

Revisão narrativa sobre a avaliação psicológica em pacientes pré - transplante de células - tronco hematopoiéticas

Narrative review about psychological assessment in hematopoietic stem cell pre-transplant patients

DOI:10.34117/bjdv7n2-298

Recebimento dos originais: 17/01/2021

Aceitação para publicação: 17/02/2021

MS Diego da Silva

Programa de Pós- Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde do Complexo
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Rua dos Marmeleiros, 170, Jardim das Graças, Colombo, Paraná
E-mail: diegodasilva.psicologia@gmail.com

DRº José Zanis Neto

Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DRª Maribel Pelaez Dóro

Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DRª Cláudia Lúcia Menegatti

Pontifícia Unniversidade Católica do Paraná

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre o processo de avaliação psicológica de pacientes candidatos a Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH). Para tanto foi realizada pesquisa de revisão narrativa de literatura em bases de dados científicos, livros, capítulos e sites oficiais que contemplassem achados teóricos/conceituais acerca do tema em questão. O TCTH é uma intervenção clínica para tratar pacientes com algumas doenças hematológicas, oncológicas e metabólicas para os quais outras alternativas terapêuticas foram consideradas e excluídas. Esta terapia envolve também procedimentos que controlam os sistemas hematopoiético e imunológico do paciente, o qual necessitará passar por quimioterapia ou irradiação e posteriormente por transplante de células-tronco de outra pessoa ou coleta própria. O diagnóstico de uma doença onco-hematológica pode ser considerado e visto por muitos pacientes como um momento de crise, conflituoso, inquietante e de insegurança. O TCTH é um procedimento complexo e também implica em riscos para a pessoa, o que pode gerar ambiguidade emocional à mesma. Problemas como Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida alterados são comuns em pacientes onco-hematológicos. Avaliação psicológica é um processo de anamnese investigativa e de interpretação de dados, realizado por meio de instrumentos psicológicos, tendo por finalidade o maior conhecimento do indivíduo, a fim de que sejam tomadas decisões quanto ao prognóstico psicológico dos pacientes. Nesse sentido, a avaliação dos aspectos emocionais, principalmente ansiedade, depressão e QV nas fases pré - TCTH é de suma importância. Vale ressaltar que as condições e estados emocionais dos pacientes podem interferir diretamente no *coping* do contexto adverso e no quadro clínico dos mesmos.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica, Células-Tronco Hematopoiéticas. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida. Psicologia.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on the process of psychological assessment of patients candidates for Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT). To this end, a narrative literature review was carried out in scientific databases, books, chapters and official websites that contemplated theoretical/conceptual findings about the topic in question. HSCT is a clinical intervention to treat patients with some hematological, oncological, and metabolic diseases for whom other therapeutic alternatives have been considered and excluded. This therapy also involves procedures that control the hematopoietic and immune systems of the patient, who will need to undergo chemotherapy or irradiation, and subsequently transplant stem cells from another person or their own collection. The diagnosis of an onco-hematologic disease can be considered and seen by many patients as a moment of crisis, conflict, worry, and insecurity. HSCT is a complex procedure and also implies risks for the person, which can generate emotional ambiguity to the person. Problems such as Anxiety, Depression, and altered Quality of Life are common in onco-hematologic patients. Psychological evaluation is a process of investigative anamnesis and data interpretation, carried out by means of psychological instruments, with the purpose of getting to know more about the individual, so that decisions can be made regarding the psychological prognosis of the patients. In this sense, the evaluation of emotional aspects, especially anxiety, depression, and QL in the pre-HCT phases is of utmost importance. It is worth mentioning that the patients' emotional conditions and states can directly interfere in the coping of the adverse context and in their clinical picture.

Keywords: Psychological Assessment. Hematopoietic Stem Cells. Anxiety. Depression. Quality of Life. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo parte do pressuposto de que as doenças onco-hematológicas e seu tratamento, especificamente quando há indicação de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) podem desencadear sofrimento emocional, como a ansiedade e depressão nos pacientes, além de prejudicar a qualidade de vida dos mesmos. Nesse sentido, ao longo do percurso teórico metodológico desta pesquisa, que trata-se de uma revisão narrativa de literatura, serão apresentadas as características gerais do TCTH, bem como reflexões sobre características e avaliação psicológica neste contexto.

Sousa *et al.* (2015) indicaram que um aspecto comum nas doenças onco-hematológicas é a ocorrência da hospitalização. Essa pode ocorrer em função da baixa imunidade e limitações que o corpo, de um modo geral, apresenta em decorrência da agressividade do tratamento, causados pela quimioterapia, radioterapia, entre outros tratamentos convencionais ou não. Geralmente, quando um paciente está em tratamento onco-hematológico, fica mais propenso a desequilíbrios metabólicos, fisiológicos,

neutropenia febril, entre outras comorbidades, tais como: infecções, dores, lesões na boca, cansaço, anemia, cor da pele pálida, dificuldades na respiração, coração acelerado, sangramentos, desnutrição, entre outros, as quais podem prejudicar o tratamento e consequentemente a recuperação.

Corroborando esses dados, Camara e Amato (2014) apontaram que, no período de hospitalização, o paciente onco-hematológico pode vir a apresentar algumas dificuldades em sua rotina diária, sendo que o medo da morte e a falta de aceitação das limitações físicas são comuns. Frequentemente, tais pacientes também apresentam angústia frente à sintomatologia própria da doença, e, muitas vezes, não sentem o apoio necessário dos familiares e amigos, além da interrupção de seus projetos de vida. O hospital também é um ambiente muito conhecido por sua frieza, mesmo com os esforços compreendidos em prol da humanização hospitalar. Isso significa que alguns pacientes perdem um pouco de sua identidade, privacidade e autonomia, sendo identificados por um número, pelos exames ou pela doença referida que fez com que ele precisasse da hospitalização.

Isto, dentre outros fatores, faz com que o serviço de Transplante de Medula Óssea (TMO), como conhecido pela população, seja um dos setores mais complexos dentro de uma instituição hospitalar. Deste modo, Mello *et al.* (2007) definem o serviço da seguinte forma:

O Transplante de Medula Óssea (TMO), procedimento de grande complexidade médica, traz consigo grande impacto na vida dos pacientes. Tal procedimento tem sido utilizado para tratar uma série de doenças hematológicas, dentre algumas outras, que eram consideradas incuráveis no passado. O TMO é um tipo de tratamento baseado na administração de altas doses de quimioterápicos (associados ou não à radioterapia), que visam destruir a medula óssea que em seguida será substituída por uma nova medula que é infundida no paciente. Existem alguns tipos de transplante; são eles o Alogênico, o Autólogo ou Autogênico e o Singênico. O primeiro é realizado pela doação de uma medula óssea compatível que é implantada no paciente; no segundo a própria medula do paciente é colhida, tratada e infundida novamente; e o terceiro é o transplante entre irmãos gêmeos idênticos. Estes procedimentos são extremamente complexos e invasivos e suas decisões dependem de diversos fatores como a idade, estágio da doença, condições físicas, doador compatível dentre outras. As decisões não dependem somente do próprio paciente e de sua condição física e emocional, mas também da existência ou não de um doador e de sua disponibilidade para este processo (MELLO *et al.*, 2007, p. 75).

