | 81,25 (18,13) | 85,42 (19,12) | 91,67 (18,26) | - | - | - |
| Al | 84,19(21,95) | 74,02 (25,36) | 83,33 (24,65) | - | - | - |
| Função Social | | | | | | |
| Au | 62,50 (33,61) | 46,88 (29,32) | 46,88 (28,03) | - | - | - |
| Al | 52,14 (31,11) | 33,33 (31,52) | 35,86 (35,39) | p<0,05 | p<0,05 | - |

FONTE: O autor (2017).

Legenda: Au* TCTH autólogo; Al** TCTH Alogênico.

Na Tabela 4 verificou-se que, para ambas modalidades, os domínios Bem-estar Físico, Bem-estar Funcional, preocupações adicionais, TOI (Índice de avaliação do resultado do tratamento - média dos itens: bem-estar físico/ bem-estar funcional/ preocupações adicionais) e FACTG (Avaliação geral - média dos itens: bem-estar físico/ bem-estar social e familiar/ bem-estar emocional/ bem-estar funcional) apresentaram médias menores no período de pancitopenia em relação ao basal. Com gradativa melhora na pré-alta hospitalar exceto para Bem-estar Social e Familiar que não apresentou melhora.

Tabela 4: Comparação dos escores de QV obtido nas três etapas do estudo por modalidade de Transplante – FACT-BMT – Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.

| FACT Domínios | Médias (DP) | | | Comparação das etapas (p-valor) | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|---------------------------------|--------|--------|
| | Basal Au** (n=16) Al*** (n=39) | Pancitopenia Au (n=16) Al (n=34) | Pré-alta hospitalar Au (n=16) Al (n=33) | 1ªx 2ª | 1ªx3ª | 2ªx3ª |
| Bem-Estar Físico | | | | | | |
| Au | 21(5,97) | 16,44(4,93) | 19,94(5,03) | p<0,05 | - | - |
| Al | 22,35 (6,03) | 14,53 (6,33) | 18,73 (6,35) | p<0,05 | p<0,05 | p<0,05 |
| Bem-estar Social e familiar | | | | | | |
| Au | 20,86 (6,97) | 17,09 (6,59) | 16,78 (6,73) | - | - | - |
| Al | 21,15 (4,46) | 18,65 (4,37) | 17,64 (4,69) | p<0,05 | p<0,05 | - |
| Bem-estar Emocional | | | | | | |
| Au | 19,40 (4,08) | 20,13 (2,94) | 20,56 (3,16) | - | - | - |
| Al | 17,74 (4,48) | 19,56 (3,74) | 19,73 (3,81) | - | - | - |
| Bem-estar Funcional | | | | | | |
| Au | 18,94 (6,05) | 15,19 (5,11) | 16,94 (4,11) | p<0,05 | - | - |
| Al | 19,54 (5,31) | 14,60 (4,13) | 15,42 (4,21) | p<0,05 | p<0,05 | - |
| Preocupações Adicionais | | | | | | |
| Au | 27,50 (4,12) | 22,63 (4,63) | 24,75 (4,65) | p<0,05 | - | - |
| Al | 27,90 (6,84) | 23 (4,21) | 23,48 (4,25) | p<0,05 | p<0,05 | - |
| TOI | | | | | | |
| Au | 67,44 (13,56) | 54,25 (13,11) | 61,63 (12,37) | p<0,05 | - | - |
| Al | 69,79 (15,92) | 52,13 (11,92) | 57,03 (13,62) | p<0,05 | p<0,05 | - |
| FACTG | | | | | | |
| Au | 80,20 (15,49) | 68,84 (12,75) | 74,22 (12,81) | p<0,05 | - | - |
| Al | 80,79 (16,54) | 67,33 (11,86) | 70,92 (14,17) | p<0,05 | p<0,05 | - |

FONTE: O autor (2017).

