

Artigo / Article

## Impacto da DECH crônica na qualidade de vida pós-TCTH alogênico

### *Impact of chronic GVHD on quality of life after allogeneic HSCT*

Ana Paula Mastropietro<sup>1</sup>

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso<sup>2</sup>

Belinda Pinto Simões<sup>3</sup>

Júlio César Voltarelli<sup>3</sup>

Manoel Antônio dos Santos<sup>4</sup>

O objetivo deste trabalho foi identificar possíveis relações entre o acometimento pela doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) crônica, qualidade de vida e ajustamento psicossocial em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH). Foi realizado estudo transversal correlacional, com amostra composta por 62 pacientes na fase pós-TCTH. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Recuperação Pós-TCTH, SF-36, FACT-BMT, HAD e ISSL. Os instrumentos padronizados foram aplicados individualmente e seus resultados cotados segundo as recomendações preconizadas pela literatura para cada técnica, à exceção do Questionário de Recuperação Pós-TCTH, cuja aplicação foi gravada e seu conteúdo transcrito de modo literal e na íntegra; posteriormente, as respostas foram submetidas à análise de conteúdo temático. Os resultados obtidos nos demais instrumentos foram analisados estatisticamente para aferir as associações existentes entre as variáveis e seus respectivos graus de significância estatística. A variável DECH crônica é preditiva de pior qualidade de vida e maior suscetibilidade à ansiedade ( $\chi^2=4,56$ ,  $p=0,03$ ), uma vez que os pacientes que cursaram com DECH crônica apresentaram índices inferiores, na maioria dos domínios, de qualidade de vida. O achado de depreciação da qualidade de vida pós-TCTH é um indicador a ser levado em consideração pela equipe de saúde, pois cada vez mais o TCTH tem se firmado como importante opção terapêutica para diversas enfermidades graves.

**Descritores:** Transplante de células-tronco hematopoéticas; Qualidade de vida; Doença enxerto-hospedeiro

### Introdução

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é um procedimento utilizado para o tratamento de diversas neoplasias e doenças hematológicas malignas e não malignas.<sup>(1)</sup>

Na última década, com o desenvolvimento tecnológico e avanços obtidos na aplicação da terapêutica, tem aumentado o número de sobreviventes, o que resultou em maior atenção às dimensões relacionadas à qualidade de vida dos pacientes.<sup>(2)</sup>

Estudos nacionais<sup>(3-6)</sup> mostram a complexidade e inten-

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Serviço de Terapia Ocupacional, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Unidade de Transplante de Medula Óssea, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Curso de Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Conflito de interesse: sem conflito de interesse

**Correspondência:** Ana Paula Mastropietro  
Rodovia Antonio Duarte Nogueira KM319 – Cond. Garden Villa, casa13 c  
14033-026 – Ribeirão Preto (SP), Brasil  
Tel.: (55 16) 3610-7664  
E-mail: anapmastro@bol.com.br

sidade das demandas emocionais, físicas e ocupacionais associadas ao TCTH e salientam a preocupação com o pós-TCTH, sobretudo em relação aos potenciais efeitos deletérios que o procedimento desencadeia na vida dos pacientes, como aumento de comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade), disfunção sexual, prejuízo nas relações interpessoais, limitações no desempenho de atividades de recreação e lazer, alterações nos hábitos de vida, perda ou prejuízo da capacidade produtiva, desemprego, perda da autonomia e de alguns papéis sociais.<sup>(7,8)</sup>

Na etapa pós-TCTH podem aparecer diversas complicações decorrentes do tratamento e/ou do aparecimento de DECH (Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro) crônica.<sup>(9)</sup>

Estudos mostram que pacientes que desenvolvem DECH apresentam piora significativa nos diferentes aspectos da qualidade de vida.<sup>(10-13)</sup> Observa-se que o maior comprometimento aparece nos pacientes que apresentam DECH na sua forma crônica,<sup>(14-16)</sup> apesar dessa manifestação da DECH estar relacionada com aumento da sobrevida.<sup>(17)</sup>

Este estudo tem por objetivo identificar as possíveis relações entre o acometimento por DECH crônica, qualidade de vida e ajustamento psicossocial de pacientes submetidos ao TCTH.

