

# O uso de estratégias de *coping* de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas

Estrategias de *coping* de los pacientes adultos sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas

Use of *coping* strategies of adult patients who have undergone hematopoietic stem cell transplantation

Danielle de Fatima Kichileski Santos<sup>1</sup>

Maria José Gugelmin de Camargo<sup>2</sup>

Dayane Regina dos Santos<sup>3</sup>

Graciano Alcides Lolatto<sup>4</sup>

Recibido: 28 de febrero 2017 – Enviado para modificación: 6 de mayo 2017 – Aceptado: 20 de noviembre 2017

Santos, D.F.K., Camargo, M.J.G., Santos, D.R., & Lolatto, G.A. (2017). O uso de estratégias de coping de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas. *Revista Ocupación Humana*, 17 (2), 20-33

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as estratégias de *coping* e as situações estressantes de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quantitativa, realizada no Serviço de Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário da região sul do Brasil, no período de maio a novembro de 2016. A amostra foi composta por 18 participantes, com idades entre 20 e 55 anos, sendo 66,4% do sexo masculino e 33,6% do sexo feminino. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, este aplicado nos períodos pré e pós transplante. Verificou-se que o suporte social, a resolução de problemas e a reavaliação positiva foram

<sup>1</sup>Terapeuta ocupacional. Residente Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Oncologia e Hematologia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [dani\\_leski@hotmail.com](mailto:dani_leski@hotmail.com)

<sup>2</sup>Terapeuta ocupacional. Magíster en Educación. Docente Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Paraná. Tutora Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Saúde da Mulher do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [zgugelmin@gmail.com](mailto:zgugelmin@gmail.com)

<sup>3</sup>Terapeuta Ocupacional. Magíster en Enfermería. Docente Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Paraná. Tutora Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar em Oncologia e Hematologia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [dayterapeuta@gmail.com](mailto:dayterapeuta@gmail.com)

<sup>4</sup>Matemático. Especialista en Estadística Instrumental. Estudiante de Estadística en la Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil. [tiano@unochapeco.edu.br](mailto:tiano@unochapeco.edu.br)

os fatores de *coping* mais utilizados pelos participantes, sendo nomeada a hospitalização prolongada, os efeitos adversos do tratamento e a mucosite como situações estressoras. Conclui-se que o conhecimento das situações estressoras e das estratégias de coping utilizadas pelos pacientes são importantes para que o terapeuta ocupacional contribua para o planejamento e implementação de ações interdisciplinares que promovam melhora da qualidade de vida e bem-estar durante o processo de transplante.

### **PALAVRAS CHAVE**

Adaptação psicológica, transplante de medula óssea, terapia ocupacional

### **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo identificar las estrategias de *coping* y las situaciones estresantes en pacientes adultos sometidos a transplante de células madre hematopoyéticas. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de enfoque cuantitativo, realizada en el período de mayo a noviembre 2016, en el Servicio de Trasplante de Médula Ósea de un hospital universitario de la región sur de Brasil. La muestra estuvo compuesta por 18 participantes con edades entre 20 y 55 años, siendo 66,4% del sexo masculino y 33,6% del sexo femenino. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario sociodemográfico y del Inventario de Estrategias de *Coping* de Folkman y Lazarus, aplicado en los períodos pre y post trasplante. Se verificó que el soporte social, la resolución de problemas y la revalorización positiva fueron los factores de *coping* más utilizados por los participantes; se nombraron la hospitalización prolongada, los efectos adversos del tratamiento y la mucositis como situaciones estresantes. Se concluye que el conocimiento de las situaciones estresantes y de las estrategias de *coping* utilizadas por los pacientes es importante para que el terapeuta ocupacional contribuya a la planificación e implementación de acciones interdisciplinares que promuevan mejora de la calidad de vida y del bienestar durante el proceso de transplante.

