

Coping Religioso/Espiritual e Qualidade de Vida dos Sobreviventes de Câncer Cinco Anos após o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n4.2812>

Religious/Spiritual Coping and Quality of Life of 5-Years Cancer Survivors After Hematopoietic Stem Cell Transplantation
Afrontamiento Religioso/Espiritual y Calidad de Vida de Sobrevivientes de Câncer Cinco Años después del Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas

Celina Angélica Mattos Machado¹; Angela da Costa Barcellos Marques²; Luana Aparecida Alves da Silva³; Leonel dos Santos Silva⁴; Maria de Fátima Mantovani⁵; Jorge Vinícius Cestari Felix⁶; Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães⁷; Luciana Puchalski Kalinke⁸

RESUMO

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas é um tratamento complexo, com potencial de cura, no entanto, apresenta risco significativo de complicações graves e consequente comprometimento na qualidade de vida relacionada à saúde. Diante desse cenário, é necessário que a equipe de saúde reconheça as demandas a que os pacientes estão expostos, e as estratégias de enfrentamento utilizadas, a fim de promover intervenções que objetivem a melhora da qualidade de vida relacionada à saúde e a diminuição dos desconfortos decorrentes do diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Correlacionar o uso do *coping* religioso/espiritual com a qualidade de vida após cinco anos da realização do transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Método:** Estudo analítico e longitudinal, com 55 pacientes em um hospital de referência para o procedimento na América Latina. Coleta de dados de 2013 até 2021, com os questionários *Functional Assessment of Cancer Therapy – Bone Marrow Transplantation* e *Religious/Spiritual Coping Scale*. Correlações entre as variáveis pelo coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** Trinta pacientes foram a óbito antes de completar cinco anos de tratamento. A qualidade de vida apresentou melhores índices no quinto ano (116,1/148). Houve maior uso do *coping* religioso/espiritual positivo (3,15/5,00). Observou-se correlação significativa negativa entre os escores de qualidade de vida (-0,624/ $p < 0,00$) e *coping*/religioso espiritual negativo. **Conclusão:** Reconhecer a multidimensionalidade do constructo qualidade de vida, incluindo o domínio espiritual, poderá auxiliar o paciente no enfrentamento da doença e do tratamento.

Palavras-chave: qualidade de vida; transplante de células-tronco hematopoiéticas; enfermagem oncológica; adaptação psicológica; pessoal de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Hematopoietic stem cell transplantation is a complex treatment, with healing potential, however, it presents a significant risk of serious complications and consequent impairment in health-related quality of life. Given this scenario, it is necessary for the health team to recognize the demands that patients are exposed to, and the coping strategies used, in order to promote interventions that aim to improve health-related quality of life, and decrease the discomforts resulting from the diagnosis and treatment.

Objective: To correlate the use of religious/spiritual coping with quality of life after five years of hematopoietic stem cell transplantation. **Method:** Analytical and longitudinal study, with 55 patients in a referral hospital for the procedure in Latin America. Data were collected from 2013 to 2021, with the Functional Assessment of Cancer Therapy – Bone Marrow Transplantation and Religious/Spiritual Coping Scale questionnaires. Correlations between variables by the Spearman's correlation coefficient.

Results: 30 patients died before completing five years of treatment. Quality of life showed better rates in the fifth year (116.1/148). There was greater use of positive religious/spiritual coping (3.15/5.00). A significant negative correlation between quality-of-life scores (-0.624/ $p < 0.00$) and negative religious/spiritual coping was found. **Conclusion:** Recognizing the multidimensionality of the quality of life construct, including the spiritual domain, can help the patient to cope with the disease and treatment.

Key words: quality of life; hematopoietic stem cell transplantation; oncology nursing; adaptation, psychological; health personnel.

RESUMEN

Introducción: El trasplante de progenitores hematopoyéticos es un tratamiento complejo, con potencial curativo, sin embargo, presenta un riesgo importante de complicaciones graves y consecuente deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud. Ante este escenario, es necesario que el equipo de salud reconozca las demandas a las que se exponen los pacientes y las estrategias de enfrentamiento utilizadas, a fin de promover intervenciones que apunten a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y disminuir los malestares derivados del diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** Correlacionar el uso del afrontamiento religioso/espiritual con la calidad de vida después de cinco años del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas. **Método:** Estudio analítico y longitudinal, con 55 pacientes en un hospital de referencia para el procedimiento en América Latina. Recopilación de datos de 2013 a 2021, con los cuestionarios *Functional Assessment of Cancer Therapy – Bone Marrow Transplantation* y *Religious/Spiritual Coping Scale*. Correlaciones entre variables por el coeficiente de correlación de Spearman. **Resultados:** Treinta pacientes fallecieron antes de completar cinco años de tratamiento. La calidad de vida mostró mejores índices en el quinto año (116,1/148). Hubo un mayor uso del afrontamiento religioso/espiritual positivo (3,15/5,00). Hubo una correlación negativa significativa entre las puntuaciones de calidad de vida (-0,624/ $p < 0,00$) y el afrontamiento religioso/espiritual negativo. **Conclusión:** Reconocer la multidimensionalidad del constructo calidad de vida, incluyendo el dominio espiritual, puede ayudar al paciente a enfrentar la enfermedad y el tratamiento.