## Métodos

Trata-se de pesquisa clínica, conduzida mediante delineamento do tipo exploratório correlacional transversal, na qual foram investigadas as possíveis associações existentes entre diferentes variáveis. Tal modelo preconiza que um estudo tenha início e término da coleta de dados previamente estabelecidos. Na presente investigação delimitou-se o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2005.

### Amostra

Foram avaliados todos os pacientes que retornaram ao hospital-dia e ambulatório no intervalo de tempo preestabelecido e que preencheram os critérios de inclusão do estudo. A amostra foi composta por 62 adultos, submetidos ao TCTH alogênico há pelo menos um ano e que estavam em acompanhamento no hospital-dia e ambulatório da Unidade de TCTH do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Foram incluídos pacientes na fase pós-TCTH com idade igual ou superior a 21 anos, que tivessem pelo menos três anos de escolaridade formal, com disponibilidade para colaborar voluntariamente com a pesquisa, que fizeram o TCTH alogênico aparentado, com diferentes tipos de enxerto (medula óssea e sangue periférico), submetidos a condicionamento quimioterápico mieloablativo e não mieloablativo na própria unidade, com ou sem DECH crônica, e que estavam em seguimento desde então e foram atendidos no hospital-dia e ambulatório no período da coleta de dados. Foram

excluídos portadores de transtornos psiquiátricos, nos quais o juízo crítico da realidade e/ou capacidade cognitiva estivessem comprometidos, prejudicando a aplicação e entendimento dos instrumentos de avaliação.

### Coleta de dados e instrumentos utilizados

Foram utilizados cinco instrumentos:

- Questionário de Recuperação Pós-TCTH. Foi desenvolvido com base em estudo anterior,<sup>(17)</sup> traduzido e adaptado para a realidade brasileira.<sup>(6)</sup> Aborda questões relativas ao estado geral de saúde e à adaptação ocupacional e social, com o objetivo de compreender a retomada de vida cotidiana, demandas ocorridas no período, estratégias de enfrentamento utilizadas, limitações adquiridas pós-TCTH, problemas de saúde e planos para o futuro.

- Questionário Genérico de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF-36*). Trata-se de um instrumento de avaliação genérica da qualidade de vida relacionada à saúde. É multidimensional, de fácil administração e compreensão. Foi validado para a língua portuguesa.<sup>(18)</sup> É composto por 36 questões que abordam os domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral da saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e uma última questão que compara a saúde atual com a de um ano atrás. A escala oferece escores de 0-100 para cada domínio, sendo que, quanto mais próximo de 100 mais preservada a qualidade de vida.

- Questionário específico para avaliação de qualidade de vida de pacientes submetidos ao TMO (*Functional Assessment Cancer Therapy - Bone Marrow Transplantation - FACT-BMT*). É composto por seis domínios: bem-estar físico, bem-estar social/familiar, relacionamento com o médico, bem-estar emocional, bem-estar funcional e preocupações adicionais. Tem sido uma das medidas mais utilizadas para mensurar o funcionamento dos pacientes submetidos ao TCTH. Em sua versão para a língua portuguesa encontrou-se índice de concordância interna alfa de Cronbach igual a 0,8816.<sup>(19)</sup> Como no questionário anterior, quanto mais próximo de 100, mais preservado se encontra o domínio.

- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HAD. Criada com a finalidade de avaliar sintomas ansiosos e depressivos, essa escala é formada por 14 questões do tipo múltipla escolha, divididas em duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A versão em português foi validada entre pacientes internados em enfermaria de clínica médica.<sup>(20)</sup> Trata-se de uma escala para mensurar *distress* emocional de pacientes hospitalizados. Os escores totais variam de 0 a 21 e o ponto de corte para se considerar quadro instalado de ansiedade e depressão é sete.

- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL. Trata-se de um instrumento produzido no contexto brasileiro, de rápida aplicação (cerca de 10 minutos), utilizado

em diversos ensaios clínicos. Possibilita um diagnóstico preciso da presença ou não de estresse, em qual fase o indivíduo se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e se o estresse manifesta-se por meio de sintomatologia na área física ou psicológica.<sup>(21)</sup> Considera-se um número máximo de sintomas para cada quadro do instrumento (alerta: seis; resistência: três; quase-exaustão: nove, exaustão: oito), sendo que escore acima desse valor é considerado indicativo de quadro de estresse instalado.