### **PALABRAS CLAVE**

Adaptación psicológica, trasplante de médula ósea, terapia ocupacional

### **ABSTRACT**

The aim of the study was to identify the *coping* strategies and stressful situations of adult patients who have undergone hematopoietic stem cell transplantation. It was an exploratory, descriptive study, with quantitative approach, which took place at the Bone Marrow Transplant Unit of a University Hospital in the South of Brazil, from May to November 2016. The sample was composed of 18 participants, aged between 20 and 55. Of those, 66.4% were male, and 33.6% female patients. Data was collected using a socio-demographic questionnaire, and the Folkman and Lazarus *Coping* Strategies Inventory, applied during pre and post-transplant periods. Social support, problem resolution and positive reappraisal were identified as the most common coping factors used by participants. Prolonged hospital stay, treatment side effects and oral mucositis were referred to as stressing situations. It was concluded that the knowledge of the stressing situations and the *coping* strategies used by patients is important so that the occupational therapist can contribute to the planning and implementing of interdisciplinary actions which promote an enhancement in the quality of life and the well-being during the transplantation process.

## KEY WORDS

Psychological adaptation, bone marrow transplantation, occupational therapy

---

## Introdução

O conceito de *coping* refere-se ao conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para adaptarem-se a situações estressantes. Essas estratégias são entendidas como esforços cognitivos e comportamentais utilizados para atender às demandas internas e externas do indivíduo, ocasionadas por situações adversas, podendo sobrecarregar ou exceder seus recursos pessoais (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

O *coping* pode se classificar, de acordo com Folkman e Lazarus (Rodrigues & Chavez, 2008), em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. O *coping* focalizado no problema refere-se à definição do problema pela pessoa e à procura de soluções e escolhas para sua resolução; quando o *coping* é focado na emoção, há uma busca por meios de defesa para evitar a situação estressante.

As estratégias de *coping* são escolhidas pelos indivíduos a partir de seus recursos internos e externos, assim, são consideradas as crenças, saúde, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (Rodrigues & Chavez, 2008). Os oito fatores de *coping* descritos por Folkman e Lazarus são confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução do problema e reavaliação positiva (Rodrigues & Chavez, 2008).

Ao submeter-se ao Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH), o paciente e sua família enfrentam uma série de mudanças em seu cotidiano. Devido à grande complexidade do procedimento e de suas complicações, o paciente está sujeito a inúmeras restrições. Além da necessidade de internação em condição de isolamento, o tempo de hospitalização é longo, pois contempla o regime de condicionamento de aproximadamente sete dias, o dia do TCTH e, após a infusão das células progenitoras da medula óssea, o paciente passa pela fase de aplasia medular, que dura aproximadamente três semanas, assim ele não pode receber alta, pois está sujeito a infecções em decorrência da imunodepressão (Zavadil, Mantovani & Cruz, 2012).

O TCTH é um tratamento que se caracteriza pela infusão das células tronco provenientes da medula óssea, sangue periférico ou cordão umbilical de um doador compatível, com o objetivo de reparar os danos na medula óssea do receptor. É uma alternativa terapêutica que tem sido aplicada para o tratamento de doenças hematológicas, imunodeficiências, erros inatos de metabolismo e tumores sólidos. Possui um elevado risco de morte, pois envolve uma terapêutica com variados efeitos adversos, induzindo o paciente à imunossupressão (Zago, Falcão & Pasquini, 2004).

O TCTH pode ser autólogo, singênico ou alogênico. No primeiro, as células são provenientes do próprio pacien-

te (receptor). Já o singênico, é realizado entre irmãos gêmeos. Para o alogênico são utilizadas células de um doador aparentado ou não aparentado que seja compatível (Ortega, Lima, Veran, Kojo & Neves, 2004; Okane & Machado, 2009). Para alguns pacientes, devido à urgência para a realização do TCTH e à dificuldade em encontrar um doador totalmente compatível, o transplante haploidêntico passa a ser uma alternativa importante. Nesses casos, o doador familiar é parcialmente (50%) compatível com o receptor (Saboya, Dulley, Ferreira & Simões, 2010).