Segundo Camara e Amato (2014, p. 87) “as patologias mais frequentes atendidas em enfermarias de Hematologia são: leucemias agudas e crônicas, linfomas e mieloma múltiplo, enfermidades compreendidas na denominação de câncer hematológico”. Essas doenças demandam cuidados específicos e podem trazer algum impacto para a vida dos

pacientes, seja físico ou emocional. Diante disso, Mello *et al.* (2007) afirmaram que, pela grande presença de sintomas psicossociais decorrentes do TCTH, (dieta rígida, desnutrição, sistema imunológico em desequilíbrio, isolamento, o processo de hospitalização traumático, procedimentos invasivos próprios do setor, entre outros) prejuízos na QV de pacientes, bem como o desenvolvimento de transtornos de humor como ansiedade e depressão, são comuns e precisam ser verificados pelos profissionais de saúde para o atendimento integral a esse público.

Se para os adultos já é difícil o enfrentamento das doenças onco-hematológicas, para as crianças e adolescentes isso é ainda mais peculiar, uma vez que sua forma de entender os aspectos mais singelos do mundo está em desenvolvimento. O atendimento a este público precisa ser feito através de estratégias mais lúdicas, demandando maior criatividade e sensibilidade por parte dos profissionais (ZANONI. *et al.*, 2010 e ZANONI *et al.*, 2014). Os familiares e a rede de apoio (professores, amigos/colegas da escola, pais, entre outros) são importantes nesses casos, sendo que os cuidadores mais próximos precisam ser bem orientados nos cuidados aos pacientes. Isto se deve ao fato de que esses pacientes não têm autonomia e maturidade suficiente para desempenhar todos os cuidados de que precisam (MUNITZ-SHENKAR *et al.*, 2007; SILVA e SOUZA, 2020).

Diante de tais informações, este artigo justifica-se pela crescente necessidade de busca por bases sólidas de evidência científica no trabalho diário com populações vulneráveis, como é o caso de pessoas em TCTH. Fazer um diagnóstico adequado dos aspectos emocionais em pacientes hospitalizados nem sempre é uma tarefa fácil para a equipe de saúde, visto que avaliar aspectos emocionais em escalas quantitativas é trabalhoso e requer tempo e conhecimento sustentável na teoria e prática clínica. Para este fim, já existem instrumentos validados que têm como objetivo de facilitar o diagnóstico de transtornos mentais e déficits na QV dos pacientes, o que permitiria aos profissionais uma ampliação de dados para o diagnóstico. Através disso, as ações de prevenção e de tratamento podem ser sistematizadas, reduzindo as possibilidades de complicações em torno deste tratamento.

O método deste artigo refere-se à pesquisa de revisão narrativa de literatura em que materiais já publicados em bases de dados como Scielo, Pepsic, Pubmed, Bireme e Google Acadêmico foram consultados. Os descritores de busca utilizados englobaram "Avaliação psicológica", "Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas", "Ansiedade", "Depressão", "Qualidade de Vida". Livros, capítulos de livros e sites oficiais sobre o tema do artigo também foram consultados. As publicações deveriam

conter bases teóricas e conceituais sobre o assunto em questão nos últimos 20 anos respondendo ao objetivo da presente pesquisa: Refletir sobre a Avaliação Psicológica em candidatos a Transplante de Células - Tronco Hematopoiéticas. Os resultados dessa revisão narrativa estão apresentados a seguir de forma sintética e reflexiva sobre os temas mais relevantes.

2 TRANSPLANTE DE CÉLULAS- TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

De acordo com Watanabe *et al.* (2010), o TCTH é uma terapia utilizada para tratar pacientes com doenças hematológicas, oncológicas, para os quais outras alternativas terapêuticas foram consideradas e excluídas. Esta terapia envolve também procedimentos que controlam os sistemas hematopoiético e imunológico de um paciente, o qual necessitará passar por quimioterapia ou irradiação e posteriormente por transplante de células-tronco de outra pessoa ou coleta própria.

Riul e Aguillar (1997) conceituaram TCTH, que, na época, era chamado de TMO, da seguinte forma:

É um procedimento terapêutico que consiste na infusão por via intravenosa, de sangue de medula óssea obtido de um doador, previamente selecionado, em um receptor adequadamente condicionado. A sua finalidade é reconstruir o órgão hematopoiético enfermo, devido a sua destruição, como nos casos de aplasia, ou devido à proliferação celular neoplástica, como nos casos de leucemia. Além dessas enfermidades, outras também tem sido objeto dessa modalidade de tratamento. O paciente então, recebe o transplante através da infusão intravenosa da medula óssea assim coletada e essas células irão circular na corrente sanguínea sendo que parte delas se implantarão no microambiente medular, iniciando o processo de repopulação medular e reconstituição hematopoiética (RIUL E AGUILLAR, 1997, pp. 49 e 50).

Ainda, segundo Riul e Aguillar (1997), podem ser doadores de células-tronco hematopoiéticas o próprio paciente, um irmão que possua o mesmo perfil genético, outro doador familiar, ou outra pessoa que não tenha vínculo, mas que possua compatibilidade de células-tronco hematopoiéticas. Os tipos de transplante são classificados, de modo geral, em autólogo, singênico e alogênico. No transplante autólogo, o paciente recebe as células-tronco da sua própria medula, colhida e congelada em momento oportuno, e depois transplantada novamente no próprio paciente após o período de remissão da doença. O singênico é realizado entre gêmeos monozigóticos, onde existe a histocompatibilidade ou identidade de sistemas antígenos leucocitários humanos (HLA) idêntica. O alogênico é aquele que envolve o transplante de um doador e receptor de origem desconhecida. (MORANDO *et al.*, 2010; SILVA e SOUZA, 2020).