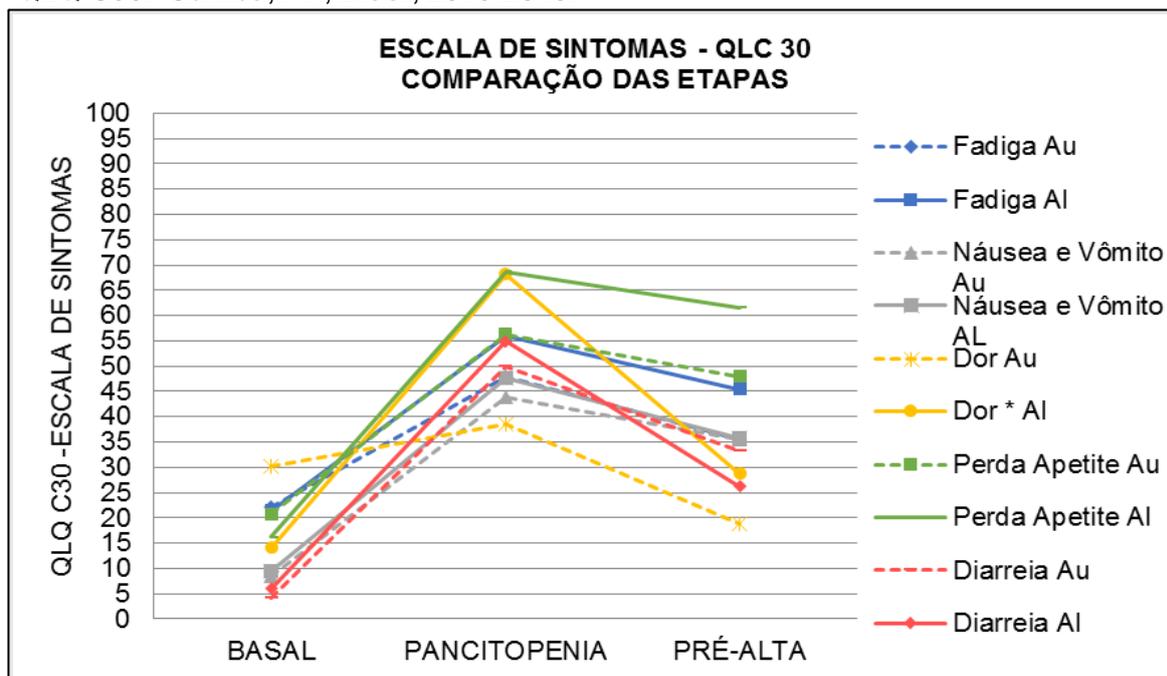
NOTA: * Teste de Friedman

LEGENDA: Au** TCTH autólogo Al*** TCTH Alogênico

Em relação aos sintomas (Figura 1), na comparação entre etapas, há comportamento semelhante para ambas modalidades, que se intensificam na etapa da pancitopenia.

Na comparação das modalidades de TCTH, utilizando ambos os questionários e quando aplicado o teste de Mann -Whitney, houve significância estatística no questionário QLQ-C30, na escala de sintomas, no item dor, no período de pancitopenia, maior no TCTH alogênico.

Figura 1: Sintomas entre as etapas, por modalidade de TCTH (Autólogo**/Alogênico***) - QLQ-C30. Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.