Palabras clave: calidad de vida; trasplante de células madre hematopoyéticas; enfermería oncológica; adaptación psicológica; personal de salud.

¹⁻⁴Universidade Federal do Paraná, Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba (PR), Brasil. E-mails: celina.ufpr@gmail.com; angebarend@yahoo.com.br; luanamcr@yahoo.com.br; leonelds@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7241-7169>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1442-0308>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-0210-2791>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8359-5622>

⁵⁻⁸Universidade Federal do Paraná. Curitiba (PR), Brasil. E-mails: mfatimamantovani@ufpr.br; jvcfelix@ufpr.br; guimaraes.pr@gmail.com; kalinkeluciana@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7961-8273>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0086-674X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9852-6777>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-4868-8193>

Endereço para correspondência: Celina Angélica Mattos Machado. Av. Presidente Kennedy, 1500 – Rebouças. Curitiba (PR), Brasil. CEP 80220-201. E-mail: celina.ufpr@gmail.com



INTRODUÇÃO

O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é um tratamento rigoroso e complexo, com potencial de cura para os pacientes com câncer hematológico. Entretanto, apresenta risco significativo de complicações graves e consequente comprometimento na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)¹.

Os pacientes com câncer, que se submetem a uma terapia desafiadora com diversos comprometimentos negativos na QVRS, vivenciam experiências únicas e complexas². Eles apresentam curso de doença imprevisível com complicações relacionadas ao tratamento, comprometimento da QVRS e risco significativo de mortalidade³. Diante desse cenário, é necessário que a equipe de saúde reconheça as demandas a que os pacientes estão expostos e as estratégias de enfrentamento utilizadas, a fim de promover intervenções que objetivem a melhora da QVRS e a diminuição dos desconfortos decorrentes do diagnóstico e tratamento.

A religiosidade/espiritualidade se apresenta como alternativa diante de situações difíceis e estressantes⁴. Uma perspectiva religiosa/espiritual pode auxiliar o paciente a lidar com as questões psicológicas e emocionais que emergem na trajetória do diagnóstico e tratamento do câncer. Ademais, a religiosidade/espiritualidade se destaca em estudos, como estratégia de enfrentamento para o diagnóstico e tratamento do câncer. Para muitos pacientes, alivia o sofrimento, melhora a QVRS^{5,6}, estimula emoções positivas e neutraliza emoções negativas⁷.

O *coping* religioso/espiritual (CRE) se refere ao uso do conjunto de estratégias religiosas/espirituais para lidar com situações difíceis e negativas da vida, ele se torna um importante indicador de avaliação do impacto da doença ou tratamento na QVRS⁸. Estudos^{6,9} evidenciaram o seu benefício e a função protetora contra os impactos negativos resultantes do diagnóstico de câncer. Destaca-se que o CRE pode impactar tanto em comportamentos positivos (CRE positivo, por exemplo: buscar apoio religioso/espiritual para enfrentar a situação vivida, transformação pessoal e de vida) quanto prejudiciais (CRE negativo, por exemplo: posicionamento negativo frente a Deus, espera que o ser transcendente resolva o problema sem a participação individual). Nesse sentido, para o enfrentamento de situações difíceis, esse fenômeno deve ser conhecido e considerado na avaliação de resultados e promoção de intervenções que tenham como objetivo melhores escores de QVRS¹⁰.

No contexto de que o CRE pode impactar positivamente ou negativamente na vida de pacientes em situações difíceis, emerge a hipótese do estudo: os pacientes submetidos ao TCTH que utilizaram o CRE positivo, ou negativo,

durante os cinco anos de tratamento, tiveram melhor ou pior avaliação da QVRS? Para tanto, o objetivo da pesquisa foi correlacionar o uso do CRE com a qualidade de vida após cinco anos da realização do TCTH.

MÉTODO

Estudo analítico, observacional e longitudinal, que seguiu as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)¹¹.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Transplante de Medula Óssea de um hospital público, referência na América Latina para essa modalidade de tratamento, localizado em Curitiba, PR, Brasil.

O período de recrutamento dos pacientes do estudo foi de setembro de 2013 a novembro de 2015. O acompanhamento ocorreu por um período de cinco anos, até janeiro de 2021.