Conforme visto anteriormente, existem três alternativas de fonte de células progenitoras: as células de doadores desconhecidos cadastrados nos bancos de medula óssea, células congeladas de cordão umbilical ou aquelas de pessoas com origem genética parcialmente idêntica (MEINERS *et al.*, 2008; SABOYA *et al.*, 2010). Ainda, segundo os autores, o uso do sangue de cordão umbilical é uma alternativa mais ágil neste sentido, entretanto, possui algumas desvantagens, por exemplo, em adultos o número de células muitas vezes é insuficiente para indivíduos com maior peso. É neste sentido que a busca de alternativas mais rápidas se faz necessária para que os pacientes possam ter mais chances de sobrevivência (SABOYA *et al.*, 2010).

Mendrone Junior (2009) publicou que o sangue periférico pode ser uma alternativa viável para a terapia celular em torno do transplante autólogo e alogênico de células-tronco hematopoiéticas. Este tipo de sangue é o mesmo que circula no corpo do indivíduo e possui diversas funções como de nutrição, excreção, imunidade e purificação. Neste sangue pode haver a concentração de células mesenquimais, ou seja, células que possuem características parecidas com as da medula óssea e que podem facilitar a recomposição do tecido hematopoiético após o transplante.

2.1 FASES DO TRANSPLANTE

Historicamente, os tratamentos onco-hematológicos evoluíram bastante (ARANHA, 2008). No início, os tratamentos utilizavam-se de arsênico e radioterapia, que promoviam um certo controle sobre os sintomas. Nos anos 50, o tratamento de escolha era o bussulfano, com melhora da qualidade de vida, mas também sem impacto na sobrevivência dos pacientes. Ao longo dos anos, o tema foi muito estudado, criando-se novas alternativas de tratamento, medicações e procedimentos como o TCTH ou TMO, como é comumente conhecido. Fonseca e Secoli (2008) afirmaram que o procedimento do TMO é dividido nas fases pré-transplante e transplante. Na fase pré-transplante avalia-se o paciente, define-se o tipo de transplante e o doador, orientando-se ambos quanto aos procedimentos. Os autores afirmaram ainda:

A fase do transplante é subdividida em duas etapas: condicionamento e infusão da medula óssea. O condicionamento consiste na administração de altas doses de quimioterápicos antineoplásicos e/ou irradiação corpórea total, cuja finalidade é a indução de aplasia medular. Nesta fase inicia-se, também, a terapia farmacológica com antieméticos, analgésicos, imunossuppressores, antimicrobianos, entre outros. Esses agentes têm o propósito de evitar, reduzir ou aliviar efeitos indesejados ou ainda, prevenir complicações decorrentes da quimioterapia antineoplásica. A infusão da medula óssea é realizada por meio de um cateter venoso central e nesta fase são introduzidos medicamentos como

corticosteróides, anti-histamínicos e ansiolíticos, administrados por via intravenosa, que visam à prevenção de intercorrências transfusionais. No TMO, a terapia antimicrobiana é utilizada para evitar e tratar os quadros infecciosos, uma complicação frequente responsável pela grave morbidade e por altas taxas de mortalidade nessa especialidade (FONSECA E SECOLI, 2008, p. 704).

Já Oliveira-Cardoso *et al.* (2009, p. 622) classificam o TCTH em três fases, incluindo a fase pós transplante, que se inicia após a alta e subdivide-se em dois momentos: *imediato*, até 100 dias da infusão da medula, e *tardio*, a partir desse marco. Fornecendo mais dados neste tema, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2017) publicou um manual sobre o TCTH para os pacientes que estão passando por esta situação. Este manual apontou 4 fases para o transplante. 1) Condicionamento: ocorre procedimentos para destruição da medula; 2) Infusão: trata-se do transplante em si das células-tronco hematopoiéticas; 3) Aplasia: período em que o paciente fica exposto a infecções oportunistas enquanto as células infundidas se desenvolvem; 4) Recuperação Medular: período em que a nova medula retorna suas funções normalmente.

2.2 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRANSPLANTE

Para Fermo *et al.* (2016), o setor de hematologia e hematoterapia é um dos setores hospitalares em que a segurança do paciente deve ser priorizada, uma vez que o sistema imunológico do mesmo está em desequilíbrio. O paciente submetido a TCTH fica exposto a procedimentos que acarretam imunossupressão, maior vulnerabilidade a infecções, efeitos colaterais, sofrimentos físicos e psicológicos. Seguindo estas afirmações, Ortiz *et al.* (2010) apontaram que o transplantado de células-tronco hematopoiéticas submete-se a uma imunossupressão prévia devido à quimioterapia ou à radioterapia total

Desta forma, estes pacientes têm maiores riscos de infecções, principalmente da parte respiratória, já que o contato com o ambiente é maior. O transplante também pode apresentar falhas como recidiva da doença, doença do enxerto contra o hospedeiro e infecções. A mortalidade varia de acordo com a idade, diagnóstico e fase da doença, sendo menor em jovens submetidos a transplante autólogo com diagnóstico precoce da doença (REIS E VISENTAINER, 2004; SEBER, 2009). De acordo com Garofolo *et al.* (2006), as complicações do transplante podem ser agudas ou crônicas, e dependem da doença de base, sua condição inicial, do tipo de transplante, da quimioterapia e radioterapia. As principais complicações pós-transplantes incluem: hemorragia, infecções, falência dos

órgãos, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), falha ou rejeição do enxerto e recidiva.

Além dessas complicações, o estado nutricional é fortemente afetado pelo processo do TMO. A oferta de alimentação é rigidamente controlada e o apetite dos pacientes diminui, fazendo com que eles emagreçam e tenham menos nutrientes do que o necessário para a sobrevivência (SOMMACAL *et al.*, 2010). Albertini e Ruiz (2001) apontaram como complicações precoces relacionadas à quimioterapia e radioterapia: náuseas, alopecia, vômitos, diarreia, anorexia e fraqueza muscular. Com o objetivo de minimizar estas complicações e reduzir o tempo de hospitalização, é importante que os profissionais trabalhem na tentativa de normalizar a resposta imunológica do paciente. Além disso, é válido incrementar a dieta do mesmo para que seu estado nutricional melhore, bem como as terapias de suporte multiprofissionais que comportem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, farmacêuticos, entre outros (DÓRO *et al.*, 2015; 2020).

Santos *et al.* (2012) realizaram um estudo com 12 pessoas que fizeram TCTH. Os autores, por meio da análise das entrevistas, chegaram à conclusão de que a experiência de submeter-se ao transplante teve impacto intenso na vida de todos os entrevistados. Entre os maiores desafios enfrentados pelos participantes na travessia do tratamento estavam os seguintes itens: os efeitos colaterais da quimioterapia, a implantação do cateter central, as exigências de autocuidado, o desejo de retomar as atividades cotidianas e preocupações referentes ao estado de saúde, como possíveis remissões da doença e complicações do transplante.