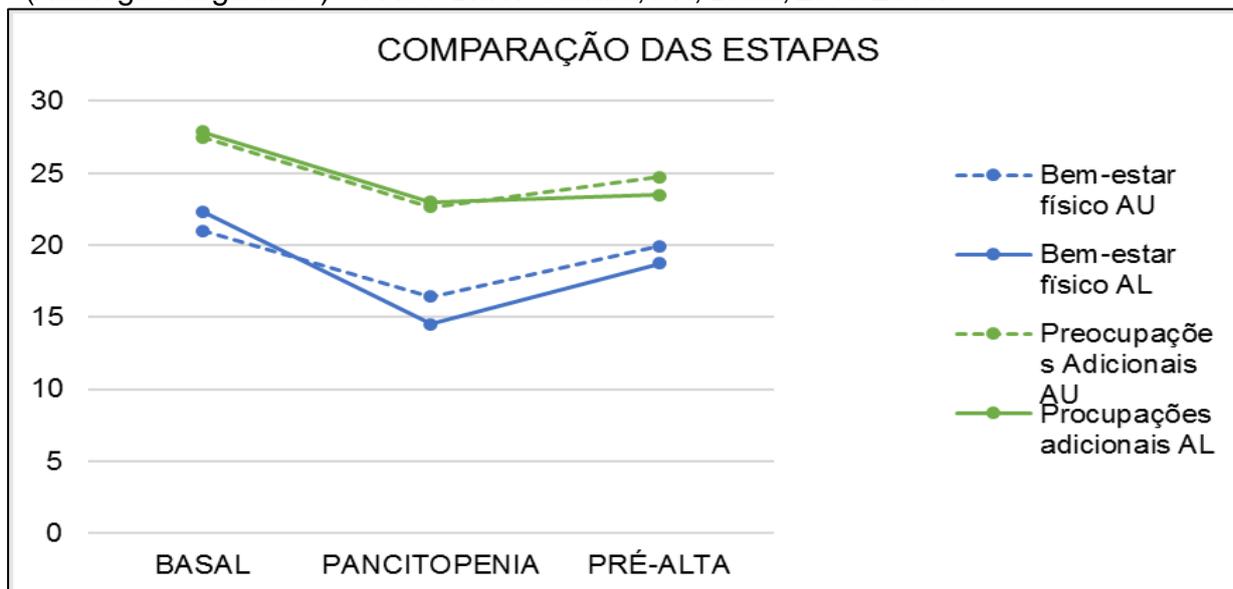


FONTE: O autor (2017).

LEGENDA: * $p < 0,05$ - Resultado estatisticamente significativo $p = 0,004$ (Teste de Mann Whitney); Au** TCTH autólogo; Al*** TCTH Alogênico

A Figura 2 apresenta o bem-estar físico e o item preocupações adicionais com a comparação entre as etapas, com médias mais baixas significativas no período de pancitopenia.

Figura 2: Bem-estar físico e preocupações adicionais, por modalidade de TCTH (Autólogo*/Alogênico**) – FACT-BMT. Curitiba, PR, Brasil, 2013-2015.



FONTE: O autor (2017).

LEGENDA: Au* TCTH autólogo Al** TCTH Alogênico

Preocupações adicionais inclui itens como imagem corporal, fadiga, dor, apetite.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer hematológico e a indicação para o TCTH impactam na vida e na QV dos pacientes e seus familiares, acarretando em alterações físicas e psíquicas ao longo do tempo. Essas alterações devem ser acompanhadas pelos profissionais da enfermagem, com vistas a fornecer adequada assistência no que concerne às modificações das funções de vida.

Na presente pesquisa, houve predomínio dos pacientes casados e em união consensual no TCTH autólogo; no alogênico esta diferença quase não foi percebida entre os grupos. Estes resultados se assemelham ao perfil de pacientes no estudo realizado na Coreia ⁽¹⁵⁾ e no estudo realizado no Reino Unido ⁽¹⁶⁾. Ter um companheiro, uma pessoa de referência que possa fornecer apoio ao paciente, é fundamental para o enfrentamento da terapêutica.

A alteração que a hospitalização acarreta na dinâmica familiar, pode distanciar o paciente de seus entes queridos, trazendo solidão e preocupação com os reflexos da sua ausência no ambiente familiar, na educação, crescimento de filhos e demais questões relacionadas ao convívio social. Assim, a presença deste companheiro figura como elo entre o paciente e seu contexto social, trazendo notícias, proporcionando tranquilidade, segurança, amparo e proteção neste momento de fragilidade. Sua presença pode promover, mesmo de maneira indireta, a interação social, diminuindo as barreiras da hospitalização.

Por outro lado, há casos que o companheiro apresenta comportamento desequilibrado, abalado frente ao estado de saúde que está assistindo, e sobrecarregado por atividades que eram divididas e compartilhadas. O enfermeiro, acompanhando e atento aos sinais de descontrole emocional, poderá encaminhá-lo a serviços de apoio familiar, visando a minimizar o desconforto do próprio enfermo e a piora no seu quadro clínico.

Outro fator que pode influenciar no declínio da QV na fase de hospitalização, diz respeito ao afastamento de suas atividades profissionais. Os dados desta pesquisa mostram que 63% dos pacientes, eram economicamente ativos, semelhante ao estudo produzido em Chicago nos EUA ⁽¹²⁾. O diagnóstico de câncer pode modificar o papel do paciente na estrutura familiar, tornando-o dependente tanto nas questões financeiras quanto na manutenção das necessidades básicas refletindo nos domínios social, emocional e funcional.