Também foi realizada uma revisão minuciosa dos prontuários hospitalares, dos quais foram retiradas informações clínicas relevantes para os objetivos do estudo, tais como: diagnóstico, tempo pós-TCTH, complicações e patologias associadas ao TCTH, como a DECH crônica.

Os instrumentos padronizados foram aplicados individualmente. A ordem de aplicação foi alternada aleatoriamente, de modo a evitar viés decorrente dos efeitos da fadiga.

### Análise estatística

Foram aplicados testes estatísticos (Teste Exato de Fisher, Teste de Mann-Whitney, Coeficiente de Correlação Linear de Spearman e análise de regressão logística multivariada) para aferir as associações existentes entre as variáveis e seu grau de significância estatística.

As variáveis de estudo foram: DECH crônica (tem ou não tem), estresse (sim ou não), ansiedade (sim ou não), depressão (sim ou não), oito domínios do SF-36 (aspecto emocional, saúde mental, vitalidade, aspecto social, dor, aspecto físico, estado geral de saúde, capacidade funcional), seis domínios do FACT-BMT (bem-estar físico, bem-estar social/familiar, relacionamento com o médico, bem-estar emocional, bem-estar funcional, preocupações adicionais) e escore total, além de variáveis da Entrevista de Recuperação Pós-TMO (sentir-se capaz, vivenciando limitações, satisfação com a vida, mudanças, projetos ocupacionais, projeto de saúde, trabalho). O nível de significância adotado foi  $p \leq 0,05$ .

### Cuidados éticos

Todos os cuidados éticos foram adotados para inclusão dos participantes do presente estudo. Em primeiro lugar, contemplou-se o princípio básico de respeito aos voluntários e à instituição. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (protocolo HCFMRP-USP nº 10700/2004). Para cada sujeito tomou-se o cuidado de esclarecer antecipadamente os objetivos do estudo e as condições de sigilo profissional que protegem sua identidade. Foram incluídos na investigação aqueles que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua realização. Foi também explicitado que uma eventual recusa em participar do estudo não implicaria prejuízo no atendimento institucional.

## Resultados

Em relação ao perfil sociodemográfico e clínico da amostra, observa-se que, em relação à distribuição por gênero, predominaram sujeitos do sexo feminino (56,45%), faixa etária de 21 a 30 anos (51,61%) casados e/ou amasiados (75,81%), com dependentes (61,29%). Em relação à escolaridade, a amostra foi composta predominantemente por pacientes que tinham acima de oito anos de estudo (54,84%). Quanto à renda, a maior parte dos participantes tinha rendimento familiar acima de dois salários mínimos (56,45%).

Em relação ao tempo pós-TCTH, houve prevalência de até 18 meses (38,71%). Quanto ao diagnóstico, predominaram os pacientes com neoplasias (87,10%), com mais de 18 meses de TCTH (38,71%). A maioria dos pacientes foi submetida a

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos

Variáveis sociodemográficas e clínicas	f	f% total
<b>Sexo</b>		
Feminino	35	56,45
Masculino	27	43,54
<b>Faixa etária</b>		
21 a 30 anos	32	51,61
30 anos	30	48,39
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	47	75,81
Sem companheiro	15	24,19
<b>Filhos</b>		
Tem dependente	38	61,29
Não tem dependente	24	38,71
<b>Escolaridade</b>		
1 a 8 anos	28	45,16
8 anos	34	54,84
<b>Renda</b>		
1 a 2 salários mínimos	27	43,54
2 salários mínimos	35	56,45
<b>Tempo pós-TCTH</b>		
Até 18 meses	24	38,71
19 a 48 meses	18	29,03
49 a 120 meses	20	32,26
<b>Diagnóstico</b>		
Neoplasia	54	87,10
Não neoplasia	8	12,90
<b>Condicionamento</b>		
Mieloablativo	54	87,10
Não mieoloablativo	8	12,90
<b>Doador</b>		
Aparentado	62	100,00
Não aparentado	-	-
<b>Fonte da célula</b>		
Medula óssea	59	95,16
Células-tronco periféricas	3	4,84
<b>DECH crônica</b>		
Tem	25	40,32
Não tem	37	59,68

