

# Desafios mentais e emocionais depois do transplante

**Andreia Ribeiro**, Psiquiatra, IPO de Lisboa

[alima@ipolisboa.min-saude.pt](mailto:alima@ipolisboa.min-saude.pt)

## Índice

Andreia Ribeiro, IPOL

- A nossa realidade, TMO
- O que esperar no período pós-transplante
- GVHD e outras sequelas físicas
- Perturbações emocionais e cognitivas
- Mecanismos de Defesa/ Estilos de Coping
- Dificuldades adaptação psico-sociais e económico-profissionais
- Cuidador informal
- Tipos de intervenção



## A nossa realidade, TMO

Andreia Ribeiro, IPOL

- IPOL: adultos e crianças (2-68anos), Centro, Sul, Ilhas e PALOP.
- Números: 2018 → 87; 2019 → 77; 2020 → 90; 2021 → 109 (57 AloTMO e 52 AutoTMO)
- Mortalidade 5A pós-TMO: 20%, estimativa
- Unidade Internamento/ Isolamento e Hospital Dia (8 ou 9h-23h);  
Equipa multidisciplinar, apoio psicossocial

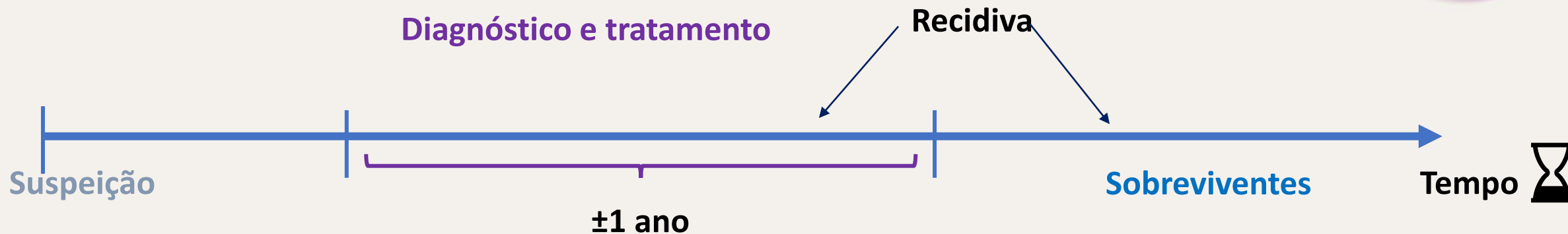
- **Tipos de transplante:**

Autólogo (**AutoTMO**); Alogénico dadores não relacionados e relacionados (**AloTMO**); dadores familiares 50% compatíveis-haploidêntico; **2019 – Car T cells** (*chimeric antigen receptor* -atividade anti-tumoral endógena para os tumores alvo)

**Outros:** Transplantes não mieloablativos/ intensidade reduzida (**RIC**)/  
Transplantes em ambulatório



## Fases da doença oncológica



Fases de Sobrevivência:

Fase Aguda

Fase Intermédia  
(5A)

Fase Permanente,  
Promoção da  
Saúde (>5A)

(Mullan, 1985; Aziz, 2005)

## O que esperar no período pós-transplante

Andreia Ribeiro, IPOL

**Consulta pré-transplante:** comunicação centrada no doente, folhetos.... Só parte da informação é percebida, paciente e cuidador retêm informações diferentes.

**Que desafios,** (Andrykowski, 1994)

- Trajeto longo doença, tratamentos, internamentos → hospitalização prolongada em isolamento (“último recurso”) → **“Recuperação”**
- **Medo da recidiva**, marco dos +100dias
- **Alojamento e transporte:** Lar IPOL, Acreditar, Casa de Acolhimento “Porto Seguro”
- **Cuidador informal:** disponibilidade, preparação, limitações do cuidador
- **Situação socio-profissional:** absentismo laboral prolongado (<3A), perda financeira, apoio SS e outras instituições, isolamento da comunidade
- **Dinâmica familiar:** afastamento dos filhos e/ou companheiro/a, mudança papel.