A dificuldade financeira, também chamada como toxicidade financeira ⁽¹⁷⁾ é uma das áreas que sofre reflexos negativos com o surgimento da doença, tendo em vista que o paciente é obrigado a se afastar de suas atividades profissionais para realização do tratamento. Somado a isto, os custos com o tratamento são consideravelmente elevados, ainda que se conte com o auxílio governamental; a manutenção de medicamentos prescritos e não padronizados, despesas com transporte, alimentação e necessidades específicas decorrentes da própria terapêutica, alteram o orçamento familiar. A somatória de todas estas despesas impacta na continuidade e adesão ao tratamento, de modo a induzir complicações pós transplante.

Essa vulnerabilidade aumenta quando o membro acometido é o principal provedor do lar, sendo necessário que a família se adapte para uma nova dinâmica de renda familiar. Estudos apontam que as questões de ordem financeira e a preocupação com o retorno ao trabalho impactam no bem-estar físico e psicológico dos pacientes no período pós TCTH ^(17, 18).

As comorbidades, tempo entre o diagnóstico e realização do TCTH, estágio da doença, condições clínicas entre outros fatores devem ser levadas em consideração quando se compara as modalidades de TCTH e QV. Para o TCTH alogênico há questões como compatibilidade entre doador e receptor, risco de rejeição do enxerto e desenvolvimento de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e para o TCTH autólogo, faixa etária predominante da população que o realiza e o impacto no prognóstico.

Um estudo no Brasil, demonstrou que em ambas modalidades, o nível de gravidade foi semelhante no período de condicionamento, dia da infusão e na pega medular. Os autólogos apresentavam maior gravidade no período de pancitopenia em relação aos alogênicos ⁽¹⁹⁾. Outros estudos realizados na Espanha ⁽²⁰⁾ e nos EUA ⁽²¹⁾, sugerem que não há diferença significativa entre as modalidades.

Nesta pesquisa, 70% dos pacientes foram submetidos ao TCTH alogênico, também no estudo realizado em Nova York nos EUA ⁽²²⁾. É divergente de dois outros estudos realizados em Berlin (EUA)⁽²¹⁾ e Chicago (EUA) ⁽¹²⁾, bem como do relatório da quantidade de transplantes realizados no Brasil no ano 2016, que demonstrou um número maior de autólogos (1385) em relação aos alogênicos (802). O predomínio do alogênico neste estudo, está relacionado ao local da pesquisa, precursor e de referência para essa modalidade na América Latina ⁽²³⁾.

As pesquisas devem ser capazes de identificar alterações para ambos os tipos de TCTH. Embora os pacientes alogênicos possam ser mais sintomáticos, a QV geral não difere significativamente com relação a modalidade. Portanto a mesma atenção deve ser dada tanto para o paciente autólogo quanto para o alogênico ⁽²¹⁾, semelhante ao estudo realizado na Espanha ⁽²⁰⁾ e nos EUA ⁽²⁴⁾.

Na comparação da QV de ambos os TCTH autólogo e alogênico, utilizando os questionários da EORTC QLQ C30 e o da FACIT FACT-BMT foi observado que no período basal na avaliação dos grupos separadamente, autólogo (n=16) e alogênico (n=39), o paciente pontua sua QV global/geral como boa, sem significância entre as modalidades. O mesmo resultado foi encontrado em outros estudos realizados nos EUA, com escores altos na QV global/geral, com ambos os questionários independentemente da modalidade de TCTH ^(21,22). Possivelmente estes resultados estão relacionados aos sentimentos de esperança e possibilidade de cura apresentada pela terapêutica.

Durante o período de pancitopenia, entre os dias cinco e 10 após a infusão das CTH, a QV global/geral apresentou médias menores significativas do que no período basal e no pré alta hospitalar, independente do questionário e da modalidade de TCTH. O estudo realizado nos EUA, acrescenta que na hospitalização o aumento dos sintomas físicos e sintomas depressivos acarretam em diminuição na QV ⁽²⁵⁾. Este é um período crítico para o paciente, que sofre com os efeitos dos quimioterápicos, com a depreciação física e emocional. Cabe ao enfermeiro estimulá-lo para que permaneça resiliente em todo percurso terapêutico.