Cinquenta e cinco participantes adultos com câncer hematológico submetidos ao TCTH compuseram a amostra não probabilística, baseada no número de pacientes que realizaram o TCTH entre 2010 e 2012, acrescido de 50% em virtude da possibilidade de perdas de participantes. O cálculo que se fez necessário em razão da expressiva taxa de mortalidade no decorrer do tratamento evidenciada no Registro Brasileiro de Transplantes¹².

Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos, diagnóstico de câncer hematológico e submetidos ao TCTH. E excluídos os que não tinham condições físicas de preenchimento dos questionários. Foram descontinuados os que tiveram perda de seguimento, os que realizaram novo transplante, ou que vieram a óbito.

Após cinco anos, ocorreram 30 perdas em virtude de óbitos, e cinco foram descontinuados por falta de seguimento. Assim, a amostra final foi composta de 20 pacientes.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, clínicas, QVRS e CRE. Entre as relacionadas à QVRS, estão: bem-estar físico, emocional, social, funcional e preocupações adicionais. Quanto ao CRE, se destacam o CRE positivo, o CRE negativo e os fatores de CRE.

A coleta de dados ocorreu com o uso de três instrumentos. O primeiro com dados sociodemográficos e clínicos foi construído pelas pesquisadoras. Para avaliação da QVRS, foi utilizado o questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation* (FACT-BMT), versão 4.0, desenvolvido pela FACIT.Org., específico para pacientes submetidos ao TCTH, traduzido e validado para o Brasil¹³. Para a avaliação do CRE, foi utilizada a escala de *coping* religioso/espiritual (do inglês, *spiritual/religious coping scale*)¹⁴.

O FACT- BMT é composto por 50 questões divididas em domínios com pontuações diferentes em cada domínio: bem-estar físico (0-28), social e familiar (0-28), funcional (0-28), emocional (0-24), preocupações adicionais (0-40), TOI – Índice de avaliação do resultado do tratamento (soma dos escores dos domínios físico, funcional e preocupações adicionais) (0-96), FACT-G (soma dos domínios bem-estar físico, social e familiar, emocional, funcional (0,-108) e FACT-BMT – qualidade de vida geral (QVG) (calculado pela soma de todos os domínios) (0-148)¹⁵.

A escala de *coping* religioso/espiritual foi aplicada somente no quinto ano após a realização do transplante. Para alcançar o objetivo do estudo, a expressão original da escala “Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos últimos três anos” foi substituída por “Neste momento, pense no processo do transplante que você viveu nos últimos cinco anos e responda às questões refletindo sobre essa situação”, conforme orientação da própria autora do instrumento. Esse instrumento contém 87 itens expressos em escala tipo Likert de cinco pontos, dividido em duas dimensões: CRE positivo (oito fatores) e CRE negativo (quatro fatores). Para interpretação dos escores de utilização do CRE, emprega-se a classificação de acordo com as médias: irrisória ou nenhuma utilização (1 a 1,5); baixa utilização (1,51 a 2,5); média utilização (2,51 a 3,5); alta utilização (3,51 a 4,5); altíssima utilização de CRE (4,51 a 5,00)¹⁴.

A coleta de dados ocorreu em encontros individuais, no período de setembro de 2013 a janeiro de 2021, em três etapas: pré-TCTH (antes de iniciar o condicionamento), pancitopenia (entre os dias 2 e 17 pós-TCTH – período complexo, em que o paciente se encontra hospitalizado sob efeitos tóxicos das drogas utilizadas no regime preparatório) e no quinto ano após o TCTH.

Os dados foram processados por estatística descritiva com resultados expressos em frequência simples e absoluta (%), apresentados em média e desvio-padrão e posteriormente analisados conforme orientações dos desenvolvedores dos instrumentos^{14,15}.

Para verificar a correlação entre as variáveis QVG e domínios (bem-estar físico, social e familiar, funcional, emocional, preocupações adicionais, TOI e FACT-G) com o CRE, foi obtido o coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman. Justifica-se a utilização desse coeficiente pela falta de normalidade dos dados. A análise estatística foi realizada com o programa estatístico *Statistica* versão 7.0.

Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos dispostos pela Resolução 466/2012¹⁶ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o número de parecer

2.853.160 (CAAE: 19714013.9.0000.0102). A utilização dos instrumentos foi autorizada pelos autores. Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, a cada um foi atribuída uma sequência numérica (1, 2, 3, 4, ...) conforme a inclusão dos participantes após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 55 pacientes participantes, 30 perdas foram por causa de óbitos, e o maior número foi no decorrer do primeiro ano após o TCTH em 20 pacientes (37%), e a maior causa foi recidiva da doença em 14 pacientes (26%). Na última etapa, quinto ano pós-TCTH, 20 pacientes (37%) estavam participando do estudo. Quanto aos dados sociodemográficos e clínicos, a média de idade foi de 36 anos. A leucemia foi o diagnóstico prevalente com 36 (65%) pacientes, assim como o TCTH alogênico foi a modalidade predominante para 39 (71%) pacientes.