Antes de o paciente ser submetido à infusão de células-tronco hematopoéticas, ele passa pelo regime de condicionamento, durante o qual recebe elevadas doses de quimioterapia. Agentes quimioterápicos são combinados de acordo com os protocolos específicos para cada doença, podendo associar-se à irradiação corporal parcial ou total. Esse procedimento tem como objetivo eliminar as células doentes e promover a imunossupressão (Zago, Falcão & Pasquini, 2004; Hoffbrand, 2008).

Alguns dos efeitos adversos do regime do condicionamento são neutropenia e aplasia medular, mucosite e infecções por vírus, fungos ou bactérias. Para minimizar essas complicações, os pacientes submetidos ao TCTH são internados em regime de isolamento, em quartos individuais, em condições rígidas de higienização e desinfecção, o que torna restritas as atividades e as relações sociais do paciente (Garnica et al, 2010).

A hospitalização é um processo complexo que envolve o paciente em diversas situações de vulnerabilidade,

permeadas pelas condições clínicas, histórias de vida, cultura, crenças, valores éticos e religiosos, relacionadas diretamente com a questão da vida e da morte. O indivíduo tem sua vida ocupacional comprometida, é privado do convívio sociofamiliar e do exercício profissional, sentindo que sua vida está fugindo ao seu controle, o que pode fazer com que surjam sentimentos de medo, tristeza, impotência e incapacidade (Bigatão, Mastropietro & De Carlo, 2009).

Dessa forma, o TCTH configura-se como um tratamento que envolve diversas questões difíceis para o paciente e sua família, como o longo período de internação, reinternações, ruptura da rotina e a alta taxa de mortalidade após o procedimento (Guimarães, 2010). Esse processo de adoecimento e tratamento prolongados levam a alterações significativas nos papéis ocupacionais e no desempenho ocupacional (Barrozo, Ricz & De Carlo, 2014). No entanto, Dias, Mastropietro, Cardoso & De Carlo (2012) constataram que, após a fase aguda do TCTH, os pacientes transplantados vivenciaram um processo adaptativo ou de ajustamento psicossocial, reconstruindo sua rotina ou retomando seus papéis significativos. Portanto, se terapeutas ocupacionais forem capazes de identificar estratégias de *coping* adotadas pelos pacientes, ainda no período de hospitalização, poderão auxiliá-los na retomada mais precoce e produtiva de suas atividades cotidianas mais significativas.

O estudo teve como objetivo identificar as estratégias de *coping* e as situações estressantes de pacientes adultos submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado em um serviço de transplante de medula óssea de um hospital universitário da região sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, procedência e naturalidade, ocupação, estado civil, religião, renda, diagnóstico, tipo de transplante, bem como a identificação das situações estressoras vivenciadas pelo participante. Em seguida, aplicou-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, validado para a população brasileira por Savóia, Santana e Mejias (1996), e composto pelos 8 fatores de *coping*, distribuídos em 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Este instrumento foi aplicado em dois momentos distintos: no pré-TCTH e no pós-TCTH.

A análise e interpretação dos dados referentes ao Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foram realizadas por métodos estatísticos. Para avaliar a consistência interna foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, onde alfas superiores à 0,70 indicam escores aceitáveis para comparações entre fatores.

Na análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva simples para caracterizar os achados e comparar resultados entre fatores e momentos. Escores brutos e escalonados de 0 a 100 por fatores foram analisados e interpretados.

Para verificar as correlações entre os testes aplicados nas duas etapas da pesquisa, utilizou-se o índice de correlação de Pearson. Para valores próximos de 1 ou -1, implicará em forte grau de correlação positiva ou negativa, respectivamente. Todavia, para correlações mais próximas de 0 (zero), mais fraco será o grau de correlação. Considerando a existência de correlação forte para valores inferiores a -0,60 e superiores a 0,60.

A verificação da diferença de enfrentamento em momentos distintos (pré e pós transplante) se deu através do teste não paramétrico de Wilcoxon pareado para pequenas amostras, em que a hipótese nula é a não existência de diferenças.