2.3 IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Oliveira *et al.* (2007) relataram que o diagnóstico de uma doença onco-hematológica pode ser considerado e visto por muitos pacientes como um momento de crise, conflituoso, inquietante e de insegurança. O TCTH é um procedimento complexo e também implica em riscos para a pessoa, o que pode gerar ambiguidade emocional e afetiva à mesma. Esta ambivalência se dá, porque, ao mesmo tempo que se trata de um procedimento que visa a recuperação da saúde do indivíduo, também pode ser sentido como ameaçador à sua própria vida.

Segundo Anders e Lima (2004) o TCTH colabora para o prolongamento da vida dos indivíduos que estão enfermos, entretanto, o impacto da doença e dos tratamentos

para a saúde psicossocial dos pacientes e familiares é intenso. Mesmo quando o transplante é bem sucedido, o paciente e sua família precisarão de cuidados e acompanhamento rotineiros. Silva (2001) colocou que o paciente será acompanhado por um longo período após a alta hospitalar. Sendo assim, ele deve ser treinado e orientado a assumir seus autocuidados, a ações para dar continuidade ao tratamento, retomar sua vida, o que implica em adquirir novos conhecimentos e habilidades, adaptar-se às condições impostas pela terapêutica, reunir os recursos necessários e engajar-se no processo de recuperação.

Durante o processo de TMO, os pacientes passam por um sistema diferente de internação, em relação ao tempo, necessidade de isolamento, protocolo rígido de rotinas, além da previsão das reações e efeitos colaterais que o tratamento provoca. A expectativa do que vai acontecer, da dor, das mudanças na rotina diária e das alterações físicas as quais terá que se submeter provocam um sofrimento por antecipação, deixando-os mais fragilizados, resultando, assim, em um aumento da capacidade de direcionar atenção para lidar com essas demandas (PONTES E GUIRARDELLO, 2007, p. 156).

Um exemplo disso foi a pesquisa realizada por Dóro *et al.* (2003), em que os autores avaliaram a capacidade funcional em adolescentes submetidos a TCTH, tanto na fase pré, quanto na fase pós transplante. Utilizaram um instrumento chamado *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT – BMT)* para isso junto a dez pacientes. A avaliação, mostrou que 4 dos 10 pacientes apresentaram melhoras em relação ao desempenho físico, no entanto, 9/10 relataram dificuldades para reassumir as atividades regulares de suas vidas, como no âmbito profissional, educacional e doméstico.

Sendo assim, diversos autores (ALMEIDA E LOUREIRO, 1999; OLIVEIRA-CARDOSO *et al.*, 2009; GUIMARÃES *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2011; DÓRO *et al.*, 2018) colocaram que o percurso do paciente com indicação para TCTH geralmente é complexo, uma vez que estes indivíduos já sofreram com o impacto do diagnóstico de uma doença que pode ser fatal, estigmatizada, e, no imaginário popular, como requisito para a morte. Desta forma, a doença pode vir a funcionar como um desencadeador de vivências de ansiedade, medo, perdas, incerteza quanto ao futuro, desespero, déficits na QV do indivíduo e das pessoas que o cercam.

3 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA

No que se refere à depressão, por exemplo, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua 5ª versão (APA, 2014) traz algumas diretrizes que permitem aos profissionais da saúde a identificação do problema. Alguns sintomas

específicos da depressão envolvem o humor deprimido na maior parte do dia, a perda de interesse em atividades que anteriormente aos episódios de depressão causavam prazer, perda ou ganho significativo de peso sem controle, insônia, hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, baixa concentração, indecisão, e, ideação suicida. Pelo menos cinco destes sintomas devem estar presentes fortemente nas últimas duas semanas ao episódio depressivo.

Demetrio (2001) resgatando dados da OMS, apresentou que a prevalência da doença é maior em mulheres de 20 a 50 anos, oriundas de qualquer país, e, relacionada a fatores hormonais, efeitos do parto, estressores psicossociais diferentes para homens e mulheres e história de vida e aprendizagem depressiva ao longo do ciclo vital de desenvolvimento. Desta forma, segundo a autora, o gênero feminino e histórico de doença depressiva são dois fatores de risco que merecem atenção por parte dos profissionais da saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão.

Para Delitti (2000) tratar a depressão é fundamental para a vida dos indivíduos e envolve aprender a lidar de modo mais positivo e adaptativo com os desafios da vida. Para isso, é preciso haver contingências de reforçamento disponíveis para a aquisição de comportamentos positivos, comportamentos estes que estimulem a reflexão, a interação social, a capacidade de lutar por seus objetivos e metas de trabalho, entre outras. O reforçamento adequado do meio minimiza o estado depressivo (HUNZIKER, 2001). Sendo assim, a equipe multiprofissional de saúde inserida em serviços de TMO precisa ser engajada e comprometida com a atenção global à saúde destes pacientes, haja vista que esta proximidade e interação adequada podem ser fatores protetivos para a possibilidade de transtornos de humor nos pacientes.

Ainda segundo Hunziker (2001), a depressão pode ser uma comorbidade da ansiedade. A ansiedade pode ser vivenciada conforme uma infinidade de sensações e comportamentos. Exemplos destes sintomas variam entre medo, apreensão, tensão, desconforto, antecipação de perigo de algo desconhecido ou estranho. Para ser diagnosticada, precisa ocorrer na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades, tais como desempenho escolar ou profissional. A ansiedade passa a ser reconhecida como patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou quando está muito diferente do que se considera aceitável para determinada fase do ciclo vital. Ela interfere diretamente na QV dos indivíduos, visto que gera muitos desconfortos e prejudica as pessoas na forma como elas desempenham suas

atividades rotineiras (CASTILLO *et al.*, 2000; EFFICACE, *et al.* 2016., NAKAMURA *et al.*, 2020).

Todos estes sintomas são comumente experienciados por pacientes em TCTH, podendo ser confundidos com um transtorno de ansiedade caso não sejam avaliados de forma criteriosa por um profissional capacitado. Além disso, a QV dos pacientes onco-hematológicos fica bastante limitada, sendo alvo de diversos estudos nos últimos anos (SLOVACEK *et al.*, 2007; GUIMARÃES *et al.* 2008; DÓRO *et al.*, 2015).