Com relação ao escore de QVG e domínios bem-estar físico, social/familiar, emocional, funcional, preocupações adicionais, TOI e FACT-G do questionário FACT-BMT aplicado no pré-TCTH, na pancitopenia e no pós-TCTH cinco anos, em todos os tipos de transplante, houve pontuações menores no período de pancitopenia, exceto para o domínio bem-estar emocional. Observa-se, no quinto ano pós-TCTH, melhores escores para todos os domínios, com superação dos valores basais (Tabela 1).

Quanto ao CRE, observa-se, na Tabela 2, considerando a resposta dos 20 pacientes que completaram cinco anos pós-TCTH, que os participantes atingiram um valor de CRE positivo de 3,15/5,00; ou seja, tiveram média utilização de CRE positivo. Ressalta-se que esse valor indica o nível de CRE praticado: posição positiva frente a Deus, transformação de si e/ou de sua vida e busca pessoal de crescimento espiritual.

Em relação ao CRE negativo, o índice obtido foi de 1,77/5,00, o que corresponde a uma utilização baixa de CRE negativo, praticado pelos participantes do estudo. O CRE total (soma dos fatores positivos e negativos) obteve escore de 3,19/5,00, classificado como média utilização. Entre os fatores positivo da escala, o fator P4 (posição positiva frente a Deus) foi o mais utilizado. O fator negativo com maior média foi o fator N2 (posição negativa frente a Deus), 2,73, média utilização (Tabela 2).

Na análise de correlação entre o CRE positivo, CRE negativo, CRE total e QVRS e domínios do instrumento FACT-BMT, observa-se correlação negativa significativa entre o CRE negativo e os domínios QVRS (116,1/ $p<0,00$), bem-estar físico (24,3/ $p<0,01$), bem-estar funcional (20,2/ $p<0,00$), preocupações adicionais (30,4/

Tabela 1. Escores de QVRS do FACT-BMT dos pacientes submetidos aos transplantes autólogo e alogênico (n=55). Curitiba, PR, Brasil, 2013-2021

| Escore Domínios FACT-BMT | Pré-TCTH n= 55 | | Pancitopenia n= 50 | | Pós-TCTH 5 anos n= 20 | |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|
| | Médias (DP) n (%) | | Médias (DP) n (%) | | Médias (DP) n (%) | |
| | Aut (n=16) | Alo (n=39) | Aut (n=16) | Alo (n=34) | Aut (n=3) | Alo (n=17) |
| Qualidade de vida geral (0-148) | 107,7 (18,3) | 108,6 (22,2) | 91,4 (16,4) | 90,3 (14,6) | 124,1 (20,0) | 114,7 (23,2) |
| Total (DP) | 108,4 (21) | | 90,7 (15) | | 116,1 (22,5) | |
| Bem-estar físico (0-28) | 21 (5,9) | 22,3 (6) | 16,4 (4,9) | 14,5 (6,3) | 26,3 (1,5) | 23,9 (6,2) |
| Total (DP) | 21,9 (5,9) | | 15,1 (5,9) | | 24,3 (5,8) | |
| Bem-estar social e familiar (0-28) | 20,8 (6,9) | 21,1 (4,4) | 17 (6,5) | 18,6 (4,3) | 23,1 (5) | 20,7 (4) |
| Total (DP) | 21 (5,2) | | 18,1 (5,1) | | 21,1 (4,1) | |
| Bem-estar emocional (0-24) | 19,4 (4) | 17,7 (4,4) | 20,1 (2,9) | 19,5 (3,7) | 20 (2,6) | 20,1 (5,1) |
| Total (DP) | 18,2 (4,3) | | 19,7 (3,4) | | 20,1 (4,8) | |
| Bem-estar funcional (0-28) | 18,9 (6) | 19,5 (5,3) | 15,1 (5,1) | 14,6 (4,1) | 23 (5,5) | 19,7 (6) |
| Total (DP) | 19,3 (5,4) | | 14,7 (4,4) | | 20,2 (5,9) | |
| Preocupações adicionais (0-40) | 27,5 (4,1) | 27,9 (6,8) | 22,6 (4,6) | 23 (4,2) | 31,6 (6,8) | 30,1 (6,1) |
| Total (DP) | 27,7 (6,1) | | 22,8 (4,3) | | 30,4 (6) | |
| TOI (0-96) | 67,4 (13,5) | 69,7 (15,9) | 54,2 (13,1) | 52,1 (11,9) | 81 (13) | 73,8 (16,6) |
| Total (DP) | 69,1 (15,1) | | 52,8 (12,20) | | 74,9 (16) | |
| FACT-G (0-108) | 80,2 (15,4) | 80,7 (16,5) | 68,8 (12,7) | 67,3 (11,8) | 92,4 (14,5) | 84,5 (18,4) |
| Total (DP) | 80,6 (16,1) | | 67,8 (12) | | 85,7 (17,7) | |

Legendas: FACT-BMT = *Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation*; TCTH = transplante de células-tronco hematopoiéticas; n = número de participantes; Aut = autólogo; Alo = alogênico; TOI = índice de avaliação do resultado do tratamento (bem-estar físico/bem-estar funcional/preocupações adicionais); FACT-G = avaliação geral (bem-estar físico/bem-estar social e familiar/bem-estar emocional/bem-estar funcional); DP = desvio-padrão.