Andreia Ribeiro, IPOL

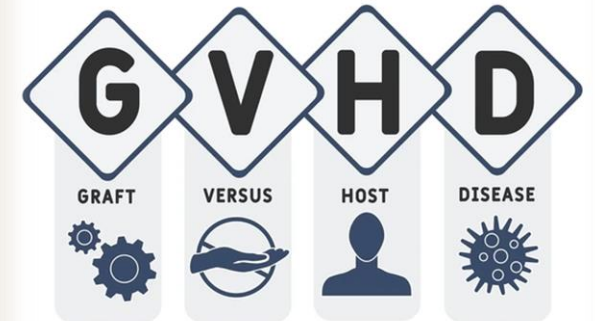
## Doença do Enxerto contra Hospedeiro (GVHD)

**GVHD agudo** (fígado, sist GI, pele), resolvido dentro de 30-100dias pós-AloTMO

**40% com GVHD crónico**, complicação + freq, incurável mas tratável

### Ef físicos graves secundários ao TMO, sobreviventes:

- ++risco mortalidade;
- Gastrointestinal: mal-absorção, colestase;
- citopenias por cGVHD;
- tratamento cGVHD com imunossupressores (corticoesteróides);
- risco de osteoporose, necrose avascular da cabeça do femur;
- risco de infecção (reactivação vírus...);
- doenças musculoesqueléticas;
- cancro secundário (mielodisplasia e LA; pele, mucosa oral, cérebro, tiróide e osso)
- fadiga
- dores

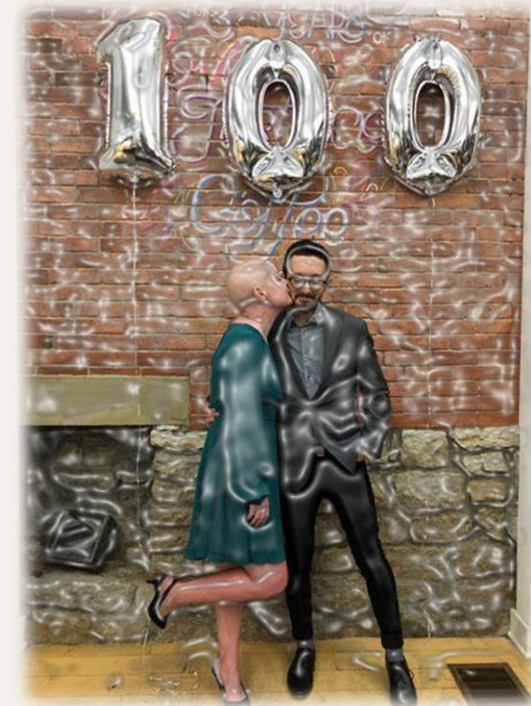


## Sequelas físicas

Andreia Ribeiro, IPOL

- **Doenças metabólicas:** HTA, dislipidémia, excesso peso, DM tipo 2 ou insulínica dependente;
- **Alterações endócrinas precoces e tardias:**
  - ❖ Hormonas sexuais: menopausa precoce, falência gonádica precoce/ infertilidade, 2/3 de auto e aloTMO; : 90–99% ♀ e 60– 90% ♂
  - ❖ Hormona crescimento
  - ❖ Disfunção da tiróide : Tiroidite crónica, Hipo ou Hipertiroidismo e Carcinoma da Tiróide
- **Disfunções sexuais de longa duração:** ↓ libido; dificuldade atingimento orgasmo; dispareunia; secura ou atrofia vaginal; disfunção erétil/ejaculatória; **evitamento atividade sexual.**
  - 40% ♂ e 60% ♀ ≥1 problema sexual, 1A pós-TMO
- **Consulta Endocrinologia Reabilitação**
- **Consulta Oncosexologia**

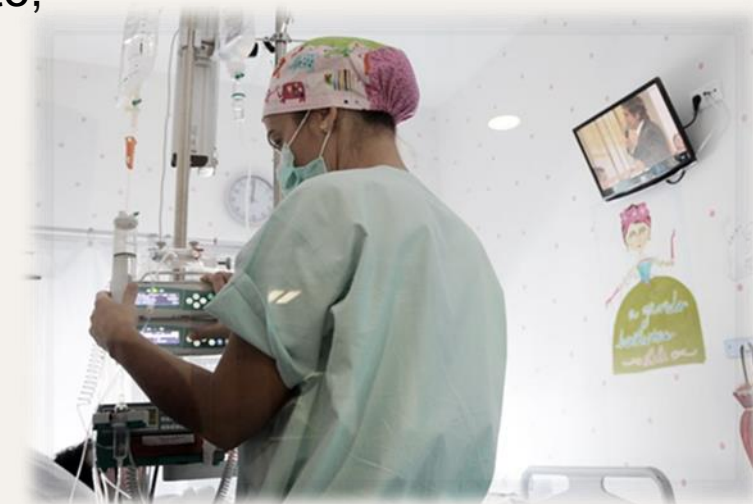
(Noerskov KH, Schjødt I et al. ,2016)