Todas as análises estatísticas adotaram níveis de significância de 5% e foram elaboradas no software SAS University Edition.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo número CAAE 52283316.2.0000.0096 e os participantes que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A amostra foi composta por 18 participantes, com idades entre 20 e 55 anos. Constatou-se que a maioria dos participantes (66,4%, n=12) era do sexo masculino, com média de idade 36 anos. A média de idade para o sexo feminino foi de 33 anos. Metade dos participantes (50%) declarou ser casado e 61,1%

(n=11) são seguidores da religião católica. A caracterização sociodemográfica detalhada está apresentada na tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização da Amostra

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	6	33,6%
Masculino	12	66,4%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
20 – 29	7	38,9%
30 – 39	5	27,8%
40 ou mais	6	33,3%
<b>Estado civil</b>		
Casado	9	50,0%
Solteiro (companheiro fixo)	5	27,8%
Solteiro (sem companheiro fixo)	3	16,7%
Separado/Divorciado	1	5,6%
<b>Religião</b>		
Católico	11	61,1%
Evangélico	4	22,2%
Outras/Não determinada	3	16,7%
<b>Procedência (UF)</b>		
Paraná	10	55,6%
Outros	8	44,4%
<b>Escolaridade (máxima)</b>		
Ensino fundamental	2	11,1%
Ensino médio	10	55,6%
Ensino superior	6	33,3%
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	8	44,4%
De 2 a 5 salários mínimos	10	55,6%

**Fonte:** Elaboração própria

A tabela 2 apresenta os dados clínicos dos participantes. Observou-se as leucemias como diagnóstico prevalente (61,1%, n=11) e a predominância do transplante de células-tronco hematopoéticas não aparentado (44,4%, n=8).

**Tabela 2.** Dados clínicos dos participantes

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico do paciente</b>		
Anemia de Fanconi	2	11,1%
Anemia aplásica severa	2	11,1%
Leucemia mieloide crônica	2	11,1%
Leucemia mieloide aguda	6	33,3%
Leucemia linfóide aguda	3	16,7%
Síndrome mielodisplásicas	1	5,6%
Outros	2	11,1%
<b>Tipo de TCTH</b>		
Não aparentado	8	44,4%
Alogênico	7	38,9%
Autólogo	2	11,1%
Haploidêntico	1	5,6%
<b>Tempo entre internação e transplante (dias)</b>		
Até 9	9	50,0%
De 10 a 19	7	38,9%
20 ou mais	2	11,1%

**Fonte:** Elaboração própria

As situações estressoras mais citadas pelos entrevistados foram: alterações do cotidiano (10), longo período de hospitalização (10), efeitos adversos do tratamento (7), dor relacionada à mucosite (6), relação com a equipe (5), e comprovação do diagnóstico (4).

Após a aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus nos períodos pré e pós TCTH, obteve-se os resultados descritos a seguir.

A consistência interna do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi confirmada por meio do coeficiente de Cronbach, cujos alfas para todos os fatores mantiveram-se acima do mínimo necessário para aceitação

(0,70), evidenciando a confiabilidade do instrumento selecionado.

Os escores brutos obtidos através da estatística descritiva revelam, conforme descrito na tabela 3, os fatores de *coping* com maiores médias para a etapa de pré-transplante. As três estratégias de adaptação psicológica mais citadas pelos entrevistados foram reavaliação positiva, suporte social e resolução de problemas, e a menos citada foi a aceitação de responsabilidade. Para cada fator, a tabela 3 apresenta a pontuação máxima possível, sendo zero o mínimo comum para todos os fatores. A etapa pós-transplante apresentou os fatores escores médios muito semelhantes aos observados na etapa pré-transplante.