$p < 0,01$), TOI (74,9/ $p < 0,00$) e o FACT-G (85,7/ $p < 0,01$). Esse resultado sugere que o uso do CRE negativo (1,77) resulta significativamente em menores escores de QVRS e seus domínios no quinto ano. Para o CRE total, observa-se correlação positiva significativa com o domínio bem-estar social (21,1/ $p < 0,04$), indicando que o uso do CRE total leva a um melhor bem-estar social no quinto ano (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Pacientes submetidos ao TCTH vivenciam o isolamento social e a possibilidade de complicações graves que estão relacionadas com sensação de ansiedade, medo e angústia. De forma que estratégias de enfrentamento,

como o uso da religiosidade/espiritualidade, podem influenciar positivamente no enfrentamento da doença¹⁷. Trata-se de esforços cognitivo-comportamentais que contribuem na adaptação a demandas internas e externas, para reduzir sempre que possível efeitos negativos¹⁸.

Avaliar a QVRS dos pacientes submetidos ao TCTH e a correlação com o uso do CRE pode ajudar a compreender o impacto no curso da doença e do tratamento, principalmente pela característica desafiadora da terapêutica. Promover ações de assistência e enfrentamento com o intuito de menor impacto negativo em todas as dimensões do constructo QVRS é necessário, em virtude do alto risco de mortalidade. Da mesma forma, avaliar a QVRS e os aspectos multidimensionais torna-se relevante para melhor compreender se a percepção da

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis da escala de CRE dos pacientes submetidos ao TCTH, obtidas no quinto ano (n=20). Curitiba, PR, Brasil, 2013-2021

| Variável (valor referência) | n | Média | Desvio-padrão |
|--|----|-------|---------------|
| CRE positivo | 20 | 3,15 | 0,76 |
| CRE negativo | 20 | 1,77 | 0,45 |
| Razão CRE negativo/CRE positivo | 20 | 0,60 | 0,22 |
| CRE total | 20 | 3,19 | 0,39 |
| P1: Transformação de si/sua vida | 20 | 3,45 | 0,98 |
| P2: Busca de ajuda espiritual | 20 | 2,72 | 0,87 |
| P3: Oferta de ajuda ao outro | 20 | 3,00 | 0,70 |
| P4: Posição positiva frente a Deus | 20 | 3,61 | 0,62 |
| P5: Busca de crescimento espiritual | 20 | 3,26 | 0,93 |
| P6: Busca do outro institucional | 20 | 2,90 | 1,00 |
| P7: Busca de conhecimento espiritual | 20 | 2,39 | 1,04 |
| P8: Afastamento de Deus/religião/espiritualidade | 20 | 3,30 | 1,02 |
| N1: Reavaliação negativa de Deus | 20 | 1,48 | 0,64 |
| N2: Posição negativa frente a Deus | 20 | 2,73 | 0,77 |
| N3: Reavaliação negativa do significado | 20 | 1,84 | 0,86 |
| N4: Insatisfação com o outro institucional | 20 | 1,30 | 0,50 |

Legendas: CRE = *coping* religioso/espiritual; n = número de participantes; p = fator positivo; N = fator negativo.

Tabela 3. Correlação de Spearman entre o CRE e os domínios do FACT-BMT dos pacientes submetidos ao TCTH obtida na última etapa da pesquisa (n=20). Curitiba, PR, Brasil, 2013-2021

| FACT-BMT Domínios | CRE Positivo n=20 | | CRE Negativo n=20 | | CRE Total n=20 | |
|-------------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|-------------------|---------|
| | Spearman | p valor | Spearman | p valor | Spearman | p valor |
| QVRS geral | 0,021 | 0,93 | -0,624 | 0,00 | 0,339 | 0,14 |
| Bem-estar físico | -0,140 | 0,55 | -0,558 | 0,01 | 0,168 | 0,47 |
| Bem-estar social | 0,272 | 0,24 | -0,413 | 0,07 | 0,452 | 0,04 |
| Bem-estar emocional | 0,144 | 0,54 | -0,306 | 0,18 | 0,248 | 0,29 |
| Bem-estar funcional | 0,047 | 0,84 | -0,640 | 0,00 | 0,420 | 0,06 |
| Preocupações adicionais | -0,172 | 0,46 | -0,543 | 0,01 | 0,101 | 0,67 |
| TOI | -0,009 | 0,97 | -0,686 | 0,00 | 0,350 | 0,13 |
| FACT-G | 0,065 | 0,78 | -0,550 | 0,01 | 0,354 | 0,12 |