Andreia Ribeiro, IPOL

## Perturbações emocionais

- **1/3** doentes com GVHD com depressão e ansiedade clinicamente significativa
  - **Sintomas depressivos** (irritabilidade, perda de interesse generalizado, desmotivação, ideias de morte...) **15-47%** ao longo do processo; **13%** gr sobreviventes - prevalência aumenta <5A pós-TMO (Andersen et al., 2023).
  - **Sintomas ansiedade** (inquietação, preocupação excessiva, tensão muscular, perda apetite...) **22-47%**
  - **Insónia:** 50% alter sono pré-TMO; **82%** alter moderada- grave isolamento, **43-77%** pós-TMO (1-10A)
  - **Perturbação Stress pós-traumático**
  - **Medo da recidiva**
  - **Distress** não melhora sempre com a redução dos sintomas físicos.
- (Fife & Fausel, 2010; Syrjala, Martin & Lee, 2012)





## Perturbações cognitivas

- Frequente défice cognitivo prévio ao TMO. Evolução variável: melhoria a défice crónico.
- Causa importante de morbilidade e mortalidade, **prevalência 60% 22–82m pós-TMO**
- **Vários domínios afetados:** atenção, memória, velocidade de processamento, coordenação, *multitask* e funcionamento executivo.
- Défices em concomitância com dificuldades emocionais e físicas
- **Crianças** (períodos vulneráveis de desenvolvimento)
  - ❖ atraso nas competências linguagem e oralidade, redução QI; outros domínios alterados – estratégias adaptativas no 1ºano pós-TMO
  - ❖ percurso académico, atitude parental, expectativas
- **Factores Risco:** QT que atravessa BHE, TBI, imunossupressão e/ou corticoesteróides; infeções SNC; doença primária SNC; doença de base (anemia células falciformes...)

## Modelo de resposta ao Stress (Li et al, 2015)

### Stressores Biológicos do Cancro

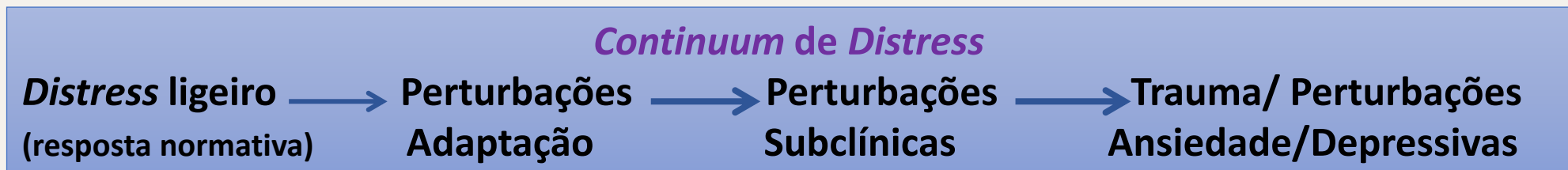
Gravidade doença oncológica  
Morbilidade tratamento  
Alter neurobiológicas  
Dor e Sintomas físicos

### Stressores Psicossociais do Cancro

Diagnóstico, recidiva, fase paliativa  
Incapacidade/ Grau funcionalidade  
Alter identidade e papel familiar/ laboral  
Alter imagem corporal  
Alter percurso vida  
Incerteza