Alguns autores (DIAS E SILVA, 2006; DELFINO, *et al.*, 2012; GIMENES, 2013; KUNZLER E ARAÚJO, 2013; DÓRO *et al.* 2014; DÓRO, PELAEZ, 2018) concordam com o conceito clássico de QV mencionado pela OMS, como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Quando se trata de pacientes em TCTH, suas percepções de vida ficam alteradas, visto que sua saúde está em desequilíbrio. Também ficam muito preocupados com a condição em que se encontram pelo fato da doença ser vista no senso comum como desfecho de morte. Estes e outros fatores podem ser considerados fundamentais nos déficits de QV em pessoas encaminhadas e submetidas a TCTH.

Para prevenir, diagnosticar e tratar os problemas emocionais e déficits na QV dos pacientes em TCTH, faz-se necessário que os profissionais, dentre eles, o psicólogo, estejam familiarizados com suas bases teóricas, práticas e éticas. Na avaliação psicológica, de um modo geral, faz-se uso de diversos recursos, como a observação, anamnese, a entrevista, as sessões de psicoterapia, a adaptação apresentada no contexto hospitalar e a aplicação de testes psicológicos validados e padronizados na área (BARROS *et al.*, 2016; DÓRO, *et al.*, 2016; DÓRO, SANTOS, PELAEZ, 2018).

4 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Realizar avaliação psicológica é uma das tarefas mais comuns entre os psicólogos dentro de vários contextos de atuação. Na área clínica e hospitalar isso fica mais evidente, uma vez que diagnósticos de problemas emocionais aparecem com maior frequência em tais ambientes (BARROS *et al.*, 2016; DÓRO, SANTOS, PELAEZ, 2018). Desta forma, é muito importante que o profissional saiba seu papel e como desempenhar estas funções com o auxílio de instrumentos próprios para isso.

De acordo com Chiodi e Wechsler (2008, p. 200) “avaliação psicológica é um processo de coleta e interpretação de dados, realizado por meio de instrumentos

psicológicos, tendo por finalidade o maior conhecimento do indivíduo, a fim de que sejam tomadas determinadas decisões”. Sob outra perspectiva, Araújo (2007) explanou que a avaliação psicológica é um procedimento clínico que envolve a organização de métodos e técnicas específicas na medição de funções cognitivas e comportamentais. Estas técnicas variam desde a entrevista, observação, uso de testes psicológicos, técnicas projetivas, ludoterapia, entre outras.

Para Noronha e Reppold (2010), a avaliação psicológica deve ser vista como algo próprio e privativo da profissão, embora se note, na atualidade, que muitos profissionais também façam uso desta função, como médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros. Resgatando a lei 4.119 de 27 de Agosto de 1962, a qual regulamenta a profissão da Psicologia, em seu artigo 13º, aponta como função privativa do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de fazer diagnósticos psicológicos, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento (BRASIL, LEI 4119/62). São exemplos de técnicas e métodos de avaliação psicológica: entrevista clínica, definição de objetivos, duração, escolha criteriosa dos instrumentos, observação, dinâmicas de grupo, sessões de psicoterapia, entrevista devolutiva, elaboração do laudo, entre outras (ARAÚJO, 2007).

Vale ressaltar que é necessário entender a complexidade de uma avaliação psicológica, bem como conhecer profundamente as circunstâncias em que ela deve ser feita, a escolha, o manuseio, interpretação e *feedback* dos instrumentos. Para isso, somente a formação continuada e prática constante poderão ser capazes de tornar um profissional apto a realizar avaliação psicológica de forma adequada e científica (NORONHA E REPPOLD, 2010; DÓRO, *et al.*, 2016). Além da formação continuada, o profissional deve saber que avaliação psicológica não é somente aplicação de testes, mas um conjunto de técnicas que integram os dados levantados nestes testes para obter uma compreensão geral do comportamento avaliado.

Na escolha dos instrumentos, o profissional deve atentar para os níveis de validade e fidedignidade dos mesmos, uma vez que aplicar testes que não passaram por estas etapas pode descaracterizar o trabalho como científico. A validade de um teste consiste em estabelecer cientificamente que os itens que estão presentes neles são passíveis de medição e fazem parte das características psicológicas dos indivíduos. Já a fidedignidade deve medir com o máximo de objetividade os sujeitos em ocasiões diferentes. O teste precisa mostrar o quanto ele se aproxima do ideal para medir com o mínimo de

imperfeições, apresentando um coeficiente estatístico (CHIODI E WECHSLER, 2008; DÓRO e PELAEZ, 2018).

Em relação à avaliação psicológica no ambiente hospitalar, é importante que o profissional saiba como adequar da melhor forma possível a avaliação psicológica dos pacientes neste *setting*. Como afirmou Simonetti (2006), a hospitalização pode desencadear e potencializar transtornos psicopatológicos nos pacientes, daí a necessidade do profissional estar atento e apto a realizar uma boa avaliação a fim de proceder os encaminhamentos necessários. Além disso, quanto melhor amparado psicologicamente o paciente estiver, melhores as chances de minimização do impacto da doença física na vida dele.

Ao se deparar com os aspectos psicológicos que se encontra a doença, nos defrontamos com diversas manifestações psíquicas da subjetividade humana, tais como: sentimentos, desejos, pensamentos, comportamentos, fantasias, lembranças, estilos de vida, e o modo de adoecimentos que é intrínseco de cada ser. No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real, que não puramente interpretativa. Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise. Também fica atento aos transtornos mentais associados à patologia, tornando o paciente ativo no seu processo de adoecimento e hospitalização (CANTARELLI, 2009, P. 139).

Especificamente, os serviços de hematologia e oncologia possuem equipes engajadas no atendimento a estes pacientes devido à alta complexidade biopsicossocial que eles demandam. Santos et al. (2013) mencionaram que o paciente oncológico e hematológico está muito propenso a transtornos mentais decorrentes da doença, portanto, a avaliação psicológica neste contexto é comum. Após o diagnóstico de câncer, vem pela frente um tratamento invasivo, cuja mudança no cotidiano dos pacientes e pessoas próximas é evidente. As restrições físicas e sociais também farão parte da vida deles. O profissional precisa ter muito claro seu papel na avaliação psicológica e no entendimento dela para que não constranja o paciente e não o prejudique, visto que o mesmo pode estar em um momento de vulnerabilidade.

Chiodi e Wechsler (2008) apontaram que o uso incorreto ou inadequado de instrumentos na avaliação psicológica pode trazer prejuízos emocionais ao paciente, fazendo um movimento contrário à saúde dos mesmos. Os autores elencaram fatores que podem descaracterizar uma avaliação psicológica e desestabilizar ainda mais pacientes vulneráveis.