Legendas: FACT-BMT = *Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation*; CRE = *coping* religioso/espiritual; n = número de participantes; Spearman = teste de correlação; QVRS = qualidade de vida relacionada à saúde; TOI = índice de avaliação do resultado do tratamento (bem-estar físico/bem-estar funcional/preocupações adicionais); FACT-G = avaliação geral (bem-estar físico/bem-estar social e familiar/bem-estar emocional/bem-estar funcional); p valor = p<0,05.

doença, pelos sobreviventes do câncer, influencia sua saúde. Esses indivíduos relatam altos níveis de necessidades não atendidas no domínio social e espiritual, o que pode ter efeitos prejudiciais durante o percurso do tratamento¹⁹.

Na análise dos dados de QVRS geral, observa-se que os comprometimentos negativos que ocorrem nas etapas iniciais do TCTH coincidem com os efeitos agudos dos quimioterápicos utilizados no regime preparatório, imediatamente antes do TCTH, somados aos efeitos dos tratamentos prévios. Analisar a QVRS dos pacientes do

TCTH se torna relevante à medida que há o aumento do número de TCTH e da expectativa de sobrevivência, visto que é uma terapia considerada potencialmente curativa²⁰.

Resultados semelhantes, com piores médias nas etapas iniciais do TCTH, foram encontrados em estudo de coorte prospectivo com 41 pacientes admitidos para o TCTH autólogo e alogênico, com objetivo de monitorar as mudanças na função física por meio de avaliações seriadas e identificar o efeito da função física na QV durante o período agudo pós-transplante. Os

autores concluíram que a QV pré-transplante foi fator preditivo de comprometimento físico no período agudo pós-transplante²¹.

Nesta pesquisa, na avaliação dos demais domínios, observa-se igualmente maior comprometimento, pior avaliação na etapa de pancitopenia, com melhores índices ao completar cinco anos de tratamento. As menores médias ocorrem durante o período em que o paciente está hospitalizado sob efeito do regime preparatório e na expectativa que o transplante obtenha resultado satisfatório.

Um estudo de revisão³ encontrou que pacientes com câncer hematológico apresentam uma carga de sintomas e nível de angústia comparável ou excedente à de pacientes com tumores sólidos metastáticos. Quando submetidos ao TCTH, independentemente da modalidade autóloga ou alogênica, experienciam um declínio dramático na QV associado a um aumento dos sintomas como náuseas, vômitos, mucosite, fadiga, diarreia, angústia psicológica, incluindo ansiedade e depressão e sintomas de estresse pós-traumático³.

Os achados deste estudo podem ser utilizados pela equipe de saúde, em especial pelo profissional enfermeiro nas orientações do pré e pós-TCTH, uma vez que os dados indicam avaliação positiva do tratamento, recuperação da QVRS pós-TCTH, o que pode ser fonte de conforto e esperança para os pacientes que se submetem a essa terapia. Reconhecer que, apesar do significativo comprometimento que ocorre na QVRS e nos domínios nas etapas iniciais do tratamento, este é recuperado com o passar do tempo e poderá servir de estímulo para a equipe de saúde nas orientações no decorrer do tratamento. Ademais, reconhecer os domínios com maiores comprometimentos poderá embasar o plano de cuidados durante o tratamento.

A religiosidade/espiritualidade cumpre múltiplas funções, incluindo a busca de sentido, identidade, controle, redução da ansiedade e transformação do momento vivido⁸. Trata-se de uma estratégia que tem sido o ponto de atenção de vários estudos que procuram entender de que maneira e com quais estratégias o paciente enfrenta o diagnóstico e tratamento^{22,23}. Nesta pesquisa, houve predomínio de participantes que possuíam religião e que a praticavam, 91% e 76%, respectivamente. Segundo um levantamento que teve como objetivo compreender o cenário religioso no Brasil e investigar a viabilidade de realizar uma pesquisa representativa nacional, cerca de 84% da população mundial possuem alguma afiliação religiosa, com expectativa para 2060 de 87%. No Brasil, mais de 90% da população referem possuir uma religião²⁴. Um estudo⁴ com pacientes com câncer sugere que a busca por um sentido na vida, a paz e a compreensão do universo por meio da fé promovem um indivíduo mais consciente do processo de adoecimento e do curso natural da própria

doença, tornando a vivência do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento mais otimista e positiva.