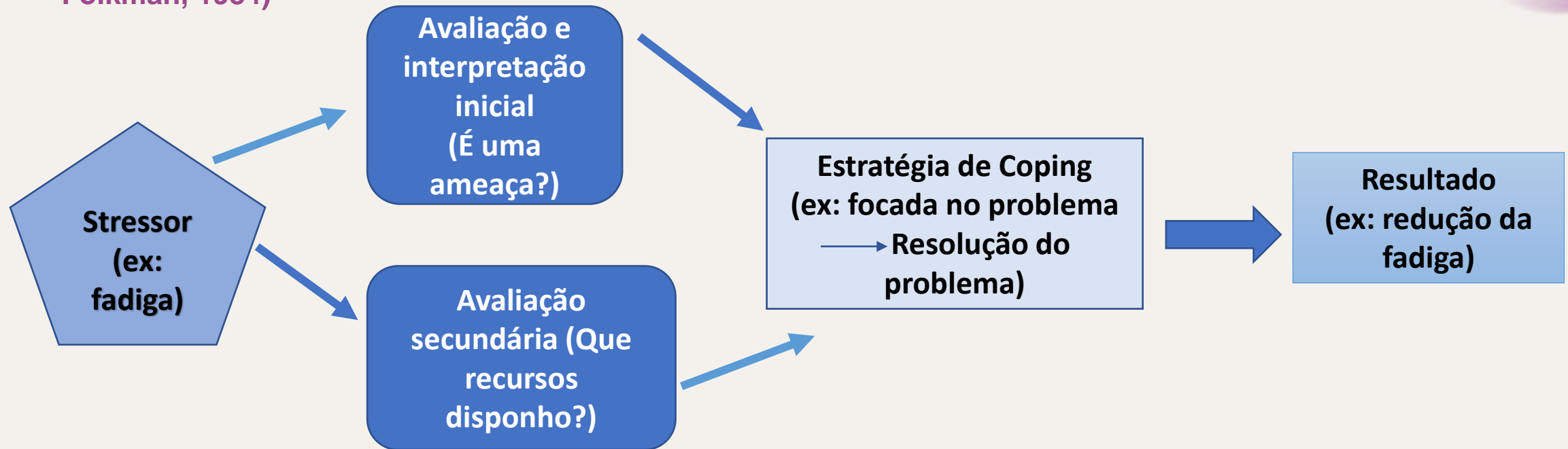
### Factores Individuais e Interpessoais

Sociodemográficos  
Ciclo de vida  
Antecedentes/ experiências de vida  
Personalidade, *Coping* e Estilo Vinculação  
Apoio socio-familiar  
Espiritualidade



## Modelo transaccional sobre Stress e Coping (Lazarus & Folkman, 1984)

Andreia Ribeiro, IPOL



**COPING:** Reação e atitude perante stressor (doença), dependente da capacidade individual de regular pensamentos, emoções e comportamentos. Essa capacidade varia de acordo com os recursos individuais, características do stressor e utilização prévia dessas estratégias de auto-regulação. Implica avaliar, ajustar-se e adaptar-se. (Solberg Nes, Ehlers, Patten & Gastineau, 2014)

Andreia Ribeiro, IPOL

## Estilos de Coping (Carver, 1997)

- 1. Coping focado no problema (adaptativo):** reação ativa e direta para redução ou eliminação do stressor, orientado para ação (procura de informação, definição de objetivos, planeamento da resolução do problema, “espírito de luta”, procura de suporte emocional, reavaliação positiva) (Andersen et al., 2023)
- 2. Coping focado na emoção (adaptativo):** lidar com emoções suscitadas pelo stressor, quando o stressor é percebido como fora do controlo do próprio (optimismo realista, reestruturação cognitiva, aceitação, negação, meditação, mindfulness...)
- 3. Coping Disfuncional:** o sujeito desiste de lidar com o problema (autocrítica/ culpabilização, evitamento, distanciamento, confronto/hostilidade, fatalismo, uso de substâncias). (GräBel & Adabbo, 2011)



## Mecanismos de Defesa/ Estilos de Coping +

Andreia Ribeiro, IPOL

- **Crescimento emocional pós-traumático:** desenvolvimento mudanças psicológicas/emocionais positivas, após vivência da doença oncológica. Nova percepção da vida, após ultrapassar dor, sofrimento e perda. Resultado de coping adaptativo, (procura de apoio emocional e social, processamento de emoções difíceis, aceitação) (Schwartz et al., 2023)
- Resiliência, adaptação, reestruturação da percepção do tempo, auto-gestão, auto-eficácia
- **Auto-cuidado:** atividade promotoras de comportamentos saudáveis, rotinas
  - Comunicação assertiva
  - Apoio socio-familiar, partilha
  - Espiritualidade/ Religião
  - Uso habitual de vários estilos de coping, é processo dinâmico





## Mecanismos de Defesa/ Estilos de Coping ☹️

Andreia Ribeiro, IPOL

- Algumas reações emocionais ao stress, doente ou família, impedem adesão ao processo de tratamento. (Nave & Moura, 2011)
- **Sintomatologia disruptiva** com compromisso das atividades do quotidiano; perturbação das dimensões da qualidade de vida
- Ex: **Evitamento, persistência da negação, zanga, frustração, hostilidade, “culpa do sobrevivente”, desconfiança e “passagem ao ato”**
- Experiência **dor** ou sentimentos **degradação corporal** e **perda** de capacidades e/ou autonomia
- **Programa de adaptação** para auto-cuidado e apoio familiar é fundamental. (Brown & Kelly, 1976)
- Compreensão das medidas de **protecção versus desdramatização dos receios**
- Recuperação emocional é longa, pode até ser mais demorada que recuperação física. (Syrjala, Martin & Lee, 2012)