**Tabela 3.** Estatísticas descritivas dos escores brutos dos fatores

Fatores	N	Pontuação Máxima	Etapa Pré Transplante				Etapa Pós Transplante			
			Média	Desvio Padrão	Menor	Maior	Média	Desvio Padrão	Menor	Maior
Confronto	18	18	7,83	3,24	2	13	7,22	3,28	0	12
Afastamento	18	18	9,78	3,59	4	15	9,39	4,20	4	15
Autocontrole	18	21	9,94	3,84	3	19	9,00	3,74	4	16
Suporte social	18	18	14,00	3,11	6	18	13,94	2,94	10	18
Aceitação de responsabilidade	18	12	5,50	3,29	0	11	4,67	3,40	0	11
Fuga-esquiva	18	24	10,72	3,56	4	19	10,44	3,75	4	19
Resolução de problemas	18	18	11,50	2,94	5	17	10,78	3,04	5	17
Reavaliação positiva	18	21	15,00	2,61	10	19	15,33	1,85	13	18

**Fonte:** Elaboração própria

As estatísticas descritivas para os escores dos fatores de *coping* com pontuações escalonadas entre 0 e 100 estão expressos na tabela 4. Assim como na análise dos escores brutos, observa-se que na etapa pré-transplante os fatores suporte social, reavaliação positiva e resolução de problemas foram os que apresentaram maiores médias. O fator confronto foi o que apresentou menor média. Constatou-se que para o período pós-transplante as três maiores médias foram para os mesmos fatores da etapa pré-transplante. Já a menor média no pós-transplante ficou para o fator aceitação de responsabilidade, entretanto é importante ressaltar que esse fator apresentou desvio padrão de 28,30 que define alta variabilidade em comparação com os demais desvios padrões.

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas padronizadas dos fatores

Fatores	N	Etapa Pré Transplante				Etapa Pós Transplante			
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Confronto	18	43,52	18,00	11,1	72,2	40,12	18,23	0,0	66,7
Afastamento	18	54,32	19,95	22,2	83,3	52,16	23,35	22,2	83,3
Autocontrole	18	47,35	18,30	14,3	90,5	42,86	17,82	19,0	76,2
Suporte social	18	77,78	17,26	33,3	100,0	77,47	16,33	55,6	100,0
Aceitação de responsabilidade	18	45,83	27,45	0,0	91,7	38,89	28,30	0,0	91,7
Fuga-esquiva	18	44,68	14,84	16,7	79,2	43,52	15,60	16,7	79,2
Resolução de problemas	18	63,89	16,31	27,8	94,4	59,88	16,89	27,8	94,4
Reavaliação positiva	18	71,43	12,44	47,6	90,5	73,02	8,80	61,9	85,7

**Fonte:** Elaboração própria

A tabela 5 apresenta o resultado do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas para cada fator, aplicado para avaliar se houve diferença entre os fatores de *coping* dos participantes nas etapas pré e pós-transplante. Com os resultados dos p-valores obtidos no teste, verificou-se que, a um nível de significância de 5%, não houve diferença estatisticamente significativa entre as etapas para nenhum fator.

**Tabela 5.** . P-valores do teste não paramétrico de Wilcoxon para os fatores

Fatores	p-valor
Confronto	0,225
Afastamento	0,838
Autocontrole	0,362
Suporte social	0,838
Aceitação de responsabilidade	0,325
Fuga-esquiva	0,832
Resolução de problemas	0,108
Reavaliação positiva	0,594

**Fonte:** *Elaboração própria*

## Discussão

Para Botega (2006), o processo de adoecimento e hospitalização são vividos como quebra da linha de continuidade da vida, das funções desempenhadas no dia a dia e, de certa previsibilidade que guardamos sobre o dia de amanhã, há uma interrupção da continuidade existencial e da referência temporal. Os achados desse estudo corroboram com a afirmação acima, uma vez que a maioria dos participantes identificou o longo período de hospitalização e as alterações do cotidiano como situações estressoras.