Tabela 2. Médias, Medianas, Desvios-padrão e Relações entre SF-36 e DECH crônica

Variáveis do SF-36	Sem DECH crônica (n=37)			Com DECH crônica (n=25)			Total (n=62)			z	P
	M	DP	Mediana	M	DP	Mediana	M	DP	Mediana		
Aspecto emocional	72,58	32,75	80,00	54,80	38,86	66,00	65,41	36,12	66,25	-1,963	0,050*
Saúde mental	80,11	5,32	84,00	66,48	20,14	72,00	74,94	18,53	80,00	-2,819	0,005*
Vitalidade	74,86	14,69	75,00	67,56	18,50	72,00	71,94	16,59	73,00	-1,381	0,167
Aspecto social	73,60	28,30	87,00	61,80	24,70	62,00	68,80	27,30	73,00	-1,865	0,062
Dor	78,57	22,50	84,00	71,20	24,83	74,00	75,60	23,55	83,50	-1,225	0,220
Aspecto físico	57,03	39,96	75,00	42,88	38,67	50,00	51,32	39,74	50,00	-1,271	0,204
Estado geral saúde	76,05	16,03	77,00	63,24	22,31	66,00	70,89	19,69	75,50	-2,062	0,039*
Capacidade funcional	77,14	18,03	80,00	71,20	20,72	75,00	74,74	19,22	80,00	-1,102	0,270

\*p≤0,05

Tabela 3. Médias, Medianas, Desvios-padrão e Relações entre FACT-BMT e DECH crônica

Variáveis do FACT-BMT	Sem DECH crônica (n=37)			Com DECH crônica (n=25)			Total (n=62)			z	P
	M	DP	Mediana	M	DP	Mediana	M	DP	Mediana		
Bem-estar físico	24,03	3,20	24,00	20,48	4,02	21,00	22,60	3,94	23,00	-3,588	0,001*
Bem-estar social/familiar	22,30	4,20	22,00	15,52	4,08	16,00	19,56	5,31	20,00	-4,959	0,001*
Relac. com médico	7,11	1,35	8,00	6,32	1,55	6,00	6,79	1,47	7,00	-2,452	0,014*
Bem-estar emocional	21,92	1,96	22,00	17,76	3,43	19,00	20,24	3,34	21,00	-4,797	0,001*
Bem-estar funcional	20,86	4,61	20,00	15,20	3,69	15,00	18,58	5,07	18,50	-4,264	0,001*
Preocupações adicionais	35,24	5,86	35,00	29,60	5,42	30,00	32,97	6,31	33,00	-3,294	0,001*
Escore Total	131,46	15,00	127,00	104,88	13,50	107,00	120,74	19,42	118,00	-5,663	0,001*

\*p≤0,05

Tabela 4. Porcentagens e relações entre Questionário de Recuperação Pós-TCTH e DECH crônica

Variáveis Questionário	Sem DECH crônica %	Com DECH crônica %	Total %	$\chi^2$	p
<b>Sentir-se Capaz</b>					
Sim	33 89,20	5 20,00	38 61,30	30,10	< 0,001*
Não	4 10,80	20 80,00	24 38,70		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
<b>Vivenciando Limitações</b>					
Sim	17 45,60	25 100,00	42 67,70	19,95	< 0,001*
Não	20 54,10	--	20 32,30		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
<b>Satisfação com a vida</b>					
Sim	17 45,90	2 8,00	19 30,60	10,11	< 0,001*
Não	20 54,10	23 92,00	43 69,40		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
<b>Mudanças</b>					
Positivas	32 86,50	12 48,00	44 71,00	10,73	< 0,001*
Negativas	5 13,50	13 52,00	18 29,00		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
<b>Projetos ocupacionais</b>					
Sim	25 67,60	19 76,00	44 71,00	0,52	0,47
Não	12 32,40	6 24,00	18 29,00		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
<b>Projetos de saúde</b>					
Sim	12 32,40	6 24,00	18 29,00	0,52	0,47
Não	25 67,60	19 76,00	44 71,00		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
<b>Trabalhando atualmente</b>					
Sim	16 43,20	5 20,00	21 33,90	3,60	0,005*
Não	21 56,90	20 80,00	41 66,10		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		

