

SAÚDE MENTAL NO ADOECIMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO: “QUANTO VALE UMA VIDA?” SOFRIMENTO PSÍQUICO, FINITUDE E CUSTOS INTANGÍVEIS

Maria Cleide Freitas Holanda¹;

E-mail: cleideholanda33@hotmail.com

Eline Freitas Holanda²;

E-mail: elineholanda@hotmail.com

Gláucia Maria Correia de Moura³;

E-mail: glauciamacorreia@gmail.com

Jeani Inês Rodrigues do Nascimento⁴;

E-mail: jeaniines1971@gmail.com

Maria Helena de Araújo⁵;

E-mail: helenaaraujo67@yahoo.com.br

Érika Rejane Juvenal Delfino⁶;

E-mail: erikadejane@hotmail.com

Ana Carla Costa Rodrigues⁷;

E-mail: carla.rodrigues@gmail.com

Maria José de Oliveira⁸;

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6190-3756>

Lucileide Gomes da Silva⁹.

E-mail: lucileidekit@hotmail.com

RESUMO: **Introdução:** O adoecimento onco-hematológico e o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) envolvem repercussões que ultrapassam as dimensões clínicas e os custos diretamente mensuráveis da assistência, podendo afetar saúde mental, autonomia, relações familiares, projetos de vida e percepção da finitude. **Objetivo:** Relatar e analisar reflexivamente as experiências de dois pacientes com neoplasias hematológicas submetidos ao TCTH, discutindo as repercussões psicológicas, familiares e existenciais do adoecimento e do tratamento, bem como os custos intangíveis, a importância da atenção multiprofissional, da prevenção do comportamento suicida e da integração dos cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva e abordagem qualitativa, construído a partir da experiência assistencial e da

análise retrospectiva de informações registradas em prontuários de dois pacientes adultos acompanhados em serviço especializado. Os participantes foram identificados como Caso 1 e Caso 2, com supressão ou generalização de informações potencialmente identificadoras.

Resultados: As trajetórias evidenciaram sofrimento físico e psicológico, sintomas depressivos, alterações da autonomia, hospitalizações recorrentes, ruptura de projetos de vida, repercussões familiares, medo da progressão da doença e enfrentamento da finitude. No Caso 1, destacaram-se a progressão da doença, o desejo de limitar intervenções de elevada intensidade, a valorização da convivência familiar e a necessidade de cuidados paliativos. No Caso 2, sobressaíram alterações da imagem corporal, vulnerabilidades familiares e sociais, depressão, resistência ao tratamento e episódios repetidos de comportamento suicida. As experiências evidenciaram custos intangíveis relacionados à dor, sofrimento emocional, perda de qualidade de vida, alterações familiares, autonomia e significado atribuído ao tempo de vida. **Conclusão:** O cuidado onco-hematológico não pode ser compreendido apenas pelos recursos empregados ou pelos resultados clínicos. A integração da saúde mental, do suporte multiprofissional e dos cuidados paliativos é fundamental para reconhecer as dimensões físicas, psicológicas, familiares, sociais e existenciais envolvidas no TCTH e promover uma assistência integral, humanizada e centrada na pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Neoplasias Hematológicas. Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Cuidados Paliativos. Custos Intangíveis.

INTRODUÇÃO

As neoplasias hematológicas constituem um grupo heterogêneo de doenças que inclui leucemias, linfomas e mieloma múltiplo e que, em determinadas situações, demanda terapias de elevada complexidade, prolongadas hospitalizações e acompanhamento contínuo. Entre as possibilidades terapêuticas encontra-se o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), procedimento potencialmente curativo para diferentes doenças hematológicas, mas associado a significativa morbidade, toxicidades agudas e tardias e importantes repercussões sobre a qualidade de vida dos pacientes.

O percurso relacionado ao TCTH ultrapassa a dimensão biológica da doença. Desde a indicação do procedimento até o período pós-transplante, os pacientes podem vivenciar incerteza quanto ao prognóstico, isolamento, alterações na rotina familiar e profissional, dependência de cuidadores, medo de complicações e possibilidade de recidiva. Ansiedade, depressão, alterações do sono, sofrimento relacionado à imagem corporal, estresse pós-traumático e outras manifestações psicológicas têm sido descritas entre pacientes submetidos ao transplante, demonstrando a necessidade de acompanhamento que contemple simultaneamente as dimensões físicas, emocionais e sociais do adoecimento (Janicsák; Ungvari; Gazdag, 2021).