Na unidade de TCTH, essas vivências são intensificadas devido às complicações inerentes ao processo: o paciente está sujeito a inúmeras restrições, como é o caso da internação

em condição de isolamento. Segundo Campos, Bach & Alvares (2003) e Andrade, Castro, Soares & Santos (2012) o isolamento protetor é um fator que impacta significativamente no cotidiano do paciente, permanecendo restrito do seu meio social com o objetivo de evitar possíveis infecções no período de neutropenia.

Somado a isso, outras situações estressoras encontradas neste estudo foram os efeitos adversos do tratamento e o quadro de mucosite. Em decorrência do regime de condicionamento com altas doses de quimioterapia e radioterapia, os efeitos adversos do TCTH estão presentes durante o tratamento, como a aplasia medular, náuseas, vômitos, diarreia e a mucosite (Ferreira, Gamba, Saconato & Gutiérrez, 2011).

A partir das situações elencadas pelos participantes como estressoras, a aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus identificou que os fatores de *coping* mais utilizados foram o suporte social, a resolução de problemas e a reavaliação positiva.

O suporte social refere-se ao contato e comunicação do indivíduo com seus familiares, amigos e equipe, a que o indivíduo recorre para auxiliar na resolução de problemas (Rodrigues & Chaves, 2008). Nesse sentido, Henderson (1990) afirma que há associação entre a redução da mortalidade e uma rede de apoio social adequada, que pode, de fato, repercutir organicamente na redução do stress e em consequência dos agravos à saúde.

Barros e Lopes (2007) defendem que o suporte familiar quando há um adoecimento na família é extremamente importante para auxiliar as estratégias de enfrentamento do paciente, proporcionando um cuidado mais efetivo, com conforto e segurança para o paciente.

Quanto à resolução de problemas, segunda estratégia de *coping* mais citada pelos participantes dessa pesquisa, ocorre quando o indivíduo elabora um plano de ação para resolver a situação problema, criando estratégias e aprendendo novas habilidades. Dessa forma, para Lazarus (citado em Botega, 2006), as pessoas podem ser divididas em duas categorias em relação à maneira como enfrentam as doenças (*coping*), orientadas para o problema e orientadas para a emoção. As primeiras tenderão a buscar informações, trocar ideias com médicos, amigos e grupo de autoajuda, afim de alterarem suas concepções, hábitos e características do

ambiente em que vivem, com a finalidade de reassumir o controle de suas vidas, tornando as consequências da doença mais toleráveis.

A terceira estratégia mais citada pelos participantes, a reavaliação positiva, refere-se ao reconhecimento de pontos positivos retirados da vivência da situação estressora (Rodrigues & Chaves, 2008). Para tal, é necessário que o indivíduo seja resiliente, pois resiliência implica em ações de confronto e superação, e pode ser definida como a capacidade de superar e ressignificar positivamente situações adversas, manejando a doença e o tratamento ao longo do tempo. Conhecer a capacidade de enfrentamento e resiliência dos pacientes possibilita o desenvolvimento de ações que envolvem educação em saúde, podendo interferir positivamente no nível de adesão ao tratamento. O trabalho de desenvolvimento da resiliência representa um dos caminhos para os profissionais atuarem, enfatizando as potencialidades dos pacientes e de suas famílias, criando condições para que esses possam responder, de forma positiva, às adversidades advindas do processo de doença e seu tratamento (Rodrigues & Polidori, 2012).

Fatores de *coping* dependem dos mecanismos internos do paciente, mas também de fatores externos ao paciente, como o ambiente, a equipe, a família, os recursos e estímulos oferecidos, entre outros. Sendo assim, o tratamento humanizado, realizado por toda a equipe multiprofissional, é uma opção para favorecer o enfrentamento de situações estressoras vivenciadas por pacientes, por meio da ressignificação do ambiente e das relações com a equipe (Giuliano, Silva & Orozimbo, 2009).