\*p≤0,05

Tabela 5. Porcentagens e relações entre ISSL, HAD e DECH crônica

Variáveis psicológicas	Sem DECH crônica %	Com DECH crônica %	Total %	$\chi^2$	p
ISSL/estresse					
Sim	15 40,50	13 52,00	28 45,20	0,79	0,37
Não	22 59,50	12 48,00	34 45,20		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
HAD/ansiedade					
Sim	7 18,90	11 44,00	18 29,00	4,56	0,03*
Não	30 81,10	14 56,00	44 29,00		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		
HAD/depressão					
Sim	6 16,20	8 32,00	14 22,60	2,13	0,15
Não	31 83,80	17 68,00	48 77,40		
Total	37 100,00	25 100,00	62 100,00		

\*P $\leq$ 0,05

condicionamento mieloablativo (87,10%) e tendo como fonte de célula a medula óssea (87,10%). Todos os doadores foram aparentados. Houve mais pacientes que não desenvolveram DECH crônica, 59,68% (Tabela 1).

Em relação à qualidade de vida, das variáveis que compõem o SF-36, três apresentaram correlações significativas com DECH crônica: aspecto emocional (p=0,05), saúde mental (p=0,005) e estado geral de saúde (p=0,039) (Tabela 2).

Com relação aos resultados obtidos com a FACT-BMT, os seis domínios e o escore total apresentaram correlações estatisticamente significativas com a variável dependente DECH crônica, como pode ser constatado na Tabela 3: bem-estar físico (p<0,001), bem-estar social/familiar (p<0,001), relacionamento com médico (p=0,014), bem-estar emocional (p<0,001), bem-estar funcional (p<0,001), preocupações adicionais (p=0,001) e escore total (p<0,001).

A Tabela 4 sistematiza as variáveis do Questionário de Recuperação Pós-TCTH que apresentaram relações significativas com DECH crônica. São elas: sentir-se capaz (p<0,001), vivenciando limitações (p=0,001), satisfação com a vida (p=0,001), mudanças (p=0,001) e trabalhando atualmente (p=0,005). Das variáveis do ISSL e HAD, somente a ansiedade (HAD) apresentou relação significativa com DECH crônica (p=0,03), como sistematizado na Tabela 5.

## Discussão

Quanto à qualidade de vida, verificou-se um comprometimento do bem-estar físico (p<0,001), bem-estar social/familiar (p<0,001), relacionamento com o médico (p=0,014), bem-estar emocional (p<0,001), bem-estar funcional (p<0,001), preocupações adicionais (p=0,001), escore total (p<0,001), aspecto emocional (p=0,05), saúde mental (p=0,005) e estado geral de saúde (p=0,039) nos pacientes que apresentavam DECH crônica.

O comprometimento de diversos domínios da qualidade de vida dos pacientes que com DECH, tanto na forma aguda como crônica, também é um achado de estudos recentes.<sup>(22,23)</sup>

Com relação ao ajustamento psicossocial, verificou-se que as variáveis estresse e depressão não apareceram correlacionadas com a presença de DECH crônica, mas houve relação estatisticamente significativa entre a complicação clínica e sintomas de ansiedade (p=0,03).

Esses achados estão parcialmente de acordo com um estudo realizado com o objetivo de avaliar a relação entre a DECH crônica com variáveis psicológicas, que concluiu que a DECH crônica vem acompanhada por aumento da ansiedade, estresse e desesperança.<sup>(23)</sup>

O achado de que os pacientes apresentarem poucas manifestações de morbidades psicológicas, como estresse e depressão, apesar das limitações impostas pela DECH crônica, pode estar relacionado ao cuidado integral dispensado pela equipe multiprofissional ao longo do tratamento. É reconhecida a importância do manejo de saúde mental como um elemento-chave no processo de manutenção da qualidade de sobrevivência, tendo em vista a importância do fator emocional para o restabelecimento do bem-estar pessoal.<sup>(24)</sup> Acredita-se que a atenção aos aspectos psicossociais do paciente pode contribuir para atenuar as manifestações de desajustamento psicológicos pós-TCTH.