Na escala funcional do QLQ C30, os cinco domínios avaliados apresentam médias baixas significativas no período de pancitopenia, quando comparados ao período basal. O destaque foi para desempenho pessoal e função social com as menores médias por modalidade. O mesmo resultado ocorreu em relação ao bem-estar funcional utilizando o FACT BMT, pontuações mais baixas no período de pancitopenia.

A habilidade para realizar as atividades do cotidiano e satisfação com a QV fazem parte do domínio desempenho pessoal (QLQ C30) e bem-estar funcional (FACT

BMT). Os baixos índices de QV nesta etapa podem ser justificados pelos efeitos deletérios da quimioterapia e pelo isolamento social. Esta incapacidade funcional pode tornar os pacientes mais propensos a depressão⁽²⁶⁾. Resultados semelhantes foram observados no estudo em Massachusetts (EUA), que avaliou a QV, depressão, ansiedade e fatores de risco para o desenvolvimento do stress pós-traumático pós TCTH⁽²⁷⁾. Outro estudo de mesmo autor, que avaliou a QV dos pacientes e seus cuidadores familiares durante a hospitalização, menciona que em ambas modalidades, há uma deterioração acentuada na QV e uma piora da fadiga e depressão durante a hospitalização⁽²⁴⁾.

A função que apresentou pior pontuação para QV na pesquisa, com ambos instrumentos e modalidades de TCTH foi a social. Este item inclui questões como ter boa relação com amigos, receber apoio emocional da família, aceitação da doença por parte da família, proximidade do companheiro ou da pessoa que fornece maior apoio. Estudos demonstram que pacientes com suporte social satisfatórios tem menores índices de aflição^(28, 29).

A série de desordens que os pacientes sofrem durante a hospitalização, devido a fragilidade do seu sistema imune, torna-o suscetível às infecções e como consequência às complicações pós TCTH. A necessidade de isolamento, contribui negativamente para as baixas pontuações na função social. No estudo realizado em Chicago (EUA) não ocorreram alterações significativas nesta função, especialmente nas fases iniciais do processo do TCTH. O autor sugere que essa estabilidade pode estar relacionada a sua percepção de apoio social, independentemente da gravidade dos seus sintomas, e enfatiza que a equipe deve realizar orientações aos pacientes e familiares, reforçando seus papéis durante o tratamento⁽¹²⁾.

A função emocional e bem-estar emocional (QLQ C30/FACT-BMT) apresentaram escores altos no período de pancitopenia e pré-alta hospitalar. A esperança de cura pode favorecer a ocorrência de pontuações altas no domínio emocional e para o transplantado alogênico, sentimentos de alegria por ter encontrado doador compatível.

Quando avaliado a QV e a apresentação dos sintomas observa-se, um aumento destes ou pior qualidade de vida na segunda etapa da pesquisa para ambas modalidades. Com destaque significativo para: perda de apetite, dor, diarreia e fadiga. Estes podem estar relacionados aos efeitos tóxicos dos quimioterápicos utilizados no período de condicionamento.

A perda de apetite foi o sintoma predominante, em especial no período de pancitopenia, para ambas as modalidades. Resultado semelhante encontrado em estudos na Turquia⁽³⁰⁾ na Alemanha⁽³¹⁾ e da Coreia⁽¹⁵⁾.

A dor foi o segundo sintoma que mais prejudicou a QV, para ambas modalidades. Autores destacam que a dor é um dos sintomas temidos dos pacientes oncológicos, seu controle é um desafio para a prática, devido a magnitude e a subjetividade⁽³²⁾.

Na comparação entre os transplantes, utilizando o teste de Mann Whitney há significância estatística no item dor no período de pancitopenia, maior no TCTH alogênico, o que leva a perceber que há poucas diferenças encontradas na QV por modalidade de TCTH.

As manifestações gastrointestinais são sintomas comuns no período de internamento, decorrente das altas doses de quimioterapia, bem como complicação pós TCTH relacionada à DECH. A diarreia apresentou-se no como terceiro sintoma mais

relatado em ambas modalidades. Dado semelhante foi encontrado no estudo nos EUA ⁽²⁴⁾ e Paquistão ⁽³⁰⁾.