Assim, ainda que o hospital tenha intenções fundamentalmente curativas, na perspectiva de atenção à saúde integral, as intervenções dos terapeutas ocupacionais devem contemplar tanto o desempenho funcional/ocupacional do sujeito, como também as relações intra e intersubjetivas que se constroem nas interações sociais cotidianas e as envolvidas no processo de adoecimento e hospitalização, como dor e ruptura do cotidiano, temores sobre a possibilidade da morte eminente, as expectativas do paciente, dos familiares e da equipe, além dos problemas inerentes ao afastamento do trabalho, dificuldades do retorno ao ambiente doméstico, entre outros, buscando alcançar o máximo possível de bem-estar e qualidade de vida do paciente e seus familiares, mesmo que fora das possibilidades de cura. Os objetivos são a reconstrução das histórias ocupacionais, a melhoria do desempenho ocupacional dos indivíduos e a facilitação do manejo clínico, ampliando o campo relacional, seja do paciente com seu familiar e/ou cuidador, seja com a equipe ou com ele próprio (Tedesco, Ceccato, Noroi & Citero, 2002).

Nesse sentido, é necessário auxiliar o paciente que passa por uma experiência tão complexa como transplante de medula óssea a construir um lugar singular a partir de seus próprios recursos, tempo e ritmo, tendo em vista a reconstrução do cotidiano (Mastropietro, Santos & Oliveira, 2006).

Desta forma, o terapeuta ocupacional poderá utilizar as estratégias de  *coping*  desenvolvidas pelo paciente a seu próprio favor ou promover situações e senso de competência para o desenvol-

vimento de estratégias positivas de enfrentamento.

## Conclusão

As situações estressoras estão presentes no cotidiano de todas as pessoas, levando-as a adaptarem-se ao momento difícil para seguirem em frente. O caminho para essa adaptação depende de estratégias de enfrentamento ou  *coping* , que os indivíduos utilizam conforme fatores externos e internos que lhe são presentes.

A hospitalização prolongada é um fator estressante para a maioria dos pacientes, agravando-se com os efeitos adversos do tratamento. Com as restrições impostas pelo processo de TCTH, os pacientes sofrem com a ruptura do cotidiano, colocando a mudança da rotina e hábitos como uma situação de desequilíbrio e estresse. Para enfrentar essas situações desagradáveis, verificou-se que a reavaliação positiva é um dos fatores de  *coping*  mais utilizados pelos pacientes, sendo capazes de ressignificar a situação estressora, utilizando os pontos positivos a fim de adaptar-se à nova condição. O suporte social foi um fator importante quando os pacientes podem recorrer à família e aos amigos para auxiliar na resolução de problemas. E, por fim, o planejamento de ações e atitudes e o engajamento em atividades demonstraram auxiliar como fator de enfrentamento, permitindo, aos pacientes, se reconhecerem em meio a uma situação problema e criarem estratégias para vencê-las de forma positiva.

O estudo teve como limitação a amostra pequena e a realização em um

único centro de saúde, impossibilitando generalizações, no entanto, aponta para aspectos importantes do processo de enfrentamento das condições adversas relacionadas à hospitalização prolongada e ao processo de TCTH.

O entendimento dessas estratégias pelos profissionais envolvidos no tratamento dessa população deve ser pensando de forma interdisciplinar. Assim, podemos auxiliar enquanto recursos externos ao paciente facilitando seu processo de adaptação às situações que lhe incomodam, garantindo mais conforto e aderência ao tratamento.

A Terapia Ocupacional, por sua vez, propõe-se, como afirma Takatori (2001), a oferecer a esses pacientes espaços de saúde, nos quais o fazer particular do sujeito possa acontecer, a princípio durante os atendimentos, na relação terapeuta-paciente-atividade, ampliando-se a outras relações e, quando possível, contribuir com a inclusão social do sujeito, que acontece num *continuum* que constitui e onde se dá o cotidiano.