(1) reproduzir material sujeito a direitos autorais, (2) utilizar testes inadequados em sua prática, (3) estar desatualizado na sua área de atuação, (4) desconsiderar os erros das medidas nas suas interpretações, (5) utilizar folhas de respostas inadequadas, (6) ignorar a necessidade de explicações sobre pontuação nos testes aos solicitantes da avaliação, (7) permitir a aplicação de testes por pessoal não qualificado, (8) desprezar condições que afetam a validade dos testes em cada cultura, (9) ignorar a necessidade de arquivar o material psicológico coletado e (10) interpretar além dos limites dos testes utilizados. Tais falhas éticas trazem inúmeras implicações e comprometem a área de Avaliação Psicológica e os pacientes (CHIODI E WECHSLER, 2008, P. 2003).

Como visto até aqui, percebe-se a necessidade da avaliação psicológica no hospital e nos serviços de TMO, principalmente em relação a ansiedade, depressão e QV. O psicólogo precisa estar consciente de sua atuação e dos instrumentos validados mais adequados para um levantamento útil de dados. Estas considerações são constatadas através dos resultados encontrados em várias pesquisas (DÓRO, ANTONECHEN, OKUMURA, 2015; ANTONECHEN e DÓRO, 2016, 2018).

4.1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM TCTH

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) criou uma plataforma de avaliação dos instrumentos que os psicólogos podem utilizar chamada de SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos). Nesta plataforma são colocados os testes favoráveis ao uso por parte dos profissionais, bem como os desfavoráveis, os privativos do psicólogo e os não privativos. No que se refere à ansiedade, não há um teste específico para avaliá-la no momento. O teste com parecer desfavorável à sua utilização é o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) traduzido por Jurema Alcides Cunha em 2001. Tal teste está desfavorável desde 11/04/2018 com estudos de normatização vencidos. O IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-estado feito por Ângela Biaggio e colaboradores, que é amplamente conhecido no meio científico da Psicologia, encontra-se com parecer desfavorável ao uso. O SATEPSI (2017) ainda apontou como um instrumento não privativo do psicólogo para avaliar ansiedade o Inventário de ansiedade: a mente vencendo o humor, dos autores Greenberger e Padeski (2011).

Sobre os instrumentos para avaliar depressão, o SATEPSI mencionou como favoráveis: o Inventário Beck de Depressão II (BDI II), da autora Bianca Suzana Guevara Werlang e colaboradores (2010); a Escala Baptista de Depressão versão adulto (2011), Idosos (2019) e Infanto-juvenil (2017), da autora Maklim Nunes Baptista e colaboradores; a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), das autoras Adriana

Munhoz Carneiro e Maklim Nunes Baptista, em 2014. Como desfavoráveis, encontram-se os instrumentos: o Inventário Beck de Depressão (BDI), da autora Jurema Alcides Cunha em 2001; Como instrumento não privativo dos psicólogos, encontra-se o “Inventário de depressão: a mente vencendo o humor”, dos autores Greenberger e Padeski (2011).

Para avaliação de QV, o SATEPSI não apresenta nenhum instrumento privativo do psicólogo favorável ao uso. O que se têm mencionado e indicado pelo SATEPSI é um instrumento não privativo chamado SF-36 (Questionário de Qualidade de Vida SF-36) que avalia a condição geral de saúde e a Escala de Qualidade de Vida da Pessoa Idosa de Vitor. O chamado Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) encontra-se desfavorável ao uso. Segundo Fleck (2000) a Organização Mundial da Saúde recomenda o *The World Health Organization Instrument (WHOQOL)*.

Cruz (2010) em sua tese de doutorado pesquisou os instrumentos para avaliação de QV no Brasil nos contextos de saúde, inclusive o hospitalar. A autora encontrou como instrumentos recomendados por seu nível de validade e cientificidade o WHOQOL-BREF e SF-36, que é mencionado pelo CFP como um instrumento de uso não privativo do psicólogo. É papel da equipe de saúde e principalmente do psicólogo avaliar os casos com os instrumentos adequados para que os pacientes possam receber o melhor atendimento e encaminhamento, bem como ter maior discernimento nos estudos do caso, uma vez que o psicológico pode afetar o biológico e vice-versa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo o que foi exposto, fica evidente a complexidade da atuação profissional nos serviços de TCTH. Isto porque há forte vulnerabilidade física nos pacientes que estão em tratamento, e, por conta deste fator, a possibilidade de desenvolvimento de problemas emocionais é maior. Nesse sentido, a avaliação dos aspectos emocionais, principalmente ansiedade, depressão e QV nas fases pré e pós transplante é de suma importância. Vale ressaltar que não dar atenção adequada para os aspectos emocionais dos pacientes pode influenciar diretamente no quadro clínico dos mesmos. Realizar avaliação psicológica é uma tarefa complexa, haja vista que o psicólogo deve ter amplo conhecimento sobre o assunto, tanto teórico como prático. Acima de tudo, ele precisa saber quais os instrumentos específicos, inclusive dentro da sua realidade sociocultural, e que melhor atenderão a demanda de forma ética e científica, para que então, possa verificar a necessidade de encaminhamento ou não, para um tratamento

adequado e não iatrogênico. Além disso, a atuação dos profissionais deve ser pautada em evidências científicas, portanto, há necessidade de uma avaliação psicológica adequada e contributiva à vida dos pacientes.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Programa de Pós- Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

REFERÊNCIAS

ALBERTINI, S. M.; RUIZ, M. A. O papel da glutamina na terapia nutricional do transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 1, p. 41-47, 2001.

ALMEIDA, A. C.; LOUREIRO, S. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida após transplante de medula óssea (TMO): uma revisão da literatura. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 17, p. 14-24, 1999.

ANDERS, J. C.; LIMA, R. A. G. Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 866-874, 2004.

ANTONECHEN, AC & DÓRO, MP. 'Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em pacientes da Hemato-Onco com Dor Crônica'. Saúde (Santa Maria), Vol. 42, n. 1, p. 225-234, Jan./Jun, 2016. <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade>

ANTONECHEN, AC.; DÓRO, MP. Estigmas e Singularidades Psicológicas da Dor na Clínica Hemato-Oncologia. Capítulo 11. 245-263p. In: DÓRO, MP.; PELAEZ, JM.; WENTH, RC. (ORG). **ONCO-HEMATO -TRANSPLANTE: O Caminhar na Práxis da Psicologia- Livro II**. 1ª Edição. Curitiba-Pr. Editora Prismas. 2018. 284 p. ISBN: 978-85-537-0037-0.

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Manual de Informações ao Paciente de TMO. 2017. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=933>. Acesso em: 19/01/2017.

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARANHA, F. J. P. Leucemia Mielóide Crônica: transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 30, supl. 1, p. 41-46, 2008.
ARAUJO, M. A. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 126-141, 2007.