Em estudo realizado com pacientes com câncer, que teve como objetivo avaliar a QVRS e sua correlação com experiências religiosas/espirituais, foi observado que quanto menor a frequência de experiências religiosas/espirituais, mais comprometida é a QVRS²⁵. Estimular a utilização de estratégias de enfrentamento, como por exemplo a religiosidade/espiritualidade, entre outras, pode contribuir para menor comprometimento na QVRS. Vale destacar que as estratégias religiosas/espirituais podem ser utilizadas tanto de maneira positiva quanto prejudicial, portanto, é importante que a modalidade seja avaliada.

Nesta pesquisa, o CRE positivo foi utilizado pelos pacientes que se submeteram ao TCTH, com média utilização, porém sem correlação significativa com a QVRS. Essa estratégia de enfrentamento proporciona efeitos benéficos/positivos para o indivíduo com práticas como transformação de si e/ou de sua vida, ações em busca de ajuda espiritual, oferta de ajuda ao outro, posição positiva frente a Deus, busca pessoal de crescimento pessoal⁸. Em uma revisão sistemática²⁶, os autores destacaram a associação positiva significativa entre a espiritualidade/religiosidade e a atividade física na saúde física, o que difere da presente pesquisa.

Em outro estudo de revisão²⁷, os autores propõem que a religiosidade/espiritualidade tem efeito protetor significativo sobre o risco de mortalidade com efeitos clínicos relevantes. Entre os mecanismos envolvidos nesses efeitos, destacam-se: maior adesão a comportamentos saudáveis, prática de exercícios físicos, valorização do corpo, dieta balanceada, controle do tabagismo e alcoolismo; diversos fatores sociais, proteção contra o isolamento social, apoio com profundidade, relações familiares fortalecidas, sentimentos de pertencimento, e envolvimento de mecanismos físicos-biológicos com efeito modulador no sistema fisiológico, que induz a resposta de relaxamento.

Houve baixa utilização (1,77) em relação ao CRE negativo neste estudo, entretanto, quando esse resultado foi associado com os índices de QVRS, encontrou-se correlação significativa e inversa, o que indica que essa estratégia proporciona consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo com comprometimentos negativos na QVRS e domínios. A estratégia de CRE negativo mais utilizada neste estudo foi esperar passivamente que o ser transcendente controlasse a situação e tivesse a responsabilidade pela resolução do problema. Estudo que analisou o uso CRE também destacou que, quando utilizado de maneira negativa, há maior índice de ansiedade, depressão, pior avaliação da QVRS, maior índice de mortalidade e ideação suicida²⁸.

Algumas limitações devem ser destacadas. O tamanho amostral é um fator limitante, pois não permite a generalização dos resultados. O baixo número de participantes pode estar relacionado ao número de leitos disponíveis para pacientes com câncer hematológico para realização do TCTH e ao prolongado período de hospitalização até a alta. Outro fator limitante é o número reduzido de pesquisas que realizam avaliação da QVRS e o CRE com a mesma população pesquisada. Recomenda-se a realização de pesquisas multicêntricas com desenhos metodológicos semelhantes.

Como contribuição, destaca-se a apresentação da possibilidade de avaliação da dimensão espiritual para detecção dos comprometimentos. A incorporação da dimensão religiosa/espiritual no cuidado de enfermagem é uma estratégia de enfrentamento importante de ser avaliada, pois pode impactar na avaliação da QVRS dos pacientes com câncer em tratamento complexo.

CONCLUSÃO

A QVRS dos pacientes submetidos ao TCTH apresentou alterações significativas, com maiores comprometimentos negativos na etapa de pancitopenia, no entanto, a recuperação e até mesmo a superação dos índices pré-TCTH ocorreram após cinco anos da sua realização. O CRE foi utilizado pelos pacientes que se submeteram ao TCTH, com maior uso do CRE positivo.

Quanto à correlação entre o CRE e a QVRS dos pacientes adultos com câncer hematológico, nos cinco anos após a realização do TCTH, foi possível inferir que houve associação significativa negativa entre o CRE negativo e a QVRS e seus domínios. Esses resultados indicam que, quando o paciente utiliza CRE negativo, terá repercussão negativa, com prejuízos na QVRS. A correlação não foi confirmada quando realizado o teste de correlação entre o CRE positivo, QVRS e domínios.

Este estudo se torna relevante para os profissionais de enfermagem por estimular um cuidado holístico que leva em conta aspectos multidimensionais da vida do paciente: físico, emocional, social e em especial o aspecto espiritual. Vale destacar que incorporar a avaliação dos mecanismos de enfrentamento religiosos/espirituais é necessário, pois pode impactar nos níveis de avaliação de QVRS e seus domínios.