O item preocupações adicionais, avaliado pelo FACT BMT, que engloba questões como imagem corporal, fadiga, dor, apetite, corrobora com os achados na escala de sintomas do QLQ C30, com médias baixas no período de pancitopenia. Estas variantes diminuem a QV, fragilizam o paciente, e impactam nas demais áreas relativas aos domínios emocional, social e funcional. A detecção e atuação precoce do Enfermeiro e demais profissionais da saúde, podem estabilizar o quadro clínico, amenizar os danos na QV e proporcionar conforto. Momentos de conversas entre pacientes e seus familiares de modo sistemático e supervisionado, auxiliam na promoção do conforto e pode contribuir para a motivação durante o tratamento.

Os profissionais que atuam com o paciente transplantado, em especial o Enfermeiro, precisam conhecer os domínios que poderão alterar e afetar vida destes pacientes, a fim de promover orientações, encaminhamentos para profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros da equipe multiprofissional. A parceria e a contínua troca de informações entre os profissionais podem auxiliar e facilitar a tomada de decisão, o planejamento da assistência, potencializando o plano de cuidados individualizado.

Nesta pesquisa, o número reduzido de participantes constituiu fator limitante, impossibilitando a comparação dos resultados encontrados com outras pesquisas. Isto possivelmente se deve ao número reduzido de leitos disponíveis para o TCTH no hospital onde foi realizada a pesquisa, dificuldade de encontrar doador compatível para o TCTH alogênico bem como terapêutica com prolongado período de hospitalização até a reconstituição da hematopoese.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o paciente que se submete ao TCTH, apresenta alterações significativas em sua QV durante o período de hospitalização em todos os domínios avaliados com predomínio de piores pontuações no período de pancitopenia, independente da modalidade de TCTH realizada.

Frente aos achados, cabe ao Enfermeiro promover intervenções que tenham como objetivo a melhoria da QV destes pacientes, que vislumbrem não somente os domínios físicos, mas as características sócio-demográficas, e outras alterações (emocional, social, funcional) que possam impactar negativamente na avaliação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Cancer. <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/>. 2017. Accessed May 31, 2017.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. 2016. Accessed March 20, 2017.
3. Henig I, Zuckerman T. Hematopoietic stem cell transplantation-50 anos de evolução e perspectivas futuras. Rambam Maimonides Medical Journal. 2014; 5(4): 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.5041/rmmj.10162>.
4. [Niederwieser D](#), [Baldomero H](#), [Szer J](#), et al. Hematopoietic stem cell transplantation activity worldwide in 2012 and a SWOT analysis of the Worldwide Network for Blood

- and Marrow Transplantation Group including the global survey. *Bone Marrow Transplantation*. 2016; 51(6): 778-785. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2016.18>.
5. Timuragaoglu A. The role of the nurses and technicians for stem cell mobilization and collection. *Transfusion and apheresis Science*. 2015; 53(1): 30-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transci.2015.05.012>.
 6. WINGARD JR. Overview of hematopoietic stem cell transplantation. In: WINGARD, J. R. et al. *Hematopoietic stem cell transplantation: a handbook for clinicians*. Bethesda: American Association of Blood Banks, 2015. p. 1-8.
 7. Gyuerkocza B, Sandmaier BM. Conditioning regimens for hematopoietic cell transplantation: one size does not fit all. *Blood*. 2014; 124(3): 344-353. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2014-02-514778>.
 8. HSU JW, HAMADANI M, DEVINE SM. Patient evaluation before transplantation (Adult). In: WINGARD JR. et al. (Ed.). *Hematopoietic stem cell transplantation: a handbook for clinicians*. Bethesda: American Association of Blood Banks, 2015. p. 43-58.
 9. [Proença F](#), [Machado CM](#), [Coelho RC](#), et al. Quality of life of patients with graft-versus-host disease (GvHD) post-hematopoietic stem cell transplantation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50(6): 953-960. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700011>.
 10. World Health Organization (WHO). WHOQOL Measuring quality of life. The world health organization quality of life instruments (The WHOQOL 100 and the WHOQOL Bref)". http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Accessed May 31, 2017.
 11. El-Jawahri A, Pidala J, Inamoto Y, et al. Impact of age on quality of life, functional status and survival in patients with chronic graft-versus-host disease. *Biology of blood and marrow transplantation*. 2014; 20(9): 1341-1348. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbmt.2014.05.001>.
 12. Garcia CM, Mumby PB, Thilge S, et al. Comparison of early quality of life outcomes in autologous and allogeneic transplant patients. *Bone Marrow Transplantation*. 2012; 47: 1577-1582. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2012.77>.
 13. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al. *The EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Brussels: EORTC. 2001. <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>. Accessed December 15, 2016.
 14. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). *FACT-BMT Scoring Guidelines (Version 4)*. Elmhurst: FACIT. 2003. <http://www.facit.org/>. Accessed July 04, 2016.
 15. Song C, SO HS. Factors influencing changes in quality of life in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal and multilevel analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015; 45 (5): 694-703. doi: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.5.694>.
 16. Poloméni A, Lapusan S, Bompont C, et al. The impact of allogeneic-hematopoietic stem cell transplantation on patients'and close relatives'quality of life and relationships. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015; 21: 248-256. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.011>. Accessed October 10, 2016.
 17. Khera N, Chang YH, Hashmi S, et al. Financial burden in recipients of allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Biology Blood Marrow Transplant*. 2014; 20 (9): 1375-1381. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbmt.2014.05.011>. Accessed June 24, 2016.
 18. Hamilton JG, Wu LM, Austin JE, et al. Economic survivorship stress is associated with poor health related quality of life among distressed survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology*. 2013; 22 (4): 911-921. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3091>. Accessed June 17, 2017.