## Referências

- Andrade, A. M. , Castro, E. A. B., Soares, T. C. & Santos, K. B. (2012). Vivências de adultos submetidos ao transplante de medula óssea autólogo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(2), 267-274. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/viewFile/15180/pdf>
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Barros, D. O. & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3), 295-298. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300009>
- Barrozo, B. M., Ricz, H. M. A. & De Carlo, M. M. R. P. (2014). Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 255-263. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p255-263>
- Bigatão, M. R., Mastropietro, A. P. & De Carlo, M. M. R. P. (2009) Terapia Ocupacional em oncologia: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. In: M. B. Othero (Org.), *Terapia Ocupacional: práticas em oncologia*. São Paulo, SP: Editora Roca.
- Botega, N.J. (2006). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2a. ed.). Porto Alegre, RS. Curitiba, PR: ArtMed.
- Campos, E. M. P., Bach, C. & Alvares, M. (2003). Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. *Psicologia: teoria e prática*, 5(2), 23-36. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-6872003000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-6872003000200003&lng=pt&tlng=pt)
- Dias, V. N., Mastropietro, A. P., Cardoso, E. A. O. & De Carlo, M. M. R. P. (2012). Transplante de células-tronco hematopoéticas – um estudo controlado sobre papéis ocupacionais. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos*, 20(2), 165-171. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.016>

- Ferreira, P., Gamba, M. A., Saconato, H. & Gutiérrez, M. G. R. (2011). Tratamento da mucosite em pacientes submetidos a transplante de medula óssea: uma revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 563-570. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400018>
- Garnica, M., Machado, C., Cappellano, P., Carvalho, V. V. H., Nicolato, A., Cunha, C. A. & Nucci, M. (2010). Recomendações no manejo das complicações infecciosas no transplante de células-tronco hematopoéticas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 32(Suppl.1), 140-162. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842010005000026>
- Giuliano, R. C., Silva, L. M. S. & Orozimbo, N. M. (2009). Reflexões sobre o “brincar” no trabalho terapêutico com pacientes oncológicos adultos. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(4), 868-879. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400016>
- Guimarães, W. (2010). Terapia Ocupacional em Onco-hematologia – Relato de Experiência no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. In M. B. Othero (Org.), *Terapia Ocupacional: práticas em oncologia* (pp. 323-363). São Paulo, SP: Roca.
- Henderson, A. C. (1990). *An introduction to social psychiatry*. Oxford: Medical Publications.
- Hoffbrand, A. V. (2008). *Fundamentos em hematologia* (5a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Mastropietro, A. P., Santos, M. A. & Oliveira, E. A. (2006). Sobreviventes do transplante de medula óssea: construção do cotidiano. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(2), 64-71. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13986>
- Okane, H. E. S. & Machado, L. N. (2009). Histórico. In Machado L. N., Camandoni, V. O., Leal, K. P. H. & Moscatello, E. L. M. (Orgs.). *Transplante de medula óssea: abordagem multidisciplinar* (pp. 23-29). São Paulo, SP: Lemar.
- Ortega, E. T. T., Lima, D. H., Veran, M. P., Kojo, T. K. & Neves, M. I. (2004). *Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações*. Curitiba, PR: Editora Maio.
- Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>
- Rodrigues, F. S. S. & Polidori, M. M. (2012). Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 619-627. Recuperado de [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapia-familiares.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapia-familiares.pdf)
- Saboya, R., Dulle, F. L., Ferreira, E. & Simões, B. (2010). Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 32(Suppl. 1), 13-15. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842010005000026>

- Savóia, M. G., Santana, P. R. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-51771996000100009>
- Takatori, M. (2001) A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Mundo da Saúde*, 25(4), 371-383.
- Tedesco, S., Ceccato, T. L., Noroi, A. N., & Citero, V. A. (2002). A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In M. A. De Marco (Org), *A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*, (pp.151-156). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Zago, M. A., Falcão, R. P., & Pasquini, R. (Orgs.). (2004). *Hematologia: fundamentos e prática* (2a. ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
- Zavadil, E. T. C., Mantovani, M. F., & Cruz, E. D. A. (2012). Representação do enfermeiro sobre infecções em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Escola Anna Nery* 16(3), 583-587. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300022>