Sugere-se a realização de estudos multicêntricos, longitudinais, com incorporação de intervenções que tenham como foco a melhoria da QVRS dos pacientes com câncer. Dados de um grande grupo populacional podem inferir em resultados generalizáveis. Estudos com intervenções com foco na dimensão espiritual e em outros

domínios da QVRS subsidiarão um cuidado baseado em evidências.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil n.º 88881.311846/2018-0. Fundação Araucária, edital 15/2017.

REFERÊNCIAS

1. Chabannon C, Kuball J, Bondanza A, et al. Hematopoietic stem cell transplantation in its 60s: a platform for cellular therapies. *Sci Transl Med*. 2018;10(436):eaap9630. doi: <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aap9630>
2. Marques ACB, Szczepanik AP, Machado CAM, et al. Hematopoietic stem cell transplantation and quality of life during the first year of treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3065. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2474.3065>
3. El-Jawahri A, Nelson AM, Gray TF, et al. Palliative and end-of-life care for patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):944-53. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.18.02386>
4. Turke KC, Canonaco JS, Artioli T, et al. Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(7):960-5. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>
5. Moraes Filho LS, Khoury HTT. Uso do coping religioso/espiritual diante das toxicidades da quimioterapia no paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(1):27-3. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.112>
6. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, et al. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):640-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>
7. Koenig HG, Al-Zaben F, VanderWeele T. Religion and psychiatry: recent developments in research. *BJPsych Adv*. 2020;26(5):262-72. doi: <https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>

8. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual/religious coping. *Arch Clin Psychiatry*. 2007;34(Supl 1):126-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
9. Foch GFL, Silva AMB, Enumo SRF. Spiritual/religious coping: a systematic literature review (2003-2013). *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 20];69(2):53-71. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200005&lng=pt
10. Jaramillo RG, Monteiro PS, Borges MS. Coping religioso/espiritual: um estudo com familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e62297. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v24i0.62297>
11. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
12. Registro Brasileiro de Transplantes: dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2013-2020) [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Ano XXVI, No 4, 2020 [acesso 2022 out 20]. Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/2020_populacao_1.pdf
13. Mastropietro AP, Oliveira EA, Santos MA, et al. Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation: tradução e validação. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):260-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200013>
14. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud*. 2005;10(3):507-16. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>
15. FACT-BMT Scoring Guidelines [Internet]. Version 4. FACIT.org. 2003 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://www.facit.org/measures-scoring-downloads/fact-bmt-scoring-downloads>
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2020 out 20]; Seção 1:59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
17. Szczepanik AP, Marques ACB, Maftum MA, et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Rev Enf Ref*. 2018;4(19):29-38. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18055>
18. Linares-Fernández S, Pérez-Marfil MN, Cruz-Quintana F, et al. Psycho-oncological intervention in haematopoietic progenitor cell transplant (HPT): effects of emotional impact. *Ter Psicol*. 2017;35(3):259-70. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000300259>
19. Ochoa CY, Haardörfer R, Escoffery C, et al. Examining the role of social support and spirituality on the general health perceptions of Hispanic cancer survivors. *Psychooncology*. 2018;27(9):2189-97. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4795>
20. Bevans M, El-Jawahri A, Tierney DK, et al. National institutes of health hematopoietic cell transplantation late effects initiative: the patient-centered outcomes working group report. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2017;23(4):538-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2016.09.011>
21. Kim I, Koh Y, Shin D, et al. Importance of monitoring physical function for quality of life assessments in hematopoietic stem cell transplantation patients: a prospective cohort study. *In Vivo*. 2020;34(2):771-7. doi: <https://doi.org/10.21873/invivo.11837>
22. Lassiter JM, Poteat T. Religious coping and depressive symptoms among black americans living with HIV: an intersectional approach. *Psycholog Relig Spiritual*. 2020;12(3):261-68. doi: <https://doi.org/10.1037/rel0000284>
23. Souza EA, Ramos BDS, Silva LQM, et al. Espiritualidade, coping religioso espiritual e qualidade de vida em pacientes no serviço de oncologia em um hospital público de referência no nordeste do Brasil [trabalho de conclusão de curso na Internet]. Recife (PE): Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/464>
24. Peres MFP, Oliveira AB, Leão FC, et al. Religious landscape in Brazil: comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. *SSM Popul Health*. 2018;6:85-90 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.08.007>
25. Miura CRM, Campanharo CRV, Batista REA, et al. Qualidade de vida e experiências religiosas/espirituais de pacientes com câncer em um serviço de emergência. *Cogit Enferm*. 2020;25:e67474. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67474>
26. Moreira WC, Nóbrega MPSS, Lima FPS, et al. Effects of the association between spirituality, religiosity and physical activity on health/mental health: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03631. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012903631>
27. Saad M, Medeiros R. Implications for public health of the religiosity-longevity relation. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(10):837-41. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.10.837>
28. Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, et al. Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):915-25. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00013>

Recebido em 29/6/2022
Aprovado em 9/8/2022