Observou-se que os sujeitos que tiveram DECH crônica vivenciavam mais limitações para realizar suas atividades no cotidiano (p<0,001), apresentavam menor satisfação com seu cotidiano (p=0,001), relatavam se sentir menos capazes para realizar suas atividades de vida diária (p<0,001), referiam mudanças negativas em suas vidas pós-TCTH (p=0,001) e mostraram maior dificuldade de se inserir no mercado de trabalho (p=0,005).

Essas limitações no plano da funcionalidade estão diretamente relacionadas à manifestação da DECH crônica, em especial nos pacientes que apresentaram a forma crônica da doença.<sup>(25)</sup> Já a DECH aguda acomete a funcionalidade dos pacientes durante os seis primeiros meses pós-TCTH, sendo que um ano depois a qualidade de vida evolui para um patamar semelhante ao apresentado pelos pacientes que não tiveram DECH aguda.<sup>(26)</sup>

Os resultados da presente investigação corroboram

os achados de diversos estudos,<sup>(27-29)</sup> que também evidenciaram a variável DECH crônica como preditiva de comprometimento de variáveis relacionadas ao ajustamento psicossocial, de vivências de maiores limitações e piora da qualidade de vida dos pacientes transplantados.

## Conclusões

Constatou-se que a variável DECH crônica é preditiva de pior qualidade de vida e maior suscetibilidade à ansiedade pós-TCTH alogênico, uma vez que os pacientes que cursaram com essa complicação apresentaram índices inferiores na maioria dos domínios de qualidade de vida.

## Abstract

*The aim of this work was to identify possible relationships between chronic Graft versus host disease (GVHD), quality of life and psychosocial adjustment in patients submitted to hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). A cross-sectional correlation study was performed of a sample of 62 patients submitted to HSCT. To collect data we used the following instruments: Questionnaire for post-HSCT data, SF-36, FACT-BMT, HAD and LSSI. The standardized instruments were applied individually and the results listed according to the recommendations made in the literature for each technique, with the exception of the Post-HSCT questionnaire; this was recorded and later the contents accurately transcribed in full and the replies were submitted to thematic content analysis. The results obtained in other instruments were statistically analyzed to assess associations between variables and their respective degrees of statistical significance. The variable GVHD is predictive of a poorer quality of life and greater susceptibility to anxiety ( $\chi^2 = 4.56$ ;  $p = 0.03$ ) as patients suffering from GVHD had lower rates in most domains of the quality of life. This finding of a drop in the quality of life after HSCT is an indicator that should be taken into account by the healthcare team, as HSCT is becoming more and more important as a therapeutic option for many serious disease.*