BARROS, A. R.; PRESTES, D. C.; SILVA, D.; TRIBUZY, E.; ROSA, J. G.; ANGIOLETTI, G. C.; SANTOS, L. M. O.; SOUZA, R. R. **Psicologia Hospitalar: Considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Curitiba: CRP PR, 2016.

BRASIL. Lei nº 4.119 de 27 de Agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm, Acesso em: 10/02/2017.

CAMARA, R. A.; AMATO, M. A. P. A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-91, 2014.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-147, 2009.

CASTILLO, A. R.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, 2000.

CHIODI, M. G.; WECHSLER, S. A. Avaliação psicológica: contribuições brasileiras. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 197-210, 2008.

CRUZ, L. N. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. 2010. 270f. Teses (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

DELFINO, M. R. R., KARNOPP, Z. M. P.; ROSA, M. R. Q. P.; PASIN, R. R. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trabalho, Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2012.

DELITTI, M. Depressão: A solução depende de vários modelos teóricos?. In. KERBAUY, R. R. **Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisas e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**. V.05. Santo André: ESETec, 2000, PP 269-272.

DEMETRIO, F. N. Depressão: Bases Anátomo-Fisiológicas. In. ZAMIGNANI, D. R. **Sobre Comportamento e Cognição: A aplicação da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos**. V.03. Santo André: ESETec, 2001, PP 150-158.

DIAS, A. L. P; SILVA, L. D. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamento a autopercepção de qualidade de vida. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2006.

DÓRO, M. P.; PASQUINI, R.; LOHR, S. S. A functional assessment of adolescents who were recipients of bone marrow transplantation: a prospective study. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 1, p. 5-15, 2003.

DÓRO, MP; ZANIS-NETO, J; CARVALHO, D; PELAEZ, JM; FUNKE, VAM; PASQUINI, R. 'Bone Marrow Transplant Long-Term Survivors' Satisfaction with Quality of Life: Comparison with a Control Group'. *Open Journal of Medical Psychology*. ISSN Print: 2165-9370. ISSN Online: 2165-9389. DOI: 10.4236. 2014. Website: <http://www.scirp.org/journal/ojmp>

DÓRO, M. P.; PELAEZ, J. M.; DÓRO, C. A.; ANTONECHEN, A. C.; MALVEZZI, M.; BONFIM, C. M. S.; FUNKE, V. M. Psicologia e musicoterapia: uma parceria no processo psicoativo dos pacientes do Serviço de Transplante de Medula Óssea. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-130, 2015.

DÓRO, M. P.; ANTONECHEN, AC.; OKUMURA, I. M. Pain, Patients' Needs and Health-Related Quality of Life. Section 3: Social Psychology of Human and Social Development. Chapter 6, 59-68p. In Editor Brij Mohan. *Construction of Social Psychology. Advances in Psychology and Psychological Trends*. in Science Press. ISSN of Collection: 2183-2854 e ISBN of this volume: 978-989-99389-3-9. 202p. 2015.

“The **electronic version** is already available on our website www.insciencepress.org - and the direct link to access and download the book is <http://insciencepress.org/construction-of-social-psychology/> .

DÓRO, MP; ANTONECHEN, AC.; OKUMURA, IM.; SANTOS, NRC.; LUCKOW, B.; ZAMPIROM, K. Organizadoras. “**Manual do Programa de Psicologia dos Serviços de Transplante de Medula Óssea e de Onco-Hematologia do Complexo HC da UFPR**” Curitiba: Complexo HC/UFPR. Primeira edição:259p. 2016. ISBN: 978-85-89411-06-6. Publicação eletrônica. Disponível em:http://www.ebserh.gov.br/documents/1948338/2326847/manual_do_programa_de_psicologia_do_stmo_e_oncologia%5B1%5D.pdf

DÓRO, MP.; PELAEZ, JM.; História, Concepção e Mediação da Qualidade de Vida em Relação à Saúde. Capítulo 6. 89-116p. In: DÓRO, MP.; PELAEZ, JM.; WENTH, RC. (ORG). **ONCO-HEMATO -TRANSPLANTE: O Caminhar Interdisciplinar - Livro I**. 1ª Edição. Curitiba-Pr. Editora Prismas, 2018. 256 p. ISBN: 978-85-537-0038-7.

DÓRO, MP.; SANTOS, KC.; PELAEZ, JM. Contribuição da Psicologia no Contexto do Serviço de Transplante de Medula Óssea. Capítulo 1. 23-59p. In: DÓRO, MP.; PELAEZ, JM.; WENTH, RC. (ORG). **ONCO-HEMATO -TRANSPLANTE: O Caminhar na Práxis da Psicologia- Livro II**. 1ª Edição. Curitiba-Pr. Editora Prismas. 2018. 284 p. ISBN: 978-85-537-0037-0.

DÓRO, MP; CARDOSO, E.A.O; GRINGS, CO; MAREZE, JTG. Psicologia – Diretrizes e Sugestões de Ações em relação ao paciente, ao familiar-cuidador e doador aparentado do TCTH. Disponíveis no: (<http://sbtmo.org.br/saiba-mais-sobre-transplantes.php>) da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea, SBTMO. Site: www.sbtmo.org.br **2018**.

DÓRO, M.P. (2020). Psicólogo do paciente em TCTH no Sistema Público de Saúde: Particularidades do Contexto e Implicações Psicossociais. Capítulo.6. 95-127. In: Baptista, Caio Henrique Vianna (Org.). *Psicologia e Psico-Oncologia em Transplante de Medula Óssea*. São Paulo: Editora Maker Mídia. 252p. ISBN: 978-65-990105-1-4.

EFFICACE, Fábio; BRECCIA, Massimo; COTTONE, Francesco; OKUMURA, Iris.; DÓRO, Maribel Pelaez; RICCARDI, Francesca; ROSTI, Gianantonio; BACCARANI, Michele ‘Psychological Well-being and Social Support in Chronic Myeloid Leukemia Patients Receiving Lifelong Targeted Therapies’. *Supportive Care in Cancer*. Published online: July 2016. DOI 10.1007/s00520-016-3344-6.

FERMO, V. C.; RADUNZ, V.; ROSA, L. M.; MARINHO, M. M. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1139-1146, 2015.

FONSECA, R. B.; SECOLI, S. R. Medicamentos utilizados em transplante de medula óssea: um estudo sobre combinações dos antimicrobianos potencialmente interativos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 706-714, 2008.