O sofrimento psíquico pode adquirir maior intensidade quando o tratamento não apresenta a resposta esperada ou ocorre recidiva ou progressão da doença. Nesses momentos, o paciente é confrontado não apenas com a possibilidade de novas intervenções, mas também com os limites da terapêutica e com questões relacionadas à finitude. A experiência acumulada durante tratamentos anteriores, incluindo dor, náuseas, fadiga, infecções, hospitalizações e afastamento familiar, pode influenciar a maneira como o indivíduo avalia a possibilidade de continuar ou interromper tratamentos de alta intensidade.

A depressão constitui aspecto particularmente relevante nesse contexto. Revisão sistemática e meta-análise envolvendo 22.235 pacientes submetidos ao TCTH identificou associação entre depressão e piores desfechos após o transplante, reforçando a importância da avaliação sistemática da saúde mental ao longo do percurso terapêutico (Guillaume *et al.*, 2023). Dessa maneira, manifestações de desesperança, desejo de interromper o tratamento ou questionamentos acerca da continuidade das intervenções não devem ser interpretadas de maneira isolada, mas compreendidas no contexto clínico, psicológico, familiar e existencial de cada paciente.

A relação entre câncer e comportamento suicida também merece atenção. Evidências indicam que pessoas com câncer apresentam maior risco de morte por suicídio quando comparadas à população geral. Uma ampla revisão sistemática e meta-análise envolvendo mais de 22 milhões de pacientes identificou mortalidade por suicídio significativamente elevada nessa população, estando o risco relacionado, entre outros fatores, ao prognóstico, estágio da doença e período transcorrido desde o diagnóstico (Heinrich *et al.*, 2022). De maneira semelhante, Calati *et al.* (2021), em revisão de revisões sistemáticas e meta-análises, observaram risco de suicídio aproximadamente 1,5 a 1,7 vez superior entre pacientes com câncer em relação à população geral.

Essas evidências reforçam a necessidade de integrar a avaliação psicológica e psiquiátrica à assistência onco-hematológica, especialmente diante de depressão, desesperança, comportamento autolesivo, ideação suicida, agravamento da doença ou ausência de perspectivas terapêuticas modificadoras. O reconhecimento precoce dessas manifestações possibilita intervenções direcionadas à redução do sofrimento e à construção de decisões terapêuticas compatíveis com as necessidades e valores do paciente.

Nesse cenário, os cuidados paliativos assumem importância que não deve ser confundida com abandono terapêutico ou assistência restrita aos últimos dias de vida. Sua integração precoce ao cuidado de pacientes com neoplasias hematológicas e submetidos ao TCTH pode contribuir para manejo de sintomas, comunicação sobre prognóstico, definição de objetivos do tratamento, planejamento antecipado do cuidado e melhoria da qualidade de vida. Revisão recente sobre pacientes adultos submetidos ao TCTH alogênico demonstrou a relevância da integração interdisciplinar dos cuidados paliativos, especialmente diante da elevada carga de sintomas físicos e psicossociais (Short; Kuroki; Coombs, 2025).

No Brasil, recomendações recentes da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular também destacam a pertinência da integração precoce dos cuidados paliativos ao cuidado de pessoas com doenças hematológicas e submetidas ao TCTH, particularmente diante de elevada carga sintomática, sintomas refratários e sofrimento psicológico ou existencial moderado ou intenso (Ferreira *et al.*, 2026). A incorporação dessa perspectiva permite deslocar a discussão da dicotomia entre “tratar” e “não tratar” para uma compreensão mais ampla, na qual o cuidado permanece mesmo quando a possibilidade de controle ou cura da doença se reduz.