## Dificuldades adaptação psicossociais e económico-profissionais

Andreia Ribeiro, IPOL

- Adaptação fora do hospital e reintegração contexto familiar e social - gestão das alterações e limitações impostas pelo transplante →→ alteração papéis sociais e familiares
- Dependência física e psicológica, isolamento social/ afastamento da comunidade (desenraizamento), necessidade de permanecer próximo meio hospitalar
- Alterações nas vertentes física, psicológica, comportamental e emocional  
(Furlanetto, Moral, Gonçalves, Rodrigues & Jacomino, 2006)
- Alterações na sexualidade
- Alterações da imagem corporal e auto-estima, perda de identidade
- Gestão emoções/ sintomas: angústia, medo, ansiedade, tristeza, depressão, zanga
- Qualidade de vida (**QoL**): perda económica, alterações habitação, interrupção/ mudança ou fim da vida profissional, regresso à escola





## Tipos de intervenção

Andreia Ribeiro, IPOL

- **Detecção precoce** das consequências psicossociais e funcionais dos tratamentos.
- Importante distinguir **1ºA após alta** (++) AloTMO) e a fase subsequente. (Campos, Bach & Alvares, 2003)
- **Intervenção psicológica**: Ocorre em função das necessidades manifestadas e dificuldades identificadas pela equipa. Promover a maior capacidade de adaptação e/ou reorientação para a sobrevivida.
  - ❖ Treino coping focado no problema → redução distress: psicoeducação, psicoterapia cognitivo-comportamental, (Baliouis et al.)
  - ❖ Técnicas relaxamento para gestão stress e dor: mindfulness, meditação, Yoga, imaginação e visualização guiada...
  - ❖ Grupos de partilha/ auto-ajuda e Terapia de grupo
  - ❖ Musicoterapia
  - ❖ Terapia baseada na Dignidade / Meaning-centered psychotherapy



Andreia Ribeiro, IPOL

## Tipos de intervenção

- **Apoio da equipa clínica** (médicos, enfermeiros, assistente social): esclarecimentos, colaboração, comunicação eficaz, empatia...
- Espiritualidade (Wingard et al.)
- Estilos de vida saudáveis
- Terapia sexual
- Intervenção diáde doente-cuidador
- **Intervenção psiquiátrica**: Acompanha os casos já identificados e avalia os quadros de psicopatologia major que vão surgindo
- **Recuperação Cognitiva**: reabilitação cognitiva, CBT, treino cognitivo, meditação e exercício físico







## Bibliografia

Andreia Ribeiro, IPOL

- Holland, J et al, eds. Psycho-Oncology. 3rd Edition. Oxford University Press. 2015 pp 275-280.
- Mitchell AJ, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12(2): 160-174.
- Holland J, Alici Y (2010). Management of distress in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 8(1), 4-12.
- Bishop MM et al. Comparison of lasting life changes after cancer and BMT: perspectives of long-term survivors and spouses. *Psycho-Oncology* 2011; 25: 926-934.
- Lindwall JJ et al. Adjustment in parents of children undergoing stem cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant* 2014; 20: 543-548.
- Bishop MM. Psychosocial sequelae of hematopoietic cell transplantation in survivors and caregivers. *Biol Blood Marrow Transplant* 2009; 2015: 29-32.
- Janicsák H, Ungvari GS, Gazdag G. Psychosocial aspects of hematopoietic stem cell transplantation. *World J Transplant* 2021 July 18; 11(7): 263-27
- Nakamura ZM, Nash RP et al. Psychiatric Care in Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Psychosomatics.* 2019 ; 60(3): 227–237. doi:10.1016/j.psym.2019.01.005.
- El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;316(20):2094–103. [PubMed: 27893130]
- Barata A, Gonzalez BD, et al. Associations among Depression, Antidepressants, Survival and Quality of Life in Hematopoietic Cell Transplant Recipients Bone Marrow Transplant. 2020 September ; 55(9): 1868–1871. doi:10.1038/s41409-020-0937-y.
- Nelson AM, Jim HSL. Sleep Disruption Among Cancer Patients Following Autologous Hematopoietic Cell Transplantation. *Bone Marrow Transplant.* 2018 March ; 53(3): 307–314. doi:10.1038/s41409-017-0022-3