GAROFOLO, A. MODESTO, P. C.; GORDAN, L. N.; PETRILLI, A. S.; SEBER, A. Perfil de lipoproteínas, triglicérides e glicose plasmáticos de pacientes com câncer

durante o transplante de medula óssea. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 281-288, 2006.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2013.

GUIMARAES, F. A. B.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation on the quality of life of patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 522-527, 2010.

GUIMARAES, F. A. B.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, E. A. Qualidade de vida de pacientes com doenças auto-imunes submetidos ao transplante de medula óssea: um estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 856-863, 2008.

HUNZIKER, M. H. L. O Desamparo Aprendido e a Análise Funcional da Depressão. In. ZAMIGNANI, D. R. **Sobre Comportamento e Cognição: A aplicação da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos**. V.03. Santo André: ESETec, 2001, PP 141-149.

KUNZLER, L. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 267-274, 2013.

MELLO, C. N. H.; MARTINS, M. L. C.; CHAMONE, D.; PINTO, K. O.; SANTOS, N. O.; LUCIANT, M. C. S. Intervenções psicológicas realizadas na clínica onco-hematológica: discussão acerca das possibilidades clínicas apresentadas na literatura. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 73-99, 2007.

MEINERZ, C.; CHAGAS, M.; DALMOLIN, L. C.; SILVEIRA, M. D. P.; CAVALHERO, F.; FERREIRA, L. A. P.; BAZZO, M. L. Avaliação do percentual de compatibilidade HLA entre membros da mesma família para pacientes à espera de transplante de medula óssea em Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 359-362, 2008.

MENDRONE JUNIOR, A. Sangue periférico como fonte de células para terapia celular. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. 19-24, 2009.

MORANDO, J.; MAUAD, M. A.; FORTIER, S. C.; PIAZERA, F. Z.; SOUZA, M. P.; OLIVEIRA, C.; MACHADO, C.; MATOS, E.; AZEVEDO, W. M.; RIBEIRO, L. L.; NUNES, E. C.; BITENCOURT, M. A.; SETÚBAL, D. C.; FUNKE, V. M.; OLIVEIRA, M. M.; MEDEIROS, L. A.; NABHAN, S. K.; LOTH, G.; SOLA, C. B. S.; KOLISKI, A.; PASQUINI, R.; ZANIS NETO, J.; COLTURATO, V. A. R.; BONFIM, C. M. S. Transplante de células-tronco hematopoéticas em crianças e adolescentes com leucemia aguda: experiência de duas instituições Brasileiras. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 350-357, 2010.

MUNITZ-SHENKAR, D.; KRULIK, T.; PERETZ, C.; SHILOH, R.; ELHASID, R.; TOREN, A.; WEIZMAN, A. Psychological and cytokine changes in children and adolescents undergoing hematopoietic stem cell transplantation. **European Neuropsychopharmacology**, Londres, V. 17, N. 01, P. 58—63, 2007.

NAKAMURA, L.; AOYAGI, G.A.; DORNELES, S. F.; BARBOSA, S. R. M. Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. **Brazilian Journal of Development**. São José dos Pinhais, v. 6, n. 12, p. 96892 – 96905, 2020.

NORONHA, A. P. P.; REPPOLD, C. T. Considerações sobre a avaliação Psicológica no Brasil. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. spe, p. 192-201, 2010.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea (TMO): um estudo prospectivo. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 621-628, 2009.

OLIVEIRAO, E. A.; SANTOSO, M. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C. Repercussões psicológicas do transplante de medula óssea no doador relacionado. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 430-445, 2007.

ORTIZ, E.; NAKAMURA, E.; MAGALHÃES, R.; SOUZA, C. A.; CHONE, C. T.; VIGORITO, A. C.; SAKANO, E. Valor prognóstico da tomografia computadorizada de seios paranasais no transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 618-622, 2010.

PONTES, L.; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 154-160, 2007.

REIS, M. A. L.; VISENTAINER, J. E. L.. Reconstituição imunológica após o transplante de medula óssea alogênico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 3, p. 212-217, 2004.

RIUL, S.; AGUILLAR, O. M. Contribuição à organização de serviços de transplante de medula óssea e a atuação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 49-57, 1997.

SABOYA, R.; DULLEY, F. L.; FERREIRA, E.; SIMÕES, B. Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 13-15, 2010.

SANTOS, M. A.; MARQUES, L. A. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Percepção de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 sobre o transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 425-433, 2012.

SANTOS, M. A.; SILVA, A. F. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C. Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation

on the quality of life of type 1 diabetes mellitus patients. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 264-271, 2011.

SANTOS, M. Z.; SARDÁ JUNIOR, J. J.; MENEZES, M.; THIEME, A. L. Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças com câncer por meio do DFH III. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 12, n. 3, p. 325-332, 2013.

SATEPSI. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. Conselho Federal de Psicologia. 2017. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/>. Acesso em: 29/01/2017.

SEBER, A. O transplante de células-tronco hematopoéticas na infância: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. 59-67, 2009.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-Transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 75-82, 2001.

SILVA, M. J. S.; SOUZA, P. G. V. D. Desenvolvimento de doenças e complicações após transplante de medula óssea. **Brazilian Journal of Development**. São José dos Pinhais, v. 6, n. 12, p. 98279 – 98294, 2020.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

SLOVACEK, L. SLOVACKOVA, B.; JEBAVY, L.; MACINGOVA, Z. Psychosocial, health and demographic characteristics of quality of life among patients with acute myeloid leukemia and malignant lymphoma who underwent autologous hematopoietic stem cell transplantation. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 125, n. 6, p. 359-361, 2007.

SOMMACAL, H. M.; JOCHIMS, A. M. K.; SCHUCH, I.; SILLA, L. M. R. Comparação de métodos de avaliação nutricional empregados no acompanhamento de pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 50-55, 2010.

ZANONI, AP; DÓRO, MP; ZANIS-NETO, J; BONFIM, CMS. 'A Percepção de Adolescentes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas em relação à própria hospitalização'. **Revista SBPH** v.13 n.1, Rio de Janeiro, RJ, junho, 2010.

ZANONI, AP; SANTOS, KC; DÓRO, MP. 'O Trabalho da Psicologia com Pacientes Pediátricos em um Serviço de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas: Considerações Junguianas'. Capítulo 15. 257-275p. In Amorin, S. & Bilotta, FA. **Jung e Saúde**: Temas Contemporâneos. Jundiaí, SP. Paco Editorial. 348p. ISBN: 978-85-8148-466-2. 2014.

WATANABE, A. M.; OMOTTO, C. A.; DI COLLI, L.; HAYASHI, V. M. H. Percepção da comunidade nipo-brasileira residente em Curitiba sobre o cadastro de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 136-140, 2010.