A experiência concreta dos pacientes permite compreender aspectos que dados epidemiológicos ou indicadores clínicos isolados nem sempre conseguem expressar. O relato de experiência, quando construído de forma crítica e fundamentada, possibilita transformar vivências assistenciais em objeto de reflexão científica, articulando acontecimentos, significados e práticas profissionais (Daltro; Faria, 2019; Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Diante disso, este artigo tem como objetivo relatar e analisar reflexivamente as experiências de dois pacientes com neoplasias hematológicas submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, discutindo as repercussões psicológicas, familiares e existenciais do adoecimento, das complicações terapêuticas e da possibilidade de progressão da doença, bem como a importância da atenção multiprofissional, da prevenção do comportamento suicida e da integração dos cuidados paliativos ao cuidado onco-hematológico.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva e abordagem qualitativa, construído a partir da experiência assistencial relacionada ao acompanhamento de dois pacientes adultos com neoplasias hematológicas atendidos em serviço especializado, complementada pela análise retrospectiva de informações registradas em prontuários. O relato de experiência possibilita sistematizar criticamente vivências provenientes da prática profissional, transformando-as em conhecimento passível de diálogo com a literatura científica, desde que a descrição ultrapasse a simples apresentação cronológica dos acontecimentos e incorpore contextualização, fundamentação teórica e reflexão crítica (Daltro; Faria, 2019; Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Considerando que o estudo apresenta trajetórias clínicas individualizadas e utiliza informações provenientes da assistência e de prontuários, sua organização também se aproxima metodologicamente dos relatos de casos clínicos. Dessa forma, a estruturação das narrativas considerou elementos das recomendações CARE (Case Report), que orientam a descrição transparente de informações do paciente, manifestações clínicas, cronologia dos acontecimentos, avaliação diagnóstica, intervenções terapêuticas, acompanhamento e desfechos (Gagnier *et al.*, 2013).

Os relatos foram selecionados intencionalmente por representarem experiências clínicas capazes de evidenciar diferentes dimensões do sofrimento relacionado às neoplasias hematológicas e ao TCTH. O primeiro caso corresponde a um paciente adulto com diagnóstico de leucemia mieloide crônica submetido ao TCTH, cuja trajetória pós-transplante foi marcada por reinternações, complicações clínicas, suspeita de atividade da doença, sofrimento emocional, discussão de cuidados paliativos e manifestação do desejo de limitar tratamentos de elevada intensidade.

O segundo caso corresponde a uma paciente adulta com linfoma de Hodgkin, também submetida ao TCTH, cuja trajetória terapêutica esteve atravessada por maternidade, toxicidades do tratamento antineoplásico, violência relacionada à exposição em ambiente digital, ruptura da estrutura familiar, depressão, resistência à continuidade terapêutica e sucessivos episódios de comportamento suicida.

As fontes de informação compreenderam os registros clínicos existentes nos prontuários, incluindo dados relativos ao diagnóstico, evolução da doença, realização do TCTH, internações, intervenções terapêuticas, complicações, acompanhamento ambulatorial e registros produzidos pela equipe multiprofissional. Foram considerados ainda, quando documentados no prontuário, relatos de pacientes e familiares e registros de atendimentos realizados por profissionais de psicologia e psiquiatria. Informações provenientes de relato familiar foram apresentadas de maneira diferenciada, com identificação de sua origem.

A organização do material ocorreu inicialmente pela reconstrução cronológica das trajetórias terapêuticas. Em seguida, as experiências foram examinadas a partir de núcleos reflexivos relacionados a: adoecimento e ruptura da vida cotidiana; repercussões físicas do tratamento; sofrimento psíquico; recidiva ou progressão da doença; relações familiares e projetos de vida; desejo de interrupção do tratamento; depressão e comportamento suicida; cuidados paliativos; e atuação da equipe multiprofissional. A interpretação desses núcleos foi realizada mediante diálogo com a literatura científica pertinente, permitindo aproximar as experiências singulares dos pacientes de questões mais amplas relacionadas ao cuidado onco-hematológico.

As narrativas não foram apresentadas com a finalidade de estabelecer relações causais ou generalizar os acontecimentos para o conjunto dos pacientes com neoplasias hematológicas. Buscou-se compreender criticamente experiências singulares e utilizá-las como ponto de partida para refletir sobre fenômenos relevantes para a prática assistencial. Conforme Mussi, Flores e Almeida (2021), o relato de experiência adquire caráter científico quando a vivência é organizada e interpretada criticamente, articulando descrição, diálogo com a produção científica e reflexão sobre seus significados.

No que se refere aos aspectos éticos, o presente estudo constitui um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Análise de custos de doenças infecciosas pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas em um centro de referência do Nordeste brasileiro”, desenvolvida a partir de dados de pacientes acompanhados em serviço especializado.

A pesquisa que originou este recorte foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e aprovada sob o Parecer nº 4.686.566. Foram observados os princípios éticos aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos e as orientações pertinentes à utilização de informações individualizadas provenientes da assistência (Brasil, 2012; Brasil, 2018).

