

**PRINCIPAIS DISFUNÇÕES SEXUAIS APÓS
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

JULIANA SANTOS AMARAL

**Monografia de Conclusão do Curso de Pós-
Graduação *Lato Sensu* “Enfermagem
Oncológica” da Fundação Antônio Prudente**

Orientadora: Andréa Yamaguchi Kurashima

São Paulo

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Amaral, Juliana Santos

Principais disfunções sexuais após transplante de medula óssea: uma revisão de literatura / Juliana Santos Amaral - São Paulo, 2008.

60p.

Monografia de Conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* Enfermagem Oncológica" da Fundação Antônio Prudente.

Orientadora: Andréa Yamaguchi Kurashima

Descritores: 1. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA/efeitos adversos. 2. DISFUNÇÕES SEXUAIS PSICOLÓGICAS. 3. DISFUNÇÃO SEXUAL FISIOLÓGICA.

DEDICATÓRIA

A Jesus, Rei dos reis e Senhor dos senhores, pelo privilégio de sua misericórdia e pelo seu imenso amor que me consome e me dá forças para caminhar. Por me capacitar e realizar grandes milagres em minha vida, sendo o meu refúgio e fortaleza.

AGRADECIMENTOS

À Profª. Andréa Yamaguchi Kurashima, pela compreensão e fundamental ajuda na elaboração deste trabalho.

Ao meu esposo, pelo amor, cumplicidade e paciência e por sempre orar a Deus pelo meu sucesso.

Aos meus pais, por sempre terem acreditado no meu potencial, não poupando esforços para me ajudar e pelo colo aquecido e amoroso que sempre me ofereceram, pela amizade, fé e compreensão, e por me ensinarem valores e sentimentos que nortearam este percurso.

A todos os amigos e colegas de classe.

À bibliotecária Suely pela paciência e pela atenção que me foi dispensada.

RESUMO

Amaral JS. **Principais disfunções sexuais após transplante de medula óssea**. São Paulo; 2008. [Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação *Lato Sensu* “Enfermagem Oncológica” - Fundação Antônio Prudente].

O transplante de medula óssea é uma modalidade terapêutica utilizada em doenças onco-hematológicas com o objetivo de alcançar a cura ou o controle dessas doenças. Consiste basicamente na infusão de células progenitoras que são capazes de se auto-regenerar e diferenciar em células sanguíneas maduras. A infusão é realizada após a fase do condicionamento, que é realizado com a infusão de altas doses de quimioterapia e, por vezes, a irradiação de corpo total, no caso de ser alogênico. Dentre as complicações tardias podemos encontrar disfunções neuroendócrinas, DECH crônica e esterilidade que podem levar a alteração da sexualidade, finalmente alterando a qualidade de vida dos pacientes. O estudo tem por objetivo geral realizar um levantamento da literatura relacionada à disfunção sexual pós-transplante de medula óssea. Especificamente, pretende, a partir da literatura levantada, identificar as principais disfunções sexuais descritas pós-TMO e as intervenções propostas. Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando as bases dados LILACS, MEDLINE e CINAHL, a respeito das disfunções sexuais pós- transplante, sem limitação de tempo. A partir da revisão bibliográfica, foram identificados 398 artigos. Após a leitura dos resumos e utilizando os critérios de exclusão, foram selecionados 46 artigos. Dos artigos selecionados, a maioria relata a diminuição do interesse, da atividade e da satisfação sexual como um dos problemas mais citados pelos pacientes (65%), seguido por problemas com ereção, ejaculação, excitação e orgasmo (21%), dor com 22% e ressecamento vaginal com 20% das citações, alteração da imagem corporal com 15% das citações e, por fim, atrofia vaginal com 4% das citações dentre as disfunções sexuais. As

mulheres expõem melhor suas dificuldades do que os homens. Das intervenções sugeridas, o acompanhamento e aconselhamento profissional foram considerados um dos mais importantes, principalmente com a presença do profissional psicólogo durante todo o tratamento, além do preparo da equipe assistencial para fornecer orientações adequadas sobre as possíveis alterações na vida sexual, com destaque para o enfermeiro que presta a assistência por 24 horas e tem um papel importante na realização de orientações adequadas, que podem ser iniciadas já na fase de consulta pré-transplante.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos artigos conforme base de dados. São Paulo, 2008.....	15
Tabela 2	Distribuição dos artigos conforme o ano de publicação. São Paulo, 2008.....	16
Tabela 3	Distribuição dos artigos conforme país de estudo. São Paulo, 2008.....	17
Tabela 4	Distribuição dos artigos conforme idioma do artigo e tipo de estudo. São Paulo, 2008.....	18
Tabela 5	Distribuição dos artigos conforme tipo de transplante. São Paulo, 2008.....	19
Tabela 6	Distribuição dos artigos conforme sexo. São Paulo, 2008...	19
Tabela 7	Distribuição das doenças de base conforme citações nos artigos. São Paulo, 2008.....	20
Tabela 8	Distribuição dos artigos conforme período de avaliação após o transplante de medula óssea. São Paulo, 2008.....	21
Tabela 9	Distribuição das disfunções sexuais conforme citações nos artigos. São Paulo, 2008.....	22
Tabela 10	Distribuição das intervenções conforme citações nos artigos. São Paulo, 2008.....	23

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVO.....	3
3	EMBASAMENTO CIENTÍFICO.....	4
3.1	Transplante de medula óssea.....	4
3.1.1	Histórico.....	4
3.1.2	Aspecto técnico.....	5
3.2	Qualidade de vida após o TMO.....	6
3.3	Complicações tardias.....	7
3.3.1	Disfunção sexual.....	7
3.3.2	Avaliação.....	9
4	METODOLOGIA.....	11
4.1	Crítérios de Inclusão.....	11
4.2	Crítérios de Exclusão.....	12
4.3	Processo de Fichamento e leitura do Material levantado.....	12
4.3.1	Dados Gerais.....	12
4.3.2	Dados Específicos.....	12
5	RESULTADOS.....	14
5.1	Medline.....	14
5.2	Cinahl.....	14
5.3	Lilacs.....	15
5.4	Dados Gerais.....	15
5.5	Dados Específicos.....	18
5.6	Revisão Bibliográfica.....	23
5.6.1	Qualidade de vida & sexualidade.....	23
5.6.2	Aparência e funcionamento sexual.....	30

5.6.3	Sugestões de tratamento e intervenções.....	42
6	DISCUSSÃO.....	49
7	CONCLUSÃO.....	53
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	54

APÊNDICE

Apêndice 1 Ficha utilizada para análise dos artigos

Apêndice 2 Listagem das 46 referências bibliográficas analisadas no trabalho

1 INTRODUÇÃO

O transplante de medula óssea (TMO) é uma modalidade terapêutica utilizada no tratamento de diversas doenças hematológicas, benignas ou malignas; hereditárias ou adquiridas (SOUZA 2008).

Na prática profissional do enfermeiro nos deparamos com diversas situações na qual necessitamos utilizar ferramentas apropriadas para oferecermos uma assistência com excelência. É preciso desenvolver competências que agregam qualidade ao nosso trabalho, e um ponto importante é o conhecimento que norteia a conduta profissional e garante o caminho adequado para o alcance de objetivos.

O enfermeiro preparado e capacitado consegue, em sua prática profissional, observar necessidades e prever potenciais problemas em seu público alvo, independente da área de atuação.

Baseado neste conceito, surge o início deste estudo pelo qual a autora acredita ser essencial a comunicação efetiva e a avaliação contínua do processo de trabalho para alcançar os objetivos.

Na prática profissional, atuando em uma unidade de Oncohematologia e Transplante de Medula Óssea (TMO) em um hospital particular na cidade de São Paulo, pode observar que no tratamento das diversas patologias oncológicas, no qual o transplante de medula óssea é indicado como modalidade terapêutica, não há, muitas vezes, por parte da

equipe de enfermagem, uma preocupação relacionada à orientação deste paciente sobre as implicações que o TMO poderá causar na sua vida sexual.

A sexualidade do paciente submetido ao TMO é pouco abordada por esses profissionais, por diversos motivos não bem conhecidos ou até mesmo estudados. Muitas vezes, o próprio paciente não consegue expressar suas dúvidas e formular uma questão para ser esclarecida pela equipe oncológica.

A equipe de enfermagem necessita aprofundar seus conceitos sobre os pacientes submetidos a Transplante de Medula Óssea do ponto de vista de suas necessidades, capacidades, limitações e dificuldades. Assim, poderão auxiliá-los a atravessar esta experiência, como elementos ativos do processo e não apenas como expectadores das ações dos profissionais de saúde (SILVA 2001).

Baseado nesta problemática, foi realizada uma pesquisa na literatura sobre quais são as principais disfunções sexuais após o TMO e a busca por compreender melhor esta questão para propor orientações ao paciente submetido ao TMO, incentivando-o a expor seus questionamentos para garantir uma melhor qualidade de vida no período pós-transplante. Além disso, com o aprimoramento do conhecimento na área, é possível propor diretrizes para a equipe de enfermagem, auxiliando na assistência prestada a esse paciente.

2 OBJETIVOS

- Realizar um levantamento da literatura relacionada à disfunção sexual pós-transplante de medula óssea;
- A partir da literatura levantada, identificar as principais disfunções sexuais descritas pós-TMO e as intervenções propostas.

3 EMBASAMENTO CIENTÍFICO

3.1 TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

O transplante de medula óssea (TMO) é um recurso terapêutico utilizado para resgatar os pacientes que recebem quimioterapia ou irradiação em doses supraletais para tratamento de diversas doenças oncohematológicas (AZEVEDO 2000).

O fundamento lógico para o transplante de células progenitoras está baseado no fato de que todas as células maduras que circulam no sangue: glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas provêm de uma única célula, contida na medula óssea, denominada célula progenitora ou “stem cell”, e atualmente o termo mais amplamente aceito é células progenitoras hematopoiéticas (TCPH) (SOUZA 2008).

3.1.1 Histórico

Segundo descreve AZEVEDO (2000), em 1939 foi realizada a primeira tentativa de TMO documentada para tratamento de um paciente com anemia aplásica induzida por sais de ouro, utilizando como doador de medula óssea um irmão ABO compatível.

Mais tarde, no final dos anos 60, inicia-se uma nova fase do TMO, promovida pelo desenvolvimento da tipagem dos antígenos de

histocompatibilidade (HLA) e um entendimento maior sobre a imunologia dos transplantes (AZEVEDO 2000).

No começo dos anos 70, a realização de TMO deixa de limitar-se às tentativas empíricas de tratamento e entra em uma fase de grande desenvolvimento, promovida pelo sucesso dos transplantes realizados até então. Nos anos seguintes, a técnica de TMO se desenvolveu, mas trouxe muitos problemas que até hoje tentam solucionar (AZEVEDO 2000).

3.1.2 Aspectos técnicos

A medula óssea é a fonte padrão das células hematopoéticas para a realização dos transplantes. Porém, essas células poderão ser obtidas no sangue periférico, em fígado fetal e no sangue de cordão umbilical (AZEVEDO 2000).

Existem três tipos de TMO (AZEVEDO 2000).

- 1 Autólogo: que utiliza medula óssea do próprio paciente.
- 2 Singênico: utiliza as células de um irmão gêmeo monozigoto (idêntico).
- 3 Alogênico: as células progenitoras provêm de um doador previamente selecionado por testes de compatibilidade, principalmente o HLA (antígeno de histocompatibilidade leucocitária). Podem ser utilizadas as células de irmãos, pais, outro membro da família, doador HLA fenotipicamente idêntico, não-relacionado ou doador não aparentado.

A indicação para transplante depende do tipo, do estágio da doença e da idade do paciente. O paciente deverá estar preferencialmente em

remissão completa. Não são todos os pacientes, portadores de leucemia ou linfoma, que têm indicação para realização de transplante. Os critérios para a realização do transplante estão estabelecidos em protocolos aprovados pelos Comitês de Ética (SOUZA 2008).

3.2 QUALIDADE DE VIDA APÓS O TMO

Embora o transplante esteja associado com uma morbidade precoce significativa, grande número de pacientes que sobrevivem por anos após o TMO, apresenta boa saúde. Seqüelas importantes, entretanto, representam um tributo significativo para esta conquista. A detecção precoce de muitas destas complicações pode contribuir para o seu melhor manuseio (SOUZA 2008).

Diversos estudos relatam as mudanças e transformações que o TMO causa na qualidade de vida dos sobreviventes, gerando um grande questionamento sobre a assistência oferecida a eles. Portanto, é fundamental a compreensão dessas transformações para que possamos intervir de maneira eficiente, buscando amenizar as conseqüências do TMO na vida dos pacientes e auxiliando-os no retorno às suas atividades diárias.

Para SOUZA (2003), nos anos recentes, vem crescendo de maneira acentuada o interesse sobre qualidade de vida ligada ao TMO. Inúmeros autores demonstram que pacientes submetidos ao TMO sofrem significativo impacto em todas as dimensões analisadas, como conseqüência do

tratamento agressivo realizado. Estes efeitos podem ser de curto prazo ou tardios.

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde-OMS, através da definição de vários domínios, criou a WHOQOL,⁵ que define Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo, no seu contexto, afetado pela saúde física, seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais e salientadas nas características do ambiente (SOUZA 2003).

3.3 COMPLICAÇÕES TARDIAS

As complicações tardias estão relacionadas principalmente aos esquemas de condicionamento com uso de quimioterapia em altas doses e radioterapia através da irradiação de corpo total, que causam disfunções neuroendócrinas e danos diretamente aos órgãos. Entre as muitas complicações tardias pós-transplante estão a DECH crônica (doença enxerto contra hospedeiro), as desordens neuroendócrinas, como hipotireoidismo, puberdade atrasada e falência gonadal, além de esterilidade (SEBER e MENDES 2008).

3.3.1 Disfunção sexual

A sexualidade afeta diretamente, de maneira leve ou acentuada, a qualidade de vida dos pacientes submetidos ao TMO.

No estudo de SALEH e BROCKOPP (2001), cerca de 42% do total da amostra relataram ter moderada a grave disfunção sexual. Essa disfunção

provavelmente está na origem multifatorial relacionado ao tratamento do câncer. Particularmente, o condicionamento pré-TMO (quimioterapia citotóxica e irradiação corporal total) é conhecido por afetar a função gonadal em ambos os sexos e pode ter marcado um impacto sobre a resposta sexual feminina. Claramente, a disfunção sexual pós-TMO é comum e uma significativa preocupação entre os sobreviventes. Portanto, requer acompanhamento e intervenção de profissionais da saúde.

A incidência de toxicidade gonadal é alta (mais de 90%) em crianças e adultos, geralmente necessitando de reposição hormonal e podendo resultar em disfunção sexual e infertilidade (DENARDI et al. 2009).

As mulheres devem receber reposição cíclica de estrogênio e progesterona para a manutenção dos ciclos menstruais, controle dos sintomas vasomotores, manutenção da libido, função sexual e da densidade óssea. Em geral a falência ovariana é definitiva em mulheres adultas, porém, em mulheres jovens a recuperação da função gonadal pode ser raramente observada (SOUZA 2008).

Mulheres com idade mais avançada que utilizam alquilantes em altas doses e/ou TBI (Total Body Irradiation) no TMO tem risco aumentado de disfunção ovariana. Além disso, também ocorre diminuição da libido, perda da umidade vaginal e estenose vaginal (DENARDI et al. 2009).

Em homens o epitélio germinativo testicular, onde ocorre a espermatogênese (células de Sertoli), é mais sensível à radiação e a quimioterapia que as células de Leydig, responsáveis pela produção de testosterona. Desta forma, os níveis de testosterona são habitualmente

preservados após o TMO, enquanto a espermatogênese é abolida. Portanto, a maioria dos pacientes não necessita de reposição de testosterona para a manutenção da atividade sexual e da libido (SOUZA 2008).

Conforme DENARDI et al. (2009), pode ocorrer redução dos níveis de testosterona nas primeiras seis semanas, mas que tendem a retornar ao normal em média em seis meses, podendo ser comum a perda do desejo sexual e disfunção erétil.

3.3.2 Avaliação

Ao analisarmos quantitativa e qualitativamente a toxicidade do tratamento do câncer de maneira padronizada, estamos colaborando para uma adequada comparação entre os diversos tratamentos disponíveis e favorecendo o uso de uma linguagem universal. Os critérios comuns de toxicidade (Common Toxicity Criteria), desenvolvidos pelo National Câncer Institute (NCI) norte-americano são um dos mais utilizados por pesquisadores e visa contribuir com a prática clínica (SAAD et al. 2002).

Quadro 1 – Critérios comuns de toxicidade

Evento Adverso	GRAU				
	0	1	2	3	4
Endócrino – Outras (Especificar, ____)	nenhum	leve	moderado	severo	risco de vida ou incapacitante
FUNÇÃO SEXUAL / REPRODUTIVA					
Dispareunia classificada na categoria DOR.					
Dismenorréia classificada na categoria DOR.					
Impotência erétil	normal	leve (ereções prejudicadas, mas satisfatórias)	moderada (ereções prejudicadas, insatisfatórias para a relação sexual)	não há ereções	-
Esterilidade feminina	normal	-	-	estéril	-
Feminização do homem classificada na categoria ENDÓCRINO.					
Menstruações irregulares (alteração com relação ao pré-tratamento)	normal	ocasionalmente irregular ou intervalo aumentado, mas ciclos menstruais contínuos	muito irregular, mas ciclos menstruais contínuos	amenorréia persistente	-
Libido	normal	redução no interesse	perda severa de interesse	-	-
Infertilidade masculina	-	-	oligospermia (baixa contagem de espermatozoides)	azoospermia (ausência de espermatozoides)	-
Masculinização da mulher classificada na categoria ENDÓCRINO.					
Secura vaginal	normal	leve	requer tratamento e/ou interfere na função sexual, dispareunia	-	-
Função Sexual / Reprodutiva – Outras (Especificar, ____)	nenhum	leve	moderado	severo	incapacitante

Fonte: SAAD et al. (2002).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica não-sistemática.

Para o levantamento bibliográfico foram utilizadas as bases de dados Lilacs, Medline e CINAHL, sem delimitação de tempo.

Na base de dado Lilacs, foram utilizados somente os termos de indexação “transplante de medula óssea”. Numa simulação, acrescentando-se o termo sexual, não foi obtido nenhum resultado e, portanto, optamos por manter a categoria mais ampla.

Nas bases de dados Medline e CINAHL, foram utilizados os respectivos termos em inglês: bone marrow transplant + sexual.

Os diagnósticos foram agrupados conforme as doenças, sendo que no grupo de leucemias incluímos: leucemia mielóide aguda e crônica, leucemia linfóide aguda e crônica. No grupo de linfomas incluímos: Linfoma de Hodgkin e Linfoma não Hodgkin.

Após a leitura dos resumos, procedemos à seleção dos artigos a serem analisados.

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ARTIGOS

Foram incluídos todos os artigos que abordassem os seguintes temas: Transplante de Medula Óssea, qualidade de vida e disfunção sexual nos idiomas português, espanhol e inglês. Não houve delimitação de tempo.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os artigos que tivessem como população de estudo apenas crianças com idade até 12 anos.

4.3 PROCESSO DE FICHAMENTO E LEITURA DO MATERIAL LEVANTADO

A partir da seleção dos artigos, procedemos ao fichamento dos artigos na íntegra. Foram coletados dados relacionados à temática central, conforme abaixo.

4.3.1 Dados Gerais

- **Ano de publicação**
- **Idioma de publicação:** inglês, espanhol e português
- **País de publicação:** Brasil, Estados Unidos, Inglaterra e outro
- **Tipo de estudo:** Estudo clínico, Revisão de literatura, Recomendação e outro
- **Base de dados:** LILACS, Medline e CINAHL

4.3.2 Dados específicos

- **Tipo de transplante:** autólogo, alogênico, singênico, autólogo e alogênico ou autólogo, alogênico e singênico, Não se aplica ou Não citado.

- **Idade do paciente disfunção:** limite de idade mínima e idade máxima ou Não se aplica.
- **Sexo:** feminino, masculino, ambos ou Não se aplica.
- **Diagnóstico de base:** Leucemias, Linfomas, Anemias, Mieloma múltiplo, Síndrome mielodisplásica, Tumores Sólidos, mielofibrose, outros, Não citado ou Não se aplica.
- **Disfunção:** Problemas com excitação, ereção, ejaculação e orgasmo, Ressecamento vaginal, Dor, Diminuição do interesse, da atividade e da satisfação sexual, Atrofia Vaginal, Alteração da imagem corporal ou Não citado.
- **Período de avaliação após o TMO:** até 5 anos, até 10 anos, até 15 anos, mais de 15 anos, Não citado ou Não se aplica.
- **Intervenção:** Acompanhamento e aconselhamento profissional, Uso de lubrificante, Terapia de reposição hormonal, Intervenção farmacológica ou Não citado.

5 RESULTADOS

O levantamento foi realizado dia 11 de março de 2008, na Escola de Enfermagem da Fundação Antônio Prudente, com auxílio da orientadora Andréa.

5.1 MEDLINE

Na base de dados Medline foi levantado um total de 90 resumos utilizando as palavras: *bone marrow transplant + sexual*. Dos 90 resumos foram selecionados 40 artigos para leitura, utilizando os critérios de exclusão para a seleção dos artigos.

5.2 CINAHL

Na base de dados CINAHL foram encontrados 4 resumos utilizando as palavras: *bone marrow transplant + sexual*. Um artigo não foi acessível após 2 tentativas, 1 artigo foi excluído por se tratar de uma tese de doutorado e 2 artigos estavam repetidos na base de dados Medline. Desta forma, não incluímos nenhum artigo proveniente desta base.

5.3 LILACS

Na base de dados Lilacs, a princípio foi levantado um total de 304 resumos utilizando a palavra TMO. Após a leitura do material, foram selecionados somente 6 (2%) artigos, pois os demais artigos não abordavam a qualidade de vida após o TMO e tampouco sobre disfunção sexual.

A seguir apresentaremos os dados referentes aos 46 artigos selecionados para esta revisão.

5.4 DADOS GERAIS

A base de dados que mais contribuiu com artigos para este estudo foi a Medline, seguida pela Lilacs (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos artigos conforme base de dados. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	N.	%
Base de dados	Medline	40	87
	Lilacs	06	13
	CINAHL	-	-
Total		46	100

Este estudo não delimitou período de tempo para o levantamento bibliográfico, pois, na tentativa de realizá-lo, o número de artigos encontrados foi infimamente reduzido. Os anos foram agrupados para

melhor visualização dos mesmos e o período que houve um maior número de publicações foi entre 1996 a 2000 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos artigos conforme o ano de publicação. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	N.	%
Ano de publicação	1988 a 1990	03	6,5
	1991 a 1995	11	23,9
	1996 a 2000	19	41,3
	2001 a 2005	09	19,6
	2006 a 2008	04	8,7
	Total	46	100,0

O país com maior número de artigos neste levantamento foi os Estados Unidos com 23 trabalhos (50%), sendo que muitos foram realizados por enfermeiros e médicos oncologistas, citando a importância da atuação da equipe multidisciplinar como ferramenta importante para oferecer suporte adequado ao paciente com disfunção sexual. A Inglaterra publicou 7 artigos (15%), em seguida o Brasil com 6 artigos (13%). Por fim a categoria outros totalizou 10 (22%) e foi representada pelo Canadá com 4 trabalhos, em seguida a Itália com 2, a Espanha, França, Irlanda e Hong Kong com 1 trabalho (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos artigos conforme país de estudo. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº.	%
País de estudo	Estados Unidos	23	50
	Inglaterra	7	15
	Brasil	6	13
	Outros	10	22
Total		46	100

Houve maior frequência de trabalhos publicados no idioma inglês com 41 trabalhos (89%). Em relação ao tipo de estudo, houve predomínio de artigos de estudo clínico com 40 artigos (87%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos artigos conforme idioma do artigo e tipo de estudo. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº	%
Idioma	Inglês	41	89
	Português	05	11
	Espanhol	-	-
Tipo de estudo	Clínico	40	87
	Revisão	06	13
	Recomendação	-	-
Total		46	100,0

5.5 DADOS ESPECÍFICOS

Salientamos que durante a análise dos artigos, identificamos que um único artigo poderia mencionar mais de uma categoria relacionada aos dados específicos. Portanto, as frequências e porcentagens descritas em algumas tabelas são referentes à frequência da citação do evento nos artigos analisados e sua somatória não representará o número total de artigos (46).

Em relação ao tipo de transplante, houve uma maior frequência da categoria autólogo e alogênico com 15 artigos (32,6%), em seguida alogênico com 10 artigos (21,7%), seguido por autólogo com 5 artigos (10,9%), autólogo, alogênico e singênico com 3 artigos (6,5%) e, por último, não citado com 9 artigos (19,6%) e não se aplica com 4 artigos (8,7%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos artigos conforme tipo de transplante. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº.	%
Tipo de transplante	Autólogo e alogênico	15	32,6
	Alogênico	10	21,7
	Autólogo	05	10,9
	Autólogo, alogênico e singênico	03	6,5
	Singênico	-	-
	Não se aplica	04	8,7
	Não citado	09	19,6
Total		46	100,0

Em relação à faixa etária dos pacientes, a idade mínima citada nos artigos variou entre 9 a 26 anos e a máxima entre 33 a 71 anos.

Quanto ao sexo, houve uma maior frequência de artigos (31/67,4%), que estudaram ambos os sexos (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos artigos conforme sexo. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº	%
Sexo	Masculino	07	15,2
	Feminino	04	8,7
	Ambos	31	67,4
	Não se aplica	04	8,7
Total		46	100,0

Em relação ao diagnóstico de base citados nos artigos, houve predomínio das leucemias com 31 citações (67%), seguido por linfomas com 18 citações (39%) e anemia aplásica com 15 citações (33%). Após, encontramos os tumores sólidos com 11 citações (24%), sendo que destes 5 (11%) referem-se a tumor de mama, 4 citações (9%) somente como tumor sólido sem especificar o tipo, 1 (2%) seminoma, 1 (2%) sarcoma. Mielofibrose esteve presente em 2 artigos (4%) e a categoria outros com 4 citações (9%) sem caracterização da doença. Mieloma múltiplo teve 9 citações (20%), Mielodisplasia com 7 (15%) e mielofibrose com 2 citações (4%)(Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das doenças de base conforme citações nos artigos. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº.	% em relação ao total de artigos
Doença de base	Leucemias	31	67
	Linfomas	18	39
	Anemia aplásica	15	33
	Tumores sólidos	11	24
	Mieloma	09	20
	Mielodisplasia	07	15
	Mielofibrose	02	04
	Outros	04	09
	Não se aplica	05	11
	Não citado	03	07

* Um único artigo poderia citar mais de uma categoria

Relacionado ao período de avaliação pós-transplante, houve predomínio de até 5 anos com 18 (39%) artigos, seguido pelo período até 10 anos com 11 (24%), após, até 15 anos com 4 (9%), o período mais que 15 anos com 4 (9%). Não se aplica com 5 (11%), Não citado 3 (6%) e por fim 1 (2%) artigo avaliou o período pré-transplante (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos artigos conforme período de avaliação após o transplante de medula óssea. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº	%
Período	Pré-transplante	01	02
	Até 5 anos	18	39
	Até 10 anos	11	24
	Até 15 anos	04	09
	Mais que 15 anos	04	09
	Não citado	03	06
	Não se aplica	05	11
Total		46	100

Serão apresentadas a seguir as categorias referente às disfunções sexuais. Houve predomínio de diminuição do interesse, da atividade e da satisfação sexual com 30 citações (65%); problemas com excitação, ereção, ejaculação e orgasmo com 21 (46%);, Dor 10 citações (22%), Ressecamento vaginal 9 (20%), Alteração da imagem corporal 7 (15%), Atrofia vaginal 2 (4%) e, por fim, Não citado com 8 artigos (17%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das disfunções sexuais conforme citações nos artigos. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº	% em relação ao total de artigos
Disfunção	Diminuição do interesse, da atividade e da satisfação sexual	30	65
	Problemas com excitação, ereção, ejaculação e orgasmo	21	46
	Dor	10	22
	Ressecamento vaginal	09	20
	Alteração da imagem corporal	07	15
	Atrofia vaginal	02	04
	Não citado	08	17

* Um único artigo poderia citar mais de uma categoria

Em relação às intervenções propostas houve uma maior frequência da categoria Acompanhamento e Aconselhamento Profissional com 17 citações (37%), sendo que destes 1 (2%) era referente a indicação de acompanhamento com terapeuta sexual, 5 (11%) com psicólogo, 1 (2%) com psiquiatra e 2 (4%) indicavam grupo de suporte para paciente e parceiro e/ou família. Os demais, 8 (18%) eram referentes aos profissionais médicos e enfermeiros. A indicação de Terapia de reposição hormonal teve 7 citações (15%), uso de lubrificante foi citado em 2 artigos (4%), intervenção farmacológica com 1 citação (2%). Finalmente 23 artigos (50%) não citaram intervenção (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das intervenções conforme citações nos artigos. São Paulo, 2008.

Variável	Categoria	Nº	% em relação ao total de artigos
Intervenção	Acompanhamento e aconselhamento profissional	17	37
	Reposição hormonal	07	15
	Uso de lubrificante	02	04
	Intervenção farmacológica	01	02
	Não citado	23	50

* Um único artigo poderia citar mais de uma categoria

5.6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A seguir serão apresentados alguns pontos importantes do levantamento bibliográfico, nos quais os autores destacam algumas particularidades da vida sexual dos pacientes. Alguns sugerem tratamento e indicam os resultados obtidos em seus estudos, seja na avaliação geral de qualidade de vida pós-TMO ou especificamente na avaliação das disfunções sexuais.

Os achados foram divididos em 3 principais categorias que são: Qualidade de vida e sexualidade, Aparência e funcionamento sexual e Sugestões de tratamento e Intervenções.

5.6.1 Qualidade de vida & sexualidade

De acordo com MARKS et al. (1997), todos os aspectos da qualidade de vida podem ser afetados incluindo as áreas psicológica, social, sexual e profissional. Disfunção sexual é uma consequência do TMO particularmente

indesejada. Ela pode afetar as relações pessoais do paciente e serve como lembrete constante da doença e da possibilidade de morte. No entanto, é necessário muito trabalho para definir com precisão quais os aspectos do TMO que podem afetar a função sexual.

CONTEL et al. (2000), relatam que os pacientes submetidos ao TMO vivenciam alguns problemas singulares ao enfrentar o transplante. Eles começam a enfrentar a dor e muitas limitações, entre elas a perda ou prejuízo da capacidade produtiva, limitações das funções sexuais e da fertilidade, o desfiguramento, a dependência, o isolamento, a separação e a morte.

Para TORRANO-MASETTI et al. (2000), a fase de adaptação inicial oferece uma problemática complexa. Pode envolver alterações proprioceptivas e do esquema corporal, déficit cognitivo temporário, disfunções sexuais, etc. Esse conjunto de fatores pode dificultar a reinserção e reabilitação psicossocial.

ALMEIDA et al. (1998), demonstram que a sexualidade e as relações sexuais são preocupações mais presentes no grupo de adaptação a longo prazo. Possivelmente pelo fato destes pacientes já haverem superado os limites impostos pelo tratamento e, dessa maneira, terem espaço interno para se preocuparem com outros aspectos vitais.

Após um ano de tratamento, segundo DÓRO e PASQUINI (2000), quando os aspectos vitais foram superados, as dificuldades passaram a outro âmbito, isto é, à sexualidade e ao relacionamento social, que tomaram

um vulto significativo. Não é incomum o aparecimento ou a exacerbação da dificuldade sexual por vários meses seguidos.

Segundo MOLASSIOTIS et al. (1995), o ajustamento psicosexual foi surpreendentemente semelhante ao de outros doentes oncológicos tratados com menos quimioterapia agressiva. Como disfunção sexual e relações sexuais são contributos para a qualidade de vida em pacientes com câncer, espera-se que o limite de qualidade de vida dos sobreviventes do TMO ampliem a longo prazo.

No estudo de MASTROPIETRO et al. (2006), os resultados sobre tempo pós-TMO e sua relação direta com qualidade de vida foram similares aos encontrados nos trabalhos internacionais.

No estudo de MOLASSIOTIS (1997), os itens incluídos foram satisfação sexual, disfunção sexual, a frequência de atividades sexual, ou a qualidade dos relacionamentos interpessoais sexuais. Funcionamento sexual parece estar relacionado com preocupações presentes durante todo o tempo pós-TMO. Vida sexual é de grande importância para muitos sobreviventes, que afetam a percepção da sua qualidade de vida.

Um importante fator foi indicativo no que diz respeito do funcionamento sexual, incluindo itens tais como conflitos sexuais interpessoais ou a qualidade das relações sexuais. Neste período, questões sobre papéis sexuais e qualidade da atividade sexual entre os casais podem surgir. O fator final deste período foi afetado com perda de controle (itens como grau de controle sobre situações de dependência dos outros, ou tensão). Durante o terceiro ano, quando melhorias físicas são maximizadas,

sobreviventes com problemas de saúde poderão tornar-se mais preocupados com sua perda de autonomia e de independência e sentirem-se um fardo para outros, que, por sua vez, produz tensões (MOLASSIOTIS 1997).

Quanto à retomada das atividades sociais, o retorno ao emprego, mudanças na relação e funcionamento sexual, mais pacientes transplantados relatam uma piora, especificamente nos relacionamentos, e problemas em suas funções sexuais (ALTMAYER et al. 1991).

Preocupações com funcionamento sexual estavam também presentes neste período, com dois fatores distintos: os indivíduos tentando adaptar-se aos problemas sexuais que estão enfrentando e também buscando uma melhora na vida sexual como um resultado (itens como aumento da atividade sexual, ou satisfação sexual). Além disso, a dependência de outras pessoas, para quem ainda enfrenta problemas físicos ou desemprego, irá interferir na vida sexual, produzindo considerável conflito sexual interpessoal entre os casais (MOLASSIOTIS 1997).

O estudo de WATSON et al. (2004), confirma alguns achados em uma amostra muito maior anteriormente descrita, quanto ao severo impacto negativo do Alo-TMO no funcionamento sexual e na fertilidade.

Em resposta a uma série de questões que dizem respeito ao funcionamento sexual, 27% dos sobreviventes relataram que eles estavam descontentes com sua aparência e com o fato de não estarem preparados para as complicações antes do TMO. Entre 28 e 36% dos inquiridos declararam-se insatisfeitos com os seus recursos sexuais, habilidade para

compartilhar intimidade e calor, ou pensamentos no interesse sexual ou sentimentos. Mais de 26% (23% dos homens e 32% de mulheres) revelaram que tinham problemas físicos que reduziu sua satisfação com o sexo e a intimidade (BUSH et al. 1995).

SALEH e BROCKOPP (2001) demonstraram que 46% da sua amostra tinham moderados a graves problemas com força física e atividades sexuais. Relatórios de dificuldades com atividades sexuais eram comuns.

No estudo de WATSON et al. (1999), a imagem corporal também foi significativamente relacionada com a qualidade de vida, mas satisfação sexual não foi. A questão da qualidade de vida é importante para pacientes que estão a considerar o TMO autólogo. Os resultados sugerem que a qualidade de vida por 1 ano, na maioria dos pacientes (88%), retorna para um nível razoável e aceitável.

Sobreviventes ao TMO descreveram a sua QV como boa. Dependem, no entanto, de uma série de imparidades específicas de experiências funcionais após o transplante. Em particular, força física, atividades sexuais, o temor de o câncer reiniciar, o medo do desenvolvimento de um câncer secundário, o desemprego, a angústia familiar, e a incerteza sobre o futuro são relatados com alta incidência para os anos seguintes ao TMO. Claramente, os avanços do tratamento irão resultar em melhorias no nível de QV e funcionamento para estes pacientes. A investigação pós-TMO tem identificado áreas na QV que poderiam ser comprometidas após o TMO, mas, estudos mais aprofundados das áreas específicas de dificuldades (por

exemplo, o desemprego, a atividade sexual) seriam úteis (SALEH e BROCKOPP 2001).

No que diz respeito à satisfação com a vida, os sobreviventes eram relativamente muito satisfeitos na maioria das áreas de suas vidas. Os aspectos relativos à recuperação da vida física receberam os mais baixos índices de satisfação. Dificuldades sexuais também foram identificadas como uma área problemática para sobreviventes do TMO (BAKER et al. 1994).

Segundo GOTAY e MURAOKA (1998), embora muitos sobreviventes relatem uma moderada incidência de fadiga, dor, dificuldades do sono, emocional, sexual, e disfunção cognitiva, o nível de perigo associado a essas seqüelas foi baixa.

MOLASSIOTIS et al. (1995) demonstraram que muitos sobreviventes de longo prazo do TMO apresentaram alta disfunção psicosexual e comprometimento gonadais. Ajustamento psicosexual foi surpreendentemente semelhante à de outros pacientes com câncer tratados com quimioterapia menos agressiva. Impotência, falta de interesse sexual, imagem corporal alterada e baixa qualidade de vida sexual constituíram os principais aspectos da disfunção psicosexual nesta amostra, confirmando trabalhos anteriores. Metade dos pacientes estavam, em algum grau, insatisfeitos com sua atual vida sexual e um terço teve dificuldade erétil, confirmando dados anteriores. Incapacidade de atingir satisfação sexual é também relatada. Tanto a vida sexual e as relações sexuais são grandes contribuintes para a qualidade de vida em pacientes com câncer.

CONNER-SPADY et al. (2005), mostraram em seus resultados que, apesar da alta qualidade de vida e pontuação geral após o tratamento, os pacientes relataram problemas com interesse sexual. Dificuldades com interesse sexual e funcionamento sexual têm sido relatadas em pacientes com câncer de mama e outros pacientes com cânceres submetidos ao transplante de medula óssea. Neste estudo, que não mediu funcionamento sexual, diminuição do interesse sexual foi um problema para cerca de um terço dos pacientes após 1/2 anos seguintes ao tratamento, e foi relacionado com a idade e estado civil. Compreensivelmente, baixo interesse sexual pode causar mais perturbações potenciais para aqueles que estão casados ou em outros relacionamentos de longo prazo.

Os doentes que tinham sofrido TBI geralmente se tornaram estéreis. As mulheres sentem uma menopausa induzida. No entanto, funcionamento psicosexual foi encontrado como sendo semelhante à de outros pacientes com câncer, tratados com quimioterapia menos agressiva (MOLASSIOTIS 1995).

Problemas com o nível de energia, as dificuldades com o sono e a função cognitiva e sexual foram identificadas como comuns na amostra deste estudo. Estes incluem preocupações em relação às sensações de estarem tensos e ansiosos, vida sexual, dormir mal e outros por não compreenderem as necessidades, relacionamento com o cônjuge/companheiro, capacidade de ser carinhoso e se comunicar com o médico/enfermeiro (ANDRYKOWSKI et al. 1999).

Embora não significativa, os autores também observaram uma tendência entre os homens pós-TMO em relatar níveis mais altos de disfunção sexual. A única diferença detectada entre os participantes do sexo feminino foi com relação à imagem corporal e com a manutenção da quimioterapia que as mulheres relatam significativamente maiores preocupações (NEITZERT et al. 1998).

Segundo HAYDEN et al. (2004), o impacto adverso do transplante sobre funcionamento sexual é quase uma constatação universal. Seus dados revelaram diminuição do funcionamento sexual entre 33 e 38% dos inquiridos. A maioria do grupo etário mais jovem tinha o mesmo ou maior nível de atividade sexual pós-transplante, em comparação com o grupo mais velho. Os problemas psicosexual e grau de confusão e preocupação em relação à fertilidade destacam a necessidade de criação de um serviço dedicado a estas questões.

HARRIS et al. (2001) relatam que o resultado obtido em seu estudo é o primeiro documento de ginecomastia em pacientes que são submetidos ao TMO. Ginecomastia pode ser um sintoma associado à angustiante disfunção sexual além de ter origem multifatorial.

5.6.2 Aparência e funcionamento sexual

De acordo com MOLASSIOTIS (1997), dois importantes fatores precisam ser considerados na avaliação do funcionamento sexual em sobreviventes do TMO: diferenças entre sexo e idade. Problemas sexuais entre homens e as mulheres tendem a ser diferentes, tanto qualitativamente

como quantitativamente. Sobreviventes do TMO do sexo masculino são normalmente mais preocupados com as dificuldades relacionadas com a impotência e diminuição do interesse sexual, enquanto que as mulheres estão mais preocupadas com mudanças na imagem corporal, sintomas somáticos resultantes do tratamento ou os efeitos da menopausa induzida. A idade pode seguramente influenciar a sexualidade devido ao processo fisiológico do envelhecimento. Assim, funcionamento sexual pós-TMO deve ser alvo de discussão e intervenção precoce com os pacientes.

No estudo de SYRJALA et al. (1998), dos 102 pacientes da amostra final, todos eles relataram atividade sexual em algum momento durante o estudo, 92% indicaram que estavam pré-sexualmente ativos: 89% em 1 ano e 95% em 3 anos. Não houve diferenças na doença ou tratamento variáveis (GVHD, TBI ou tipo de transplante), ou na idade, ou função psicológica.

Aos 3 anos pós-TMO, problemas com excitação e lubrificação foram mais prevalentes nas mulheres (52%). Obter ereções (22%) e excitação (20%) foram os problemas mais comuns dos homens. Dificuldade com orgasmo foi acrescida especialmente para as mulheres, ao longo dos 3 anos, sendo que 14% relataram problemas pré e 46% em 3 anos. Problemas com lubrificação para as mulheres eram ainda maior em 3 anos do que no pré. Prevalências de outros problemas sexuais não mudaram significativamente a partir de 3 anos para homens ou mulheres (SYRJALA et al. 1998).

MUMMA et al. (1992), acreditam que as mulheres podem estar particularmente em risco, devido aos níveis mais baixos de estrogênio,

resultando em diminuição da lubrificação vaginal, vaginite, atrofia vaginal, e subsequente dispareunia. Assim, os resultados sugerem que os aspectos gerais da doença câncer, o tratamento, recuperação e experiência podem ser de primordial importância para prever certos aspectos do funcionamento psicosexual nos sobreviventes de leucemia aguda. Os resultados sugerem várias áreas psicosexuais problemáticas que podem ser encontradas em sobreviventes de leucemia aguda: 1) diminuição da satisfação sexual da mulher; 2) alteração da imagem corporal em ambos: homens e mulheres; 3) aumento de risco para disfunção psicosexual, associada à diminuição ou nível de energia e vigor e maiores níveis de distúrbios psicológicos e global; aumentaram em ruptura do relacionamento conjugal e/ou parceiro associado com mais dias passados no hospital.

Problemas sexuais e insatisfação sexual foram significativos nas vidas de sobreviventes de TMO nesta amostra, especialmente para a grande maioria das mulheres. Múltiplos indicadores demonstram que os problemas não melhoram com o tempo, mas sim que pareciam consolidar e generalizar outros aspectos ou fases da função sexual. Para as mulheres, em particular, se problemas sexuais não foram evitados ou resolvidos por 1 ano, as chances dos problemas se elevarem para 87% seriam igualmente presente nos 3 anos. Por três anos pós-transplante, dificuldades em interesse, excitação, orgasmo e satisfação foram altamente relatadas por mulheres, bem como por homens (SYRJALA et al. 1998).

No estudo de REDAELLI et al. (2003), foi demonstrado que o tratamento para LMA afeta adversamente a função sexual. Cerca de um terço dos sobreviventes de LMA tinham comprometimento da função sexual.

No momento da avaliação, 88% dos pacientes do estudo relataram nenhuma disfunção erétil. Apenas 2 dos 16 (12%) relataram freqüente perda da capacidade de atingir uma ereção espontaneamente ou com a estimulação física. Nenhum dos homens tinha uma completa perda de capacidade para atingir ereções. Quatro dos 16 (25%) tiveram uma moderada perda de interesse em atividades sexuais no momento da avaliação. Nenhum dos homens tinha uma total perda de interesse em atividades sexuais (SCHIMMER et al. 2001).

SCHIMMER et al. (2001), relatam que seis pacientes notaram algumas melhorias na sua libido entre os 6 meses que precederam a sua alta e no momento da sua avaliação. Em 1 caso, um paciente atribuiu a diminuição do interesse em atividades sexuais com receio de que o cateter de Hickman se saísse. Depois que o cateter foi removido o seu interesse em atividades sexuais retornou ao normal.

Ambos os pacientes com disfunção erétil e todos os 4 pacientes com diminuição da libido tinham doença de Hodgkin. Neste estudo realizado por SCHIMMER et al. (2001), 12% dos homens relataram significativa disfunção erétil, e 25% relataram uma moderada perda de interesse em atividades sexuais no momento da avaliação. A incidência de disfunção erétil encontrada no estudo é comparável ao da população em geral, mas a incidência de redução de libido entre pacientes de transplante parece maior

do que aquela em homens que não são submetidos a transplantes (SCHIMMER et al. 2001).

SCHIMMER et al. (2001), demonstram que a diminuição do nível de testosterona pode ser apenas 1 de vários contribuintes das causas de disfunção sexual que foi observado.

No estudo de WATSON et al. (1999), houve uma diferença significativa entre TMO alogênico e autólogo somente em pacientes com capacidade de ter relações sexuais, com mais alterações em pacientes submetidos ao TMO alogênico (ambos com aumentos e diminuições) na habilidade. Não há evidência significativa de que a diminuição da habilidade foi mais comum em doentes submetidos ao TMO alogênico. Não há provas significativas de que GVHD crônica tem um impacto negativo em funcionamento sexual, para cada das quatro variáveis.

A percentagem de doentes com GVHD com diminuições no funcionamento sexual foi maior do que aqueles sem GVHD. Outros sintomas considerados de impacto sobre o funcionamento sexual incluem funcionamento emocional e fadiga (WATSON et al. 1999).

SCHIMMER et al. (2001), concluem que após o auto-transplante, a maioria dos homens têm níveis de gonadotrofina anormais, e mais de um terço dos níveis de testosterona estão diminuídos. Nenhum dos homens nesta amostra relatou perda completa da função erétil ou total perda de interesse na atividade sexual, e a maioria descreveu sua função sexual após auto-transplante como normal.

Em 1 ano pós-TMO, 13% dos sobreviventes relataram que eles não estavam de todo satisfeitos com sua aparência, em comparação com o período pré-TMO. Este número manteve-se relativamente constante para os anos 2 (10%), 3 (7%) e 4 (10%). Mais concretamente, entre 41% e 53% de inquiridos em cada um dos 4 anos de avaliações revelaram que eles tinham problemas físicos que reduziram sua satisfação com o sexo e a intimidade (BUSH et al. 2000).

Problemas com ereção foram descritos por 24% dos homens neste estudo. Não houve evidentes explicações anatômicas ou fisiológicas para qualquer um destes. Disfunção erétil foi associada com idade avançada e maior intensidade do regime de condicionamento do transplante. Curiosamente, níveis séricos de testosterona e de auto-estima não foram associados com dificuldades eréteis (WINGARD et al. 1992).

Relatos de disfunção sexual não eram incomuns entre os pacientes. Entre um quinto e um quarto da amostra estava descontente com seu apelo sexual, capacidade de compartilhar calor e intimidade, ou no interesse sexual, pensamentos ou sentimentos, e cerca da metade percebia problemas físicos que reduziram sua satisfação com o sexo e intimidade (BUSH et al. 2000).

O estudo de WINGARD et al. (1992), demonstrou que 20 homens (24%) reportaram dificuldade com ereção e 11 (13%) tinham dificuldade com ejaculação. Dificuldade de ereção foi correlacionada com um curto tempo de transplante. Vinte e dois por cento dos indivíduos indicaram algum grau de descontentamento, 13% optaram por uma expressão facial neutra, e 65%

escolheram certo grau de satisfação. Para homens, dificuldade com ejaculação foi associada com inabilidade de atingir a satisfação sexual. Para mulheres, perda da menstruação mensal foi associada com baixa satisfação sexual. Não houve correlação entre o tempo de transplante e o grau de satisfação.

Para SPINELLI et al. (1994), seca vaginal, dispareunia e disúria são mais precoces e mais graves no TMO destinatários do que na menopausa fisiológica, possivelmente devido aos efeitos negativos da radiação sobre as mucosas e da possível ocorrência de GVHD. Estes sintomas devem ser tratados com terapia sistêmica de estrogênio e / ou vaginal.

Problemas sexuais, como a diminuição do interesse sexual e a relutância em retomar as relações sexuais têm sido relatados. Foi demonstrado anteriormente que atrofias e desordens inflamatórias vulvovaginais seguem o transplante de medula e, muito provavelmente contribui para a dispareunia. Terapia sistêmica ou tópica via vaginal com hormônio estrogênio reduz e, em seguida, suprime essas anormalidades ginecológicas, mas quase todas as mulheres têm experiência com a dispareunia por alguns meses e isso pode afetar a sua sexualidade, durante muito tempo (SPINELLI et al. 1994),

No estudo de VOSE et al. (1991), 16 dos pacientes (33%) reportaram uma subjetiva diminuição do desejo sexual após o transplante. Dezenove (40%) reportaram uma subjetiva diminuição na função sexual após o transplante, comparados com os níveis pré transplante. Dos 31 pacientes masculinos, 12 (39%) reportaram uma inabilidade para conseguir ereção,

pelo menos parte do tempo, e 11 (35%) reportaram uma inabilidade para ejacular. Dos pacientes do sexo feminino, 44% relataram uma incidência de ondas de calor após o transplante, e 6 (35%) tinham menstruação, embora todas fossem notificados como irregulares.

O efeito sobre a função sexual e reprodutiva, em ambos os pacientes dos sexos masculino e feminino foi relatada em alguns doentes. Neste estudo, entre os pacientes do sexo masculino, 35% relataram uma incidência de incapacidade para ejacular e 39% incapacidade para conseguir uma ereção. Múltiplas etiologias, incluindo as dificuldades psíquicas e físicas, devem ser consideradas e podem desempenhar um papel para as dificuldades sexuais após TMO (VOSE et al. 1991).

Ressecamento vaginal foi o mais comumente reportado. Somente 1 das 17 mulheres casadas no tempo de tratamento não reportaram ressecamento vaginal subsequente. Este sintoma teve um profundo efeito na função sexual. Vinte e dois doentes tinham tido relações sexuais no prazo de seis meses após o tratamento sendo que 20 desses experimentaram ressecamento vaginal e 18 experimentaram considerável dor conduzindo a dificuldades com as relações sexuais. Dois desses pacientes desenvolveram posteriormente vaginismo grave, o que tornou impossível as relações sexuais. Dezesseis estavam menos interessados em relações sexuais, e 14 apresentavam dificuldade em atingir orgasmo (CUST et al. 1989).

Segundo MONTI et al. (2003), os problemas sexuais são quase sempre causados por uma combinação de alterações fisiológicas e fatores psicológicos. A capacidade de ter uma ereção foi considerada boa em 14

pacientes (47%) e 24 (80%) relataram ereção suficiente para intercursos sexual. Intumescência peniana noturna foi relatada como freqüente por 15 pacientes, 25 pacientes declararam que a sua capacidade de atingir orgasmo era boa. Sexualidade foi considerada um problema por 10 pacientes (33%), mas nenhum paciente considerou sexualidade um grande problema.

De acordo com HUMPHREYS et al. (2007), a disfunção sexual na forma de falta de vontade, alteração da imagem corporal problemas físicos e de funcionamento é uma questão notória de doentes submetidos à TMO. Os participantes relataram mais dificuldades sexuais em termos de pré-orgasmo, secura vaginal, disfunção erétil e nas relações sexuais dolorosas para as mulheres. Em um ano, as mulheres no estudo relataram significativamente mais problemas em termos de dificuldades com o orgasmo e disfunção erétil.

Os resultados indicam que as mulheres são mais susceptíveis do que os homens para relatar dificuldades. Isto demonstra que as dificuldades sexuais são um tema significativo para pacientes que recebem este tratamento (HUMPHREYS et al. 2007).

Quarenta e sete por cento das mulheres tinham idade menor que 50 anos. Um terço das mulheres tinham tido problema com ressecamento vaginal sempre ou muitas vezes. Houve freqüência de outros problemas, tais como problemas com orgasmo ou ejaculação precoce em homens e dor durante a relação sexual, vaginismo e ausência de orgasmo em mulheres. Pouco se sabe, no entanto, acerca do funcionamento sexual antes do TMO.

Em estudo realizado, os pacientes experimentaram mais problemas sexuais após o transplante, em comparação com o período anterior ao TMO (CLAESSENS et al. 2006).

Aproximadamente menos da metade de todos os pacientes pré-transplante relataram disfunção sexual global e mais da metade estavam descontentes com a sua função sexual. Mais de três quartos dos pacientes tinham um ou mais parâmetros anormais na função sexual. Fortes associações foram observadas com transtornos de função erétil e ejaculatória. Se alguma terapia for indicada, nossos dados sugerem que deva começar logo após o diagnóstico (MARKS et al. 1996).

Os pacientes do sexo masculino submetidos ao TMO diferiram significativamente com respeito a dificuldades relacionadas com a impotência, apresentando mais problemas. Os pacientes do sexo feminino submetido ao TMO demonstraram diferenças quanto ao grau da imagem corporal alterada (MOLASSIOTIS et al. 1995).

No estudo de MARKS et al. (1997), 14 dos 30 pacientes tinham disfunção sexual global. Os parâmetros afetados mais comuns foram específicos, tais como fantasia, excitação e experiência. Orgasmo e desejo foram menos comumente afetados. Três dos 15 homens apresentaram anormalidades na ejaculação, todos tinham disfunção sexual global. Dois dos 15 homens tinham problemas com a função erétil; ambos tinham disfunção sexual. Um pouco mais da metade do grupo controle tiveram disfunção sexual total. Em resumo, a disfunção sexual é uma anomalia psicológica comum antes de TMO.

Segundo HEINONEN et al. (2001), o grau de GVHD foi significativamente associado a um menor bem-estar emocional entre os beneficiários do sexo feminino e com menos satisfação sexual entre os indivíduos do sexo masculino casados. Seis por cento dos homens e 68% das mulheres que viviam com o companheiro(a) relataram baixos índices de satisfação com a vida sexual. Os resultados indicam que a satisfação sexual entre os destinatários TMO do sexo masculino parece ser congruente com o nível de satisfação sexual através de relatos da população normal. Entre as mulheres em fase reprodutiva, no entanto, problemas quanto à satisfação sexual parecem ser nitidamente mais freqüentes do que na população em geral.

É importante observar, de acordo com CARLSON et al. (2001), que os sintomas mais incômodos dos doentes, em toda a trajetória da doença, foram psicológicos, em vez de físico; preocupação com o futuro, a ansiedade durante o tratamento, e preocupação geral, diminui o interesse sexual.

Quase metade do grupo TMO estava descontente com sua atual vida sexual. Enquanto 38% relataram baixo interesse sexual, 21% dos sobreviventes do TMO relataram imagem corporal alterada, 38% tinham problemas relacionados à impotência, incluindo dificuldade erétil. Dezesete por cento dos pacientes afirmaram que estavam enfrentando dificuldades moderada no seu ajuste psicosexual global (NEITZERT et al. 1998).

Os pacientes que receberam TBI tinham a sexualidade comprometida com mais freqüência do que aqueles que não recebem TBI e nenhuma das comparações alcançou estatística significativa. Pode-se admitir a hipótese de

vários fatores para explicar a maior frequência de disfunção sexual pós-TMO alogênico em especial, como o uso do TBI durante o condicionamento, ou a ocorrência de GVHD aguda (ZITTOUN et al. 1997).

O GVHD que acomete a vulva e a vagina pode causar secura vaginal, dor na relação sexual, estenose, eritema e falência ovariana. Pacientes femininas podem ter anovulação, baixo nível de estrógeno e elevação sérica de gonadotropina (FLOWERS e KANSU 2000).

No que diz respeito à comparação entre o sexo feminino e masculino, conforme CHIODI et al. (2000), a QV global não foi significativamente diferente. As fêmeas apresentaram decremento maior nas relações sexuais e distúrbios psicológicos. Perda da função gonadal, tratamento crônico e GVHD afetaram significativamente o funcionamento sexual e a satisfação. Esses sintomas persistem para além dos 5 anos. GVHD vaginal e secura vaginal, resultantes de insuficiência ovárica são responsáveis por relações sexuais dolorosas e por vezes, impossíveis.

Diminuição de libido pode ter uma variedade de causas, por exemplo, a perda da imagem corporal. Embora 10% dos homens relataam anormalidades eréteis prolongada ou problemas de ejaculação, eles pareciam estar mais satisfeitos do que as mulheres com relações sexual global. Além disso, o regime pode induzir lesões testiculares em homens condicionados com baixos níveis de testosterona e também insuficiência arteriovenosa dos corpos cavernosos (CHIODI et al. 2000).

5.6.3 Sugestões de tratamento e intervenções

Conforme ANDRYKOWSKI et al. (1999), para maximizar a eficácia do tratamento das disfunções sexuais, as intervenções dirigidas a um problema específico devem ser entregues no momento em que o problema é notório. Assim, as intervenções tardias, abordando questões emergentes, como a função sexual ou relacionamentos com cônjuge/companheiro, podem produzir resultados pobres quando implementados muito cedo no curso de recuperação pós-TMO.

As mulheres que não receberam TRH por 1 ano ficaram extremamente insatisfeitas sexualmente, enquanto que as mulheres que receberam TRH em 3 anos estavam mais satisfeitas sexualmente. Isto sugere que quaisquer tratamentos podem melhorar o funcionamento sexual para as mulheres (SYRJALA et al. 1998).

A maioria dos pacientes (64%) considerou que as informações dadas pelos seus médicos sobre a seqüela de terapia sexual era insuficiente e 74% afirmou que tinham recebido aconselhamento insuficiente quanto aos problemas sexuais. Estes dados reforçam a importância da avaliação da função sexual do paciente durante o acompanhamento e proporcionar aconselhamento aos doentes que relatar problemas (MONTI et al. 2003).

SYRJALA et al. (1998) enfatizam que os homens e as mulheres precisam de preparação para o aumento da possibilidade de tais dificuldades. Os médicos têm de dizer aos pacientes os tipos de problemas que devem ser notificados e aumentar as avaliações do funcionamento sexual no acompanhamento do tratamento. Dada a prevalência de

problemas sexuais, o uso de lubrificantes e outras intervenções são necessários, além de acompanhamento contínuo dos sintomas que podem reagir a ajustamentos da TRH. Intervenções pedagógicas, comportamentais e mecânicas precisam ser oferecidas no primeiro ano após o transplante.

MARKS et al. (1996) relatam que em seu estudo não foi medido os níveis de testosterona e estrogênio, que pode correlacionar com a satisfação sexual. Mais estudos são necessários para determinar qual terapia médica ou psicológica poderá reverter esta disfunção sexual.

Segundo SYRJALA et al. (1998), conselhos práticos sobre a sexualidade e câncer escrito para homens e mulheres, é recomendado por médicos para intervenção comportamental e investigação do funcionamento sexual nos sobreviventes de câncer. No entanto, é necessário um estudo que reporte a resultados encorajadores e que tenha breve informação sexual que, combinada com métodos de enfrentamento e redução da ansiedade durante o coito, realize melhorias substanciais na frequência das relações e no retorno à atividade sexual para as mulheres que sobreviveram ao câncer. Tratamentos modelos de sobreviventes de TMO precisam urgentemente ser desenvolvidos e testados para melhorar estes inaceitáveis elevados níveis de problemas.

CHIODI et al. (2000) sugere que, para reduzir a incidência de morbidade sexual, homens e mulheres devem receber aconselhamento sexual precoce e apoio antes da realização do transplante.

WATSON et al. (1999), relatam que o manejo de pacientes com disfunção sexual e perda de fertilidade pode ser abordado de várias

maneiras. Se o transplante de medula óssea é um dos principais tratamentos em pacientes com LMA em primeira remissão completa, é necessária uma abordagem vigorosa para garantir que os problemas de saúde sexual nos sobreviventes sejam avaliados e, se possível, tratado proativamente.

As recentes evoluções técnicas incluem banco de óvulos, banco de esperma, fertilização in vitro, inseminação artificial, e terapias hormonais para corrigir o desequilíbrio causado pelo tratamento relacionado com o comprometimento da função gonadal. Os pacientes, cujos problemas emocionais podem envolver um elemento psicológico, devem ser encaminhados para aconselhamento específico. Unidades de transplantes devem ter uma interligação com uma psiquiatria terapêutica, psicólogo clínico, psicoterapeuta ou consulta anexada com base em habilidades de orientações em relações sexuais (WATSON et al. 1999).

WATSON et al. (1999), descrevem que uma adequada anamnese deve estabelecer se os problemas psicosexuais são preexistentes ou decorrentes do impacto causado pelo tratamento, e uma intervenção precoce deve ser oferecida. Avaliação em longo prazo deveria incluir a avaliação sistemática da saúde sexual e as questões relacionadas com a fertilidade. Isto precisa ser proativamente avaliado por médicos, porque muitos doentes estão demasiadamente envergonhados para voluntariamente pedirem esta informação e, em alguns casos, não terem certeza se isto é algo que podem legitimamente abordar com seu

oncologista. Todas estas abordagens representam opções para tratar efeitos iatrogênicos em sobreviventes do TMO.

Existe uma alternativa a considerar: a informação a partir deste estudo, juntamente com o conhecimento do impacto do TMO em pacientes de diferentes grupos de risco, contribui para informá-los sobre que linha de tratamento pode ser mais adequada. Deve, se possível, discutir essas opções com eles para delinear claramente os custos e benefícios baseados nas evidências publicadas, considerando que o TMO pode ter um impacto adverso sobre a saúde sexual dos sobreviventes (WATSON et al. 1999).

HENGVELD et al. (1988), relatam que embora a maioria considerava-se bem informada a respeito das restrições em seus hábitos de vida, 12 pacientes pensaram que não estavam suficientemente preparados para essas complicações, especialmente na esfera psicológica e sexual.

WINGARD et al. (1992) descrevem que devido a um terço dos sobreviventes que não estarem felizes com sua capacidade de atingir satisfação sexual, os médicos clínicos devem incluir uma avaliação da sexualidade na avaliação global de sobreviventes de transplante de medula óssea. A constatação de que apenas uma minoria de homens e mulheres tinham tido uma avaliação gonadal, seria um incentivo primordial para médicos e pacientes, pois indica uma necessidade de abordagens mais criativas, além de escritas e verbais. Várias sugestões para uma metodologia de avaliação e de intervenção em sobreviventes de câncer têm sido propostas.

SPINELLI et al. (1994), descrevem que durante a primeira entrevista foi sugerido o uso de gel lubrificante. Os autores também advertiram os pacientes para tranquilizá-los, que eles poderiam sentir dor ou dificuldade no primeiro intercuro, mas que isto seria temporário. Esta comunicação é utilizada especialmente para incentivar os pacientes a falar livremente sobre a sua sexualidade.

A fim de reduzir os efeitos adversos do TMO sobre a sexualidade, é imperativo que o paciente esteja corretamente informado, com antecedência, sobre a possibilidade de insuficiência gonadal e esterilidade, devido à radioterapia. Depois que esses efeitos tornarem-se evidentes, o tratamento hormonal com a administração sistêmica pode melhorar a vida sexual, e a supressão da dispareunia e terapia sexual podem ser igualmente úteis. A maioria das pessoas experimenta uma deterioração da sua própria vida sexual por um longo período de tempo. Habitualmente, os pacientes estão satisfeitos em falar sobre sua própria vida sexual, e certamente é útil abordar o assunto logo após o TMO (SPINELLI et al. 1994).

No estudo de CUST et al. (1989), dezenove dos 36 pacientes procuraram ajuda médica para os seus problemas: 11 deles a partir do hospital, três a partir do médico da família, e cinco de ambos. Em retrospectiva, 22 teriam gostado de discutir seus problemas com um conselheiro e identificaram que o melhor tempo foi imediatamente após o tratamento. Informações sobre terapia hormonal estavam disponíveis para 34 dos 36 pacientes e foi prescrita para 30 pacientes.

MUMMA et al. (1992), sugerem que uma intervenção oportuna pelo médico ou enfermeiro pode atenuar alguns desses problemas. Intervenção depende, em primeiro lugar, da capacidade do profissional para perguntar sobre problemas sexuais, o quê, provavelmente, não será levantada pelo próprio paciente.

Informação e aconselhamento sobre formas de tratamento podem afetar a vida sexual e, especialmente com pacientes jovens, podem ajudá-los a lidar com dificuldades sexuais. Empregar intervenções psicológicas em tempo hábil pode melhorar a qualidade de vida, não apenas no curto prazo, ou durante o tratamento ativo, mas também a longo prazo (CONNER-SPADY et al. 2005).

HEINONEN et al. (2001), sugerem intervenções para aumentar a aplicação de hormônios. O estudo indicou que a terapêutica hormonal de substituição, por si só, pode não ser suficientemente eficaz, considerando que, no presente estudo, a maior parte da população do sexo feminino teve a terapêutica hormonal de substituição. Sabendo que as mulheres têm mais probabilidade de experimentar diminuição da satisfação sexual após o tratamento é importante, durante o processo, um consentimento prévio, bem como a reabilitação no pós-tratamento.

A utilização do TRT andropausal em homens com disfunção sexual não tem sido estabelecida na rotina clínica. Em seguida, um teste terapêutico com testosterona terapêutica de substituição com 3-6 meses, pode ser dada em pacientes sintomáticos para determinar qualquer efeito benéfico sobre a disfunção sexual, libido diminuída e, principalmente,

intumescência noturna. Esses pacientes devem ter ultra-sonografia prostática para excluir hiperplasia prostática, que pode agravar com a TRT (CHATTERJEE et al. 2001).

Para HJERMSTAD et al. (1999), questões relacionadas com a sexualidade devem ser abordadas quando os pacientes estão chegando para o acompanhamento médico. Às vezes, pensamos não ser o caso, devido às limitações de tempo, transtorno e, muitas vezes, incompetência.

NEITZERT et al. (1998), sugerem que pesquisas futuras devem também continuar a análise do impacto do TMO no funcionamento sexual e sofrimento psíquico, com particular ênfase nas comparações com controles saudáveis e de outros grupos de câncer. Os resultados preliminares sugerem que TRH é uma opção viável e benéfica no tratamento, reduzindo distúrbios sexuais, apesar da investigação nesta área ser limitada.

6 DISCUSSÃO

Considerando que o TMO hoje é um dos principais tratamentos para as mais diversas patologias onco-hematológicas e diante do levantamento bibliográfico que foi analisado, podemos considerar de extrema importância o impacto que a disfunção sexual causa na qualidade de vida pós-TMO.

As disfunções sexuais tornam-se uma preocupação importante para os pacientes pós-transplante, em longo prazo, quando pontos mais importantes e vitais já foram superados nos primeiros anos após o procedimento. Geralmente os problemas aumentam de 1 para 3 anos pós-transplante (SYRJALA et al. 1998).

Como já esperava-se dos artigos encontrados na base de dados Lilacs, todos os estudos eram relacionados à área de psicologia e psiquiatria, não existindo trabalhos realizados por enfermeiros e poucos abordavam, especificamente, o tema disfunção sexual, porém, demonstram a importância da equipe assistencial para amenizar os anseios das complicações pós-TMO, dentre elas, as disfunções sexuais.

Dos 46 artigos analisados, 5 estavam no idioma português e somente 6 artigos foram publicados no Brasil. Isto demonstra a importância de realizarmos trabalhos direcionados que avaliem a qualidade de vida pós-TMO, especificamente os tópicos que interferem na vida sexual.

A base de dados CINAHL contribuiu com apenas 2 artigos, que se repetiram na base de dados Medline. Porém, a base de dados Medline

contribuiu com 40 artigos de conteúdo diversificado, alguns abordando especificamente as disfunções sexuais, outros, citando-as apenas como complicação tardia do TMO. O mais interessante é que muitos desses artigos foram publicados por enfermeiras.

Um dado importante foi constatado após o término da seleção dos resumos: a maioria (89,1%) dos artigos é da língua inglesa, o que pode dificultar o acesso à pesquisa por muitos profissionais que não dominam tal idioma.

Porém de acordo com o levantamento bibliográfico realizado este é um tema de fundamental impacto na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao TMO e merece fundamental atenção por pesquisadores da área onco-hematológica, necessitando de pesquisas específicas que demonstrem resultados que venham auxiliar na prática clínica.

Conforme relata MUMMA et al. (1992), o stress psicológico, em forma de tensão e depressão, está associado à baixa satisfação sexual de muitos pacientes. Por isso, muitos trabalhos sugerem a importância da presença de um profissional psicólogo durante todo o período do transplante, inclusive no pós-TMO, para oferecer suporte emocional aos pacientes diante das alterações que ocorrerão.

Muitos autores concordam que a DECH tem um forte impacto na função sexual (WATSON et al. 1999). E o tipo de transplante mais estudado foi o alogênico, possivelmente devido à incidência de DECH que atinge diretamente a mucosa vaginal, provocando ressecamento, vaginite e dor durante o ato sexual.

As mulheres têm mais iniciativa para discutir os problemas sexuais quando este é abordado, porém, os resultados demonstram que os homens são mais satisfeitos sexualmente do que elas. Além disso, as mulheres são mais atingidas por problemas da esfera psicológica do que física, por exemplo, a alteração da imagem corporal com a alopecia e o emagrecimento pós-tratamento.

Dentre todas as intervenções citadas nos artigos, o acompanhamento e aconselhamento profissional especializado foi o mais mencionado pelos autores. Destacam a importância da preparação da equipe oncológica para abordarem os pacientes já na fase pré-transplante, com o intuito de identificar possíveis alterações pré-existent na vida sexual, podendo comparar com achados prévios e auxiliar nas futuras e prováveis disfunções sexuais.

Uma questão importante que deve ser abordada é sobre muitos estudos terem identificado um descontentamento do paciente com relação às orientações que recebiam na fase pré-tratamento. Muitos consideraram insuficientes as informações que recebiam da equipe assistencial sobre as alterações que ocorreriam na vida sexual na fase pós-transplante. Isto pode demonstrar como os profissionais não estão preparados para abordarem as disfunções sexuais, e a assistência oferecida aos pacientes que realizam transplante de medula óssea, seja autólogo, alogênico ou singênico, é falha nos mais diversos países ao redor do mundo.

Em nossa prática clínica, a aplicação de instrumentos de avaliação como os critérios comuns de toxicidade (ver quadro1), proposto pelo

National Cancer Institute (NCI) e traduzido por SAAD em 2002, parece não ser de conhecimento de todos os profissionais durante sua atuação clínica. Este instrumento abrange e avalia os pontos importantes e fundamentais que podem alterar de forma significativa a vida sexual dos pacientes, além de proporcionar a padronização de medidas de avaliação, acrescentando qualidade ao trabalho assistencial realizado por enfermeiros oncológicos.

Alguns autores consideraram suas amostras muito pequenas para analisar adequadamente o impacto que a disfunção sexual causa na qualidade de vida dos pacientes. Porém, muitos são concisos em indicar a realização de novas pesquisas que abranjam adequadamente as alterações hormonais masculinas e femininas no período pós-TMO, podendo levar a dados mais conclusivos relacionados à estas alterações.

Diversos autores demonstraram em seus estudos um importante comprometimento na vida sexual dos pacientes, comprovando a necessidade de estudos mais aprofundados do atual tema, podendo assim ajudar os pacientes a compreenderem as modificações que ocorrerão no período após o tratamento.

7 CONCLUSÃO

- Foi realizada uma revisão de literatura não-sistemática sobre a disfunção sexual pós-transplante de medula óssea, com identificação de 398 resumos. A partir da metodologia proposta, foram analisados 46 artigos neste estudo.
- As disfunções sexuais têm um forte impacto na qualidade de vida pós-transplante de medula óssea e estão presentes neste período, atingindo o sexo feminino e masculino nas mais diversas intensidades. Estas disfunções vão desde problemas físicos, decorrente do tratamento, como problemas psicológicos que afetam diretamente a vida sexual dos sobreviventes.
- As principais intervenções, descritas na literatura, a serem oferecidas aos pacientes foram: acompanhamento e aconselhamento profissional, terapia de reposição hormonal, uso de lubrificante antes do ato sexual e intervenção farmacológica. É necessário que o Enfermeiro oncológico esteja preparado para abordar o paciente no período pré, trans e pós-transplante, com o objetivo de orientá-lo sobre o impacto que o TMO causa na vida sexual, estimulando-o a formular questionamentos que possam ser atendidos pela equipe multidisciplinar.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida AC; Loureiro SR; Voltarelli JC. O ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto** 1998; 31:296-304.

Altmaier EM, Gingrich RD, Fyfe MA. Two-year adjustment of bone marrow transplant survivors. **Bone Marrow Transplant** 1991; 7:311-6.

Andrykowski MA, Cordova MJ, Hann DM, Jacobsen PB, Fields KK, Phillips G. Patients' psychosocial concerns following stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplant** 1999; 24:1121-9.

Azevedo WM. Transplante de medula óssea. In: Pereira WA, editores. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. p.337-48.

Baker F, Wingard JR, Curbow B, et al. M. Quality of life of bone marrow transplant long-term survivors. **Bone Marrow Transplant** 1994; 13:589-96.

Bush NE, Donaldson GW, Haberman MH, Dacanay R, Sullivan KM. Conditional and unconditional estimation of multidimensional quality of life after hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal follow-up of 415 patients. **Biol Blood Marrow Transplant** 2000; 6:576-91.

Bush NE, Haberman M, Donaldson G, Sullivan KM. Quality of life of 125 adults surviving 6-18 years after bone marrow transplantation. **Soc Sci Med** 1995; 40:479-90.

Carlson LE, Koski T, Glück S. Longitudinal effects of high-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation on quality of life in the treatment of metastatic breast cancer. **Bone Marrow Transplant** 2001; 27:989-98.

Chatterjee R, Kottaridis PD, McGarrigle HH, et al. Patterns of Leydig cell insufficiency in adult males following bone marrow transplantation for haematological malignancies. **Bone Marrow Transplant** 2001; 28:497-502.

Chiodi S, Spinelli S, Ravera G, Petti AR, Van Lint MT, Lamparelli T, Gualandi F, Occhini D, Mordini N, Berisso G, Bregante S, Frassoni F, Bacigalupo A. Quality of life in 244 recipients of allogeneic bone marrow transplantation. **Br J Haematol** 2000; 110:614-9.

Claessens JJ, Beerendonk CC, Schattenberg AV. Quality of life, reproduction and sexuality after stem cell transplantation with partially T-cell-depleted grafts and after conditioning with a regimen including total body irradiation. **Bone Marrow Transplant** 2006; 37:831-6.

Conner-Spady BL, Cumming C, Nabholz JM, Jacobs P, Stewart D. A longitudinal prospective study of health-related quality of life in breast cancer patients following high-dose chemotherapy with autologous blood stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplant** 2005; 36:251-9.

Contel JO, Sponholz JRA, Torrano-Masetti LM, et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto** 2000; 33: 294-311.

Cust MP, Whitehead MI, Powles R, Hunter M, Milliken S. Consequences and treatment of ovarian failure after total body irradiation for leukaemia. **BMJ** 1989; 299:1494-7.

Denardi UA, Vanessa OC, Machado LN. Total body irradiation. In: Machado LN, Camandoni VO, Leal KPH, Moscatello ELM, editores. **Transplante de medula óssea abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Lemar; 2009. p.189-202.

Dóro MP, Pasquini R. Transplante de Medula Óssea: uma confluência biopsicossocial. **interAção** 2000; 4: 39-60.

Flowers MED, Kansu E. Late complications of hematopoietic stem cell transplantation. **Medicina, Ribeirão Preto** 2000; 33:415-432.

Gotay CC, Muraoka MY. Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. **J Natl Cancer Inst** 1998; 90:656-67.

Harris E, Mahendra P, McGarrigle HH, Linch DC, Chatterjee R. Gynaecomastia with hypergonadotrophic hypogonadism and Leydig cell insufficiency in recipients of high-dose chemotherapy or chemo-radiotherapy. **Bone Marrow Transplant** 2001; 28:1141-4.

Hayden PJ, Keogh F, Ni Conghaile M, et al. A single-centre assessment of long-term quality-of-life status after siblingallogeneic stem cell transplantation for chronic myeloid leukaemia in first chronic phase. **Bone Marrow Transplant** 2004; 34:545-56.

Heinonen H, Volin L, Uutela A, Zevon M, Barrick C, Ruutu T. Gender-associated differences in the quality of life after allogeneic BMT. **Bone Marrow Transplant** 2001; 28:503-9.

Hengeveld MW, Houtman RB, Zwaan FE. Psychological aspects of bone marrow transplantation: a retrospective study of 17 long-term survivors. **Bone Marrow Transplant** 1988; 3:69-75.

Hjermstad M, Holte H, Evensen S, Fayers P, Kaasa S. Do patients who are treated with stem cell transplantation have a health-related quality of life comparable to the general population after 1 year? **Bone Marrow Transplant** 1999; 24:911-8.

Humphreys CT, Tallman B, Altmaier EM, Barnette V. Sexual functioning in patients undergoing bone marrow transplantation: a longitudinal study. **Bone Marrow Transplant** 2007; 39:491-6.

Marks DI, Crilley P, Nezu CM, Nezu AM. Sexual dysfunction prior to high-dose chemotherapy and bone marrow. **Bone Marrow Transplant** 1996; 17:595-9.

Marks DI, Friedman SH, Delli Carpini L, Nezu CM, Nezu AM. A prospective study of the effects of high-dose chemotherapy and bone marrow transplantation on sexual function in the first year after transplant. **Bone Marrow Transplant** 1997; 19:819-22.

Mastropietro AP, Oliveira EA, Santos MA, Voltarelli JC. Functional assessment of cancer therapy bone marrow transplantation: tradução e validação. **Rev Saúde Pública** 2007; 41: 260-8.

Molassiotis A, van den Akker OB, Milligan DW, Boughton BJ. Gonadal function and psychosexual adjustment in male long-term survivors of bone marrow transplantation. **Bone Marrow Transplant** 1995; 16:253-9.

Molassiotis A. Psychosocial transitions in the long-term survivors of bone marrow transplantation. **Eur J Cancer Care (Engl)** 1997; 6:100-7.

Molassiotis A. Quality of life following bone marrow transplant. **Nurs Times** 1995; 91:38-9.

Monti M, Rosti G, De Giorgi U, et al. Sexual functions after high-dose chemotherapy in survivors of germ cell tumors. **Bone Marrow Transplant** 2003; 32:933-9.

Mumma GH, Mashberg D, Lesko LM. Long-term psychosexual adjustment of acute leukemia survivors: impact of marrow transplantation versus conventional chemotherapy. **Gen Hosp Psychiatry** 1992; 14:43-55.

Neitzert CS, Ritvo P, Dancey J, Weiser K, Murray C, Avery J. The psychosocial impact of bone marrow transplantation: a review of the literature. **Bone Marrow Transplant** 1998; 22:409-22.

Redaelli A, Stephens JM, Brandt S, Botteman MF, Pashos CL. Short- and long-term effects of acute myeloid leukemia on patient health-related quality of life. **Cancer Treat Rev** 2004; 30:103-17.

Saad ED, Holf PM, Cernelós RP. Critérios comuns de toxicidade do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos. **Rev Bras Cancerol** 2002; 48:63-96.

Saleh US, Brockopp DY. Quality of life one year following bone marrow transplantation: psychometric evaluation of the quality of life in bone marrow transplant survivors tool. **Oncol Nurs Forum** 2001; 28:1457-64.

Schimmer AD, Ali V, Stewart AK, Imrie K, Keating A. Male sexual function after autologous blood or marrow transplantation. **Biol Blood Marrow Transplant** 2001; 7:279-83.

Seber A, Mendes WL. Transplante de medula. In: Lopes A, Iyeyasu H, Castro RMRPS, editores. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Tecmedd; 2008. p.643-51.

Silva LMG. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2001; 9:75-82.

Souza CA. Qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante alogênico de medula óssea. **Rev Bras Hematol Hemoter** 2003; 25:3-4.

Souza CA. **Transplante de medula óssea**. Disponível em: <URL:<http://www.abrale.org.br>>. [2008 jun 10].

Spinelli S, Chiodi S, Bacigalupo A, et al. Ovarian recovery after total body irradiation and allogeneic bone marrow transplantation: long-term follow up of 79 females. **Bone Marrow Transplant** 1994; 14:373-80.

Syrjala KL, Roth-Roemer SL, Abrams JR, Scanlan JM, Chapko MK, Visser S, Sanders JE. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long-term survivors of marrow transplantation. **J Clin Oncol** 1998; 16:3148-57.

Torrano-Masetti LM, Oliveira EA, Santos MA. Atendimento psicológico numa unidade de transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto** 2000; 33: 161-169.

Vose JM, Kennedy BC, Bierman PJ, Kessinger A, Armitage JO. Long-term sequelae of autologous bone marrow or peripheral stem cell transplantation for lymphoid malignancies. **Cancer** 1992; 69:784-9.

Watson M, Buck G, Wheatley K, et al. Medical Research Council AML 10 trial. Adverse impact of bone marrow transplantation on quality of life in acute myeloid leukaemia patients; analysis of the UK Medical Research Council AML 10 Trial. **Eur J Cancer** 2004; 40:971-8.

Watson M, Wheatley K, Harrison GA, et al. Severe adverse impact on sexual functioning and fertility of bone marrow transplantation, either allogeneic or autologous, compared with consolidation chemotherapy alone: analysis of the MRC AML 10 trial. **Cancer** 1999; 86:1231-9.

Wingard JR, Curbow B, Baker F, Zabora J, Piantadosi S. Sexual satisfaction in survivors of bone marrow transplantation. **Bone Marrow Transplant** 1992; 9:185-90.

Zittoun R, Suciu S, Watson M, et al. Quality of life in patients with acute myelogenous leukemia in prolonged first complete remission after bone marrow transplantation (allogeneic or autologous) or chemotherapy: a cross-sectional study of the EORTC-GIMEMA AML 8A trial. **Bone Marrow Transplant** 1997; 20:307-15.

Apêndice 1 - Ficha utilizada para análise dos artigos

Dados Gerais

Ano de publicação (ANPUBL): _____

Idioma de publicação (IDPUBL):

1 () inglês 2 () espanhol 3 () português

País de publicação (PAPUBL):

1 () Brasil 2 () Estados Unidos 3 () Inglaterra 4 () outro

Tipo de estudo (TIPEST):

1 () Estudo clínico 2 () Revisão de literatura 3 () Recomendação
4 () outro

Base de dados (BASE):

1 () LILACS 2 () Medline 3 () CINAHL

Dados específicos

Tipo de transplante (TITRANS):

1 () autólogo 2 () alogênico 3 () singênico 4 () autólogo e
alogênico 5 () autólogo, alogênico e singênico 6 () Não se aplica
7 () não citado

Idade do paciente disfunção (IDAPTE):

1) Idade mínima: 2) Idade máxima:

Sexo (SEXO):

1 () feminino 2 () masculino 3 () ambos 6 () não se
aplica

Diagnóstico de base (DIAGBS):

1 () Leucemias 2 () Linfomas 3 () Anemia Aplásica 4 () Mieloma
5 () Mielodisplasia 6 () não se aplica 7 () Tumores sólidos
8 () mielofibrose 9 () outros 10 () não citado

Disfunção (DISF):

1 () problemas com excitação, ejaculação, ereção e orgasmo
2 () ressecamento vagina 3 () dor 4 () atrofia vaginal
5 () alteração da imagem corporal 6 () diminuição do
interesse, satisfação e atividade sexual 7 () não citado

Período de avaliação após o TMO: (PAPT):

- 1 () até 5 anos 2 () até 10 anos 3 () até 15 anos
4 () mais de 15 anos 5 () não citado 6 () Não se aplica

Intervenção (INTERV):

- 1 () acompanhamento e aconselhamento profissional 2 () terapia de
reposição hormonal 3 () uso de lubrificante 4 () intervenção
farmacológica 7 () não citado

Pontos importantes:

Apêndice 2 – Listagem das 46 referências bibliográficas analisadas no trabalho

1. Almeida AC; Loureiro SR; Voltarelli JC. O ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto** 1998; 31:296-304.
2. Altmaier EM, Gingrich RD, Fyfe MA. Two-year adjustment of bone marrow transplant survivors. **Bone Marrow Transplant** 1991; 7:311-6.
3. Andrykowski MA, Cordova MJ, Hann DM, Jacobsen PB, Fields KK, Phillips G. Patients' psychosocial concerns following stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplant** 1999; 24:1121-9.
4. Badell I, Igual L, Gomez P, et al. Quality of life in young adults having received a BMT during childhood: a Getmon study. **Bone Marrow Transplant** 1998; 2:68-71.
5. Baker F, Wingard JR, Curbow B, et al. M. Quality of life of bone marrow transplant long-term survivors. **Bone Marrow Transplant** 1994; 13:589-96.
6. Bush NE, Donaldson GW, Haberman MH, Dacanay R, Sullivan KM. Conditional and unconditional estimation of multidimensional quality of life after hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal follow-up of 415 patients. **Biol Blood Marrow Transplant** 2000; 6:576-91.
7. Bush NE, Haberman M, Donaldson G, Sullivan KM. Quality of life of 125 adults surviving 6-18 years after bone marrow transplantation. **Soc Sci Med** 1995; 40:479-90.

8. Carlson LE, Koski T, Glück S. Longitudinal effects of high-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation on quality of life in the treatment of metastatic breast cancer. **Bone Marrow Transplant** 2001; 27:989-98.
9. Chao NJ, Tierney DK, Bloom JR, et al. Dynamic assessment of quality of life after autologous bone marrow transplantation. **Blood** 1992; 80:825-30.
10. Chatterjee R, Kottaridis PD, McGarrigle HH, et al. Patterns of Leydig cell insufficiency in adult males following bone marrow transplantation for haematological malignancies. **Bone Marrow Transplant** 2001; 28:497-502.
11. Chiodi S, Spinelli S, Ravera G, Petti AR, Van Lint MT, Lamparelli T, Gualandi F, Occhini D, Mordini N, Berisso G, Bregante S, Frassoni F, Bacigalupo A. Quality of life in 244 recipients of allogeneic bone marrow transplantation. **Br J Haematol** 2000; 110:614-9.
12. Claessens JJ, Beerendonk CC, Schattenberg AV. Quality of life, reproduction and sexuality after stem cell transplantation with partially T-cell-depleted grafts and after conditioning with a regimen including total body irradiation. **Bone Marrow Transplant** 2006; 37:831-6.
13. Conner-Spady BL, Cumming C, Nabholz JM, Jacobs P, Stewart D. A longitudinal prospective study of health-related quality of life in breast cancer patients following high-dose chemotherapy with autologous blood stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplant** 2005; 36:251-9.

14. Contel JO, Sponholz JRA, Torrano-Masetti LM, et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto** 2000; 33: 294-311.
15. Cust MP, Whitehead MI, Powles R, Hunter M, Milliken S. Consequences and treatment of ovarian failure after total body irradiation for leukaemia. **BMJ** 1989; 299:1494-7.
16. Dóro MP, Pasquini R. Transplante de Medula Óssea: uma confluência biopsicossocial. **interAção** 2000; 4: 39-60.
17. Flowers MED, Kansu E. Late complications of hematopoietic stem cell transplantation. **Medicina, Ribeirão Preto** 2000; 33:415-432.
18. Gotay CC, Muraoka MY. Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. **J Natl Cancer Inst** 1998; 90:656-67.
19. Harris E, Mahendra P, McGarrigle HH, Linch DC, Chatterjee R. Gynaecomastia with hypergonadotrophic hypogonadism and Leydig cell insufficiency in recipients of high-dose chemotherapy or chemoradiotherapy. **Bone Marrow Transplant** 2001; 28:1141-4.
20. Hayden PJ, Keogh F, Ni Conghaile M, et al. A single-centre assessment of long-term quality-of-life status after siblingallogeneic stem cell transplantation for chronic myeloid leukaemia in first chronic phase. **Bone Marrow Transplant** 2004; 34:545-56.
21. Heinonen H, Volin L, Uutela A, Zevon M, Barrick C, Ruutu T. Gender-associated differences in the quality of life after allogeneic BMT. **Bone Marrow Transplant** 2001; 28:503-9.

22. Hengeveld MW, Houtman RB, Zwaan FE. Psychological aspects of bone marrow transplantation: a retrospective study of 17 long-term survivors. **Bone Marrow Transplant** 1988; 3:69-75.
23. Hjerstad M, Holte H, Evensen S, Fayers P, Kaasa S. Do patients who are treated with stem cell transplantation have a health-related quality of life comparable to the general population after 1 year? **Bone Marrow Transplant** 1999; 24:911-8.
24. Humphreys CT, Tallman B, Altmaier EM, Barnette V. Sexual functioning in patients undergoing bone marrow transplantation: a longitudinal study. **Bone Marrow Transplant** 2007; 39:491-6.
25. Marks DI, Crilley P, Nezu CM, Nezu AM. Sexual dysfunction prior to high-dose chemotherapy and bone marrow. **Bone Marrow Transplant** 1996; 17:595-9.
26. Marks DI, Friedman SH, Delli Carpini L, Nezu CM, Nezu AM. A prospective study of the effects of high-dose chemotherapy and bone marrow transplantation on sexual function in the first year after transplant. **Bone Marrow Transplant** 1997; 19:819-22.
27. Mastropietro AP, Oliveira EA, Santos MA, Voltarelli JC. Functional assessment of cancer therapy bone marrow transplantation: tradução e validação. **Rev Saúde Pública** 2007; 41: 260-8.
28. Molassiotis A. Quality of life following bone marrow transplant. **Nurs Times** 1995; 91:38-9.
29. Molassiotis A, van den Akker OB, Milligan DW, Boughton BJ. Gonadal function and psychosexual adjustment in male long-term survivors of

bone marrow transplantation. **Bone Marrow Transplant** 1995; 16:253-9.

30. Molassiotis A, van den Akker OB, Milligan DW, et al. Quality of life in long-term survivors of marrow transplantation: comparison with a matched group receiving maintenance chemotherapy. **Bone Marrow Transplant** 1996; 17:249-58.
31. Molassiotis A. Psychosocial transitions in the long-term survivors of bone marrow transplantation. **Eur J Cancer Care (Engl)** 1997; 6:100-7.
32. Molassiotis A, Morris PJ. Quality of life in patients with chronic myeloid leukemia after unrelated donor bone marrow transplantation. **Cancer Nurs** 1999; 22:340-9.
33. Monti M, Rosti G, De Giorgi U, et al. Sexual functions after high-dose chemotherapy in survivors of germ cell tumors. **Bone Marrow Transplant** 2003; 32:933-9.
34. Mumma GH, Mashberg D, Lesko LM. Long-term psychosexual adjustment of acute leukemia survivors: impact of marrow transplantation versus conventional chemotherapy. **Gen Hosp Psychiatry** 1992; 14:43-55.
35. Neitzert CS, Ritvo P, Dancey J, Weiser K, Murray C, Avery J. The psychosocial impact of bone marrow transplantation: a review of the literature. **Bone Marrow Transplant** 1998; 22:409-22.
36. Redaelli A, Stephens JM, Brandt S, Botteman MF, Pashos CL. Short- and long-term effects of acute myeloid leukemia on patient health-related quality of life. **Cancer Treat Rev** 2004; 30:103-17.

37. Saleh US, Brockopp DY. Quality of life one year following bone marrow transplantation: psychometric evaluation of the quality of life in bone marrow transplant survivors tool. **Oncol Nurs Forum** 2001; 28:1457-64.
38. Schimmer AD, Ali V, Stewart AK, Imrie K, Keating A. Male sexual function after autologous blood or marrow transplantation. **Biol Blood Marrow Transplant** 2001; 7:279-83.
39. Spinelli S, Chiodi S, Bacigalupo A, et al. Ovarian recovery after total body irradiation and allogeneic bone marrow transplantation: long-term follow up of 79 females. **Bone Marrow Transplant** 1994; 14:373-80.
40. Syrjala KL, Roth-Roemer SL, Abrams JR, Scanlan JM, Chapko MK, Visser S, Sanders JE. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long-term survivors of marrow transplantation. **J Clin Oncol** 1998; 16:3148-57.
41. Torrano-Masetti LM, Oliveira EA, Santos MA. Atendimento psicológico numa unidade de transplante de medula óssea. **Medicina, Ribeirão Preto** 2000; 33: 161-169.
42. Vose JM, Kennedy BC, Bierman PJ, Kessinger A, Armitage JO. Long-term sequelae of autologous bone marrow or peripheral stem cell transplantation for lymphoid malignancies. **Cancer** 1992; 69:784-9.
43. Watson M, Wheatley K, Harrison GA, et al. Severe adverse impact on sexual functioning and fertility of bone marrow transplantation, either allogeneic or autologous, compared with consolidation chemotherapy alone: analysis of the MRC AML 10 trial. **Cancer** 1999; 86:1231-9.

44. Watson M, Buck G, Wheatley K, et al. Medical Research Council AML 10 trial. Adverse impact of bone marrow transplantation on quality of life in acute myeloid leukaemia patients; analysis of the UK Medical Research Council AML 10 Trial. **Eur J Cancer** 2004; 40:971-8.
45. Wingard JR, Curbow B, Baker F, Zabora J, Piantadosi S. Sexual satisfaction in survivors of bone marrow transplantation. **Bone Marrow Transplant** 1992; 9:185-90.
46. Zittoun R, Suciu S, Watson M, et al. Quality of life in patients with acute myelogenous leukemia in prolonged first complete remission after bone marrow transplantation (allogeneic or autologous) or chemotherapy: a cross-sectional study of the EORTC-GIMEMA AML 8A trial. **Bone Marrow Transplant** 1997; 20:307-15.