**Key words:** Hematopoietic stem cell transplantation; Quality of life; Graft vs host disease

## Referências

1. Thomas ED. Bone marrow transplantation: a historical review. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000;33(3):209-18.
2. Barros MCM. Aspectos psicológicos relacionados à experiência do transplante de medula óssea. *Rev Soc Bras Cancerol*. 2002; 5(19):26-30.
3. Almeida AC, Loureiro SR, Voltarelli JC. O ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1998;31(2):296-304.
4. Torrano-Masetti LM, Oliveira EA, Santos MA. Atendimento psicológico numa unidade de transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000;33(3):161-9.
5. Contel JO, Sponholz Jr A, Torrano-Masetti LM, Almeida AC, Oliveira EA, Jesus JS, et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000; 33(3):294-311.
6. Mastropietro AP, Santos MA, Oliveira EA. Sobreviventes do transplante de medula óssea: construção do cotidiano. *Rev Ter Ocup*. 2006;17(2):64-71.
7. Andrykowsk MA, Brandy MJ, Henslee-Downey PJ. Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosom Med*. 1994;56(5): 432-9.
8. Neitzert CS, Ritvo P, Dancy J, Weiser K, Murray C, Avery J. The psychosocial impact of bone marrow transplantation: a review of the literature. *Bone Marrow Transplant*. 1998;22(5): 409-22.
9. Paton EJA, Coutinho MA, Voltarelli JC. Diagnóstico e tratamento de complicações agudas do transplante de células progenitoras hematopoéticas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2000; 33(3):264-77.
10. Broers S, Kaptein A, Cessie S, Fibbe W, Hengeveld MW. Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3- years follow-up study. *J Psychosom Res*. 2000; 48(1):11-21.
11. Souza CA, Durães MIC, Vigorito AC, Aranha FJP, Oliveira GB, Eid KAB, et al. Quality of life in patients randomized to receive a bone marrow or a peripheral blood allograft. *Haematologica*. 2002;87(12):1281-5.
12. Socié G, Sallja N, Cohen A, Rovelli A, Carreras E, Locasciulli A, et al. Nonmalignant late effects after allogeneic stem cell transplantation. *Blood*. 2003;101(9):3373-85.
13. Goetzmann L, Klaghofer R, Wagner-Huber R, Halter J, Boehler A, Muellhaupt B, et al. Quality of life and psychosocial situation before and after a lung, liver or an allogeneic bone marrow transplantation. *Swiss Med Wkly*. 2006;136(17-18):281-90.
14. Lee SJ, Kim HT, Ho VT, Cutler C, Alyea EP, Soiffer RJ, Antin JH. Quality of life associated with acute and chronic graft-versus-host disease. *Bone Marrow Transplant*. 2006;38(4):305-10.
15. Wong FL, Francisco L, Togawa K, Bosworth A, Gonzales M, Hanby C, et al. Long-term recovery after hematopoietic cell transplantation: predictors of quality of life concerns. *Blood*. 2010. [cited 2010 Mar 16]. Available from: <http://bloodjournal.hematologylibrary.org/cgi/content/abstract/blood-2009-06-25631v1>.
16. Deschler B, Binck K, Ihorst G, Marks R, Wäsch R, Bertz H, Finck J. Prognostic factor and quality of life analysis in 160 patients = 60 years with hematological neoplasias treated with allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. [Cited 2010 mar 16]. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20144720>.
17. Haberman M, Bush N, Young K, Sullivan KM. Quality of life of adult long-term survivors of bone marrow transplantation: a qualitative analysis of narrative data. *Oncol Nurs Forum*. 1993; 20(10):1545-53.
18. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida da SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
19. Mastropietro AP, Oliveira EA, Santos MA, Voltarelli JC. Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation: tradução e validação. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(2):260-8.
20. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA. Transtornos de humor em enfermarias de clínicas médicas e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355-63.

21. Lipp MEN, Guevara AJ. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estud Psicol (Campinas)*. 1994;3-4:6-19.
22. Bonaviat K, Marsullo M, Rasero L. Acute graft versus host disease: a retrospective analysis of 55 bone marrow transplantation patients. *Assist Inferm Ric*. 2002;21(4):193-7.
23. Tang JL, Yao M, Lu MY, Ko BS, Lin DT, Lin KH, et al. Long-term outcome of allogeneic human leukocyte antigen-matched sibling-donor peripheral blood stem cell transplantation in leukaemia patients. *Hong Kong Med J*. 2009;15(3):31-4.
24. Oliveira-Cardoso EA, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MA. Qualidade de vida de sobreviventes do Transplante de Medula Óssea (TMO): Um estudo prospectivo. *Psic Teor Pesq*. 2009;25(4):621-8.
25. Pidala J, Anasetti C, Heather J. Quality of life after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*. 2009;114(1):7-19.
26. Baker KS, Fraser C.J. Quality of life and recovery after graft-versus-host disease. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2008;21(2):333-41.
27. Chiodi S, Spinelli S, Ravera G, Petti AR, Lint MT, Lamparelli T, et al. Quality of life in 244 recipients of allogeneic bone marrow transplantation. *Br J Haematol*. 2000;110(3):614-9.
28. Lee SJ, Zahrieh D, Alya EP, Weller E, Ho VT, Antin JH, et al. Comparison of T-cell-depleted and non-T-cell-depleted unrelated donor transplantation for hematologic diseases: clinical outcomes, quality of life, and costs. *Blood*. 2002;100(8):2697-702.
29. Yoo H, Lee K, Lee J, Eremenco S, Choi S, Kim H, et al. Korean transplantation and validity of FACT-BMT version 4 and the quality of life in allogeneic bone marrow transplantation. *Qual Life Res*. 2006;15(3):559-64.

Recebido: 4/1/2010

Aceito: 24/6/2010