A partir do conjunto de informações obtidas durante a pesquisa original, foi realizado um recorte analítico denominado “Quanto vale uma vida?”, direcionado à compreensão das dimensões humanas, emocionais, familiares e existenciais presentes nas trajetórias de pacientes com doenças hematológicas submetidos a tratamentos de elevada complexidade. Esse recorte buscou ultrapassar a perspectiva exclusivamente econômica da análise de custos, evidenciando aspectos que não podem ser mensurados monetariamente, como sofrimento, medo, perda de autonomia, ruptura de projetos de vida, impacto familiar, desesperança e enfrentamento da finitude.

Para preservação da confidencialidade e da privacidade dos participantes, foram identificados por códigos alfanuméricos, sendo denominados Caso 1 e Caso 2, com supressão ou generalização de informações potencialmente identificadoras. Dados potencialmente identificadores, como especialidade profissional, idade exata, número de filhos, datas específicas e detalhes de acontecimentos públicos, foram suprimidos ou generalizados. As informações utilizadas neste artigo são provenientes do material produzido no âmbito da pesquisa originalmente aprovada, incluindo registros disponíveis nos prontuários e, quando existentes, relatos registrados pela equipe assistencial.

A apresentação das experiências observou os princípios da dignidade, privacidade, confidencialidade e proteção dos participantes. O presente artigo constitui desdobramento qualitativo e reflexivo dos dados da pesquisa previamente aprovada, sem configurar investigação independente, com foco nos custos intangíveis do adoecimento, nas repercussões psicossociais do tratamento e nos significados atribuídos às experiências de doença, sofrimento e finitude.

RESULTADOS

A análise das experiências de dois pacientes submetidos ao TCTH permitiu identificar repercussões do adoecimento e do tratamento onco-hematológico que ultrapassam os custos diretamente relacionados à assistência à saúde. As trajetórias evidenciaram sofrimento físico e emocional, alterações nas relações familiares, ruptura de projetos de vida, medo da progressão da doença, perda de autonomia, hospitalizações recorrentes, depressão, comportamento suicida e enfrentamento da possibilidade de morte. Para apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, sendo denominados Caso 1 e Caso 2.

“Quanto vale uma vida?”: a experiência do caso 1

O caso 1 trata-se da experiência de um profissional da área da saúde, com diagnóstico de leucemia mieloide crônica. A suspeita inicial da doença surgiu a partir da percepção de alterações em seu próprio estado de saúde. Por sua formação profissional, reconheceu manifestações que poderiam estar relacionadas a uma doença hematológica, solicitou exames laboratoriais e, diante dos resultados, buscou atendimento especializado, quando foi confirmada a necessidade de início do tratamento.

Em 2018, foi submetido ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH). Após o procedimento e a alta hospitalar, iniciou uma fase marcada por sucessivas intercorrências clínicas. Pouco tempo depois, necessitou de nova hospitalização em decorrência de febre, náuseas, vômitos e intensa adinamia. Durante essa internação, realizou endoscopia digestiva alta, que evidenciou alterações inflamatórias e ulcerativas no trato gastrointestinal, sendo instituídos tratamentos antimicrobianos e antivirais conforme avaliação da equipe assistencial.

Ainda no mesmo período, apresentou novo episódio de febre associado à hipotensão, náuseas, vômitos, intensa fraqueza e lesões cutâneas pruriginosas, necessitando de outra hospitalização. Durante esse internamento, recebeu informações da equipe responsável pelo transplante de que havia possibilidade de atividade da doença. Após estabilização clínica, recebeu alta e permaneceu em acompanhamento ambulatorial.

Nos meses subsequentes, a evolução clínica exigiu nova internação e início de outro ciclo de tratamento antineoplásico. Nesse momento, diante da refratariedade ou progressão da doença e das limitações das possibilidades terapêuticas, a equipe iniciou discussão sobre cuidados paliativos e ele passou a ser acompanhado também por profissionais de psicologia e psiquiatria.

Os registros assistenciais evidenciaram sofrimento emocional intenso. O paciente apresentava sintomas depressivos e manifestava desejo de não prosseguir com tratamentos que implicassem novas hospitalizações prolongadas e elevado sofrimento físico. Sua formação na área da saúde parece ter influenciado a compreensão acerca do prognóstico e dos limites das terapias disponíveis. Ele reconhecia a gravidade da situação clínica e demonstrava preocupação crescente com a forma como gostaria de viver o tempo que ainda lhe restava.

Nesse momento, suas preocupações deslocaram-se progressivamente da tentativa de controle da doença para questões relacionadas à família e à organização da própria vida. Os registros apontavam preocupação com a esposa e os filhos, especialmente em relação à estabilidade financeira e às condições que lhes seriam deixadas após sua morte. O paciente manifestava o desejo de organizar assuntos financeiros, estar mais próximo da família e utilizar o tempo disponível para vivenciar experiências significativas com as pessoas com quem mantinha vínculos afetivos.

Também expressava vontade de viajar com os pais e permanecer em ambientes familiares, em contraposição à possibilidade de passar seus últimos meses submetido a internações recorrentes. Nesse contexto, a continuidade do tratamento passou a ser percebida por ele não apenas a partir da possibilidade de prolongamento da vida, mas também em função da qualidade e do significado atribuído ao tempo restante.

Ainda foram identificados registros de acompanhamento ambulatorial durante o primeiro semestre de 2019. Posteriormente, o paciente deixou de comparecer às consultas registradas no período acompanhado pela pesquisa. Durante a análise retrospectiva realizada no âmbito da dissertação, constatou-se que o mesmo havia falecido em 2019.

A trajetória do caso 1 evidenciou uma mudança progressiva na centralidade das preocupações relacionadas ao adoecimento. Inicialmente, predominavam diagnóstico, tratamento, transplante e controle das complicações clínicas. Com o agravamento da doença, passaram a adquirir maior relevância a autonomia, a convivência familiar, o desejo de evitar novas hospitalizações, a organização financeira dos familiares e a possibilidade de decidir como gostaria de viver o período final de sua vida.

A experiência do caso 2: adoecimento, ruptura familiar e comportamento suicida

Corresponde a uma mulher adulta, mãe de filhos dependentes, e recebeu diagnóstico de linfoma de Hodgkin após investigação de um nódulo cervical. O diagnóstico ocorreu após procedimento cirúrgico para retirada do nódulo e análise histopatológica, sendo então encaminhada para acompanhamento especializado em onco-hematologia.

No início do acompanhamento, entretanto, encontrava-se gestante. Em razão da gravidez e das particularidades clínicas do caso, o início do tratamento antineoplásico foi postergado até o nascimento da criança. Após o parto, iniciou a quimioterapia e passou a vivenciar efeitos adversos relacionados ao tratamento, entre eles alopecia, perda de peso, episódios intensos de vômitos e redução do apetite. Em etapa subsequente de sua trajetória terapêutica, foi também submetida ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, passando a integrar o acompanhamento pós-transplante realizado no serviço.

A alopecia apresentou significado particular em sua experiência. Durante o período de tratamento, foi alvo de uma publicação ofensiva em rede social relacionada à alteração de sua imagem corporal. O episódio produziu repercussões que ultrapassaram a violência dirigida à sua aparência e foi seguido por uma grave ocorrência de violência envolvendo seu companheiro, com consequências legais e afastamento do convívio familiar.

A partir desses acontecimentos, o percurso de adoecimento passou a ser marcado não apenas pelas repercussões do câncer, do TCTH e dos demais tratamentos, mas também pelo afastamento do companheiro, pela responsabilidade relacionada aos filhos e pela reorganização das condições familiares. O adoecimento passou, portanto, a coexistir com uma ruptura abrupta da estrutura cotidiana e da rede de suporte familiar.

Segundo relato familiar registrado durante o acompanhamento, apresentou importante sofrimento psíquico, sintomas depressivos, resistência à continuidade do tratamento e sucessivos comportamentos suicidas. Foram relatadas quatro tentativas de suicídio em diferentes momentos de sua trajetória.

Os episódios ocorreram por diferentes meios e, em algumas situações, resultaram em necessidade de atendimento de urgência. Em uma das tentativas, a paciente foi encontrada em condição clínica grave e socorrida por um familiar. A repetição dos episódios evidenciou a intensidade do sofrimento psíquico vivenciado durante o percurso terapêutico.

Após esses acontecimentos, permaneceu vinculada ao acompanhamento em saúde, embora manifestasse resistência ao comparecimento às consultas. Segundo o relato familiar, a manutenção desse vínculo ocorria em grande medida pela participação ativa de um familiar próximo, que insistia na continuidade do acompanhamento.

A experiência do caso 2 revelou a sobreposição de diferentes formas de sofrimento. Ao impacto produzido pelo diagnóstico de uma neoplasia hematológica, pelo TCTH e pelos efeitos adversos dos tratamentos acrescentaram-se violência no ambiente digital, alteração da imagem corporal, afastamento do companheiro, modificações na dinâmica familiar, responsabilidades maternas, sofrimento depressivo e comportamento suicida.

Nesse percurso, o tratamento oncológico não ocorreu de maneira isolada das demais dimensões de sua vida. A continuidade da assistência passou a depender não somente da indicação clínica da terapêutica, mas também da capacidade da paciente e de sua rede de apoio de lidar com acontecimentos que ultrapassavam o próprio câncer.

Custos que não podem ser monetariamente mensurados

As duas experiências apresentaram trajetórias clínicas diferentes, porém convergiram ao demonstrar que o impacto das doenças hematológicas e de seus tratamentos não pode ser expresso exclusivamente por despesas hospitalares, medicamentos, procedimentos diagnósticos, internações ou custos relacionados ao transplante.

No caso 1, destacaram-se as sucessivas hospitalizações, a progressão ou refratariedade da doença, o sofrimento associado à possibilidade de morte e a necessidade de reorganizar prioridades diante dos limites do tratamento. O desejo de permanecer com familiares, evitar novas internações e garantir segurança financeira à esposa e aos filhos revelou dimensões do adoecimento que não possuem valor monetário diretamente mensurável.

Na experiência do caso 2, os efeitos adversos do tratamento atingiram a imagem corporal e foram agravados por uma situação de violência digital com profundas repercussões familiares. A ausência do companheiro, a necessidade de cuidado dos filhos, a depressão, as tentativas de suicídio e a resistência ao tratamento evidenciaram a interação entre doença, sofrimento mental, relações sociais e vulnerabilidades familiares.

Quadro 1 – Síntese das dimensões dos custos intangíveis identificadas nas experiências.

Dimensão dos custos intangíveis	Experiência caso 1	Experiência caso 2
Dor e sofrimento físico	Complicações pós-TCTH, sintomas recorrentes, tratamentos e sucessivas hospitalizações.	Efeitos adversos do tratamento, incluindo alopecia, perda ponderal, vômitos e redução do apetite.
Sofrimento psicológico	Sintomas depressivos, desesperança e sofrimento diante da progressão da doença e da possibilidade de morte.	Depressão, intenso sofrimento emocional e comportamento suicida.
Medo da progressão da doença e da morte	Presente diante da refratariedade/progressão da doença e da limitação das possibilidades terapêuticas.	Relacionado ao diagnóstico, ao tratamento e às múltiplas vulnerabilidades vivenciadas durante o adoecimento.
Autonomia e decisões sobre o tratamento	Desejo de evitar novas hospitalizações e tratamentos de elevada intensidade, priorizando qualidade de vida e convivência familiar.	Resistência à continuidade do tratamento e comparecimento às consultas, com importante participação familiar na manutenção do acompanhamento.
Alterações da imagem corporal	Não constituiu dimensão predominante no relato.	Alopecia decorrente do tratamento, agravada por exposição ofensiva em ambiente digital.
Ruptura da vida cotidiana e dos projetos de vida	Reorganização das prioridades diante da finitude e desejo de utilizar o tempo restante junto à família.	Adoecimento associado à maternidade, tratamento, alterações familiares e necessidade de reorganização da vida cotidiana.
Repercussões familiares	Preocupação com esposa, filhos e pais, incluindo a necessidade de assegurar proteção e estabilidade à família.	Afastamento do companheiro, responsabilidades familiares e participação intensa da mãe no cuidado e acompanhamento.
Reorganização econômica e familiar	Preocupação em organizar a situação financeira da esposa e dos filhos diante da possibilidade de morte.	Necessidade de reorganização da dinâmica familiar diante do adoecimento e da ausência do companheiro.
Redução da qualidade de vida	Relacionada às complicações, hospitalizações recorrentes, progressão da doença e afastamento da convivência familiar.	Associada aos efeitos do tratamento, sofrimento psíquico, alterações corporais e desestruturação familiar.
Comportamento suicida e sofrimento existencial	Sofrimento diante da finitude e manifestação do desejo de limitar tratamentos de elevada intensidade, sem que isso seja confundido com comportamento suicida.	Ocorrência de repetidas tentativas de suicídio em contexto de depressão e múltiplas vulnerabilidades.
Redefinição dos objetivos do cuidado	Passagem de uma perspectiva predominantemente curativa