19. Silva JB, Póvoa VCO, Lima MH de M, et al. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. *Journal of School of Nursing USP*. 2015; 49: 93-100. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700014>. Accessed June 17, 2017.
20. Seixas MR, Rodríguez LL, Fernández JMP, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos". *Index de Enfermería*. 2014; 23(4): 209-213. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300004>. Accessed November 16, 2016.
21. Sirilla J, Overcash J. Quality of life (QOL), supportive care, and spirituality in hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patient. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(4): 1137-1144. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1637-y>. Accessed October 01, 2017.
22. Cohen MZ, Rozmus CL, Mendoza TR, et al. Symptoms and quality of life in diverse patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 44(2): 168-180. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.08.011>. Accessed December 09, 2016.
23. Associação Brasileira de Transplante de órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes Estatística de Transplantes. <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0&friendly=registro-rasileiro-de-transplantes-estatistica-de-transplantes>. 2016. Accessed February 16, 2017.
24. El-Jawahri AR, Traeger LN, Kuzmuk K, et al. Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*. 2015; 121 (5): 951-959. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.29149>. Accessed December 04, 2016.
25. Kenzik K, Huang IC, Rizzo JD, et al. Relationships among symptoms, psychosocial factors, and health-related quality of life in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2015; 23(3): 797-807. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2420-z>. Accessed October 15, 2016.
26. Grant M, Cooke L, Williams AC, et al. Functional status and health-related quality of life among allogeneic transplant patients at hospital discharge: a comparison of sociodemographic, disease, and treatment characteristics. *Supportive Care in Cancer*. 2012; 20(11): 2697-2704. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1389-8>. Accessed December 10, 2016.
27. El-Jawahri AR, Vandusen HB, Traeger LN, et al. Quality of life and mood predict posttraumatic stress disorder after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 2016; 122(5): 806-812. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.29818>. Accessed April 12, 2017.
28. Rini C, Emmerling D, Austin J, et al. The effectiveness of caregiver social support is associated with cancer survivors' memories of stem cell transplantation: a linguistic analysis of survivor narratives. *Palliative & Supportive Care*. 2015; 13(6): 1735-1744. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951515000681>. Accessed April 13, 2017.
29. Beeken RJ, Eiser C, Dalley C. Health-related quality of life in haematopoietic stem cell transplant survivors: a qualitative study on the role of psychosocial variables and response shifts. *Quality of life research*. 2011; 20(2): 153-169. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9737-y>. Accessed April 12, 2017.
30. Ovayolu O, Ovayolu N, Kaplan E, et al. Symptoms and quality of life before and after stem cell transplantation in Cancer. 2013; 29(3): 803-808. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.293.3290>. Accessed April 14, 2017.
31. 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 Transplantation. 2012; 47: 473-482. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2011>. Accessed June 13, 2017.
32. Pereira DTS, Andrade LL, Agra GA, et al. Therapeutic conducts used in pain management in oncology. Cuidado é fundamental: Revista Online de Pesquisa. 2015; 7(1): 1883-1890. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1890>. Accessed June 12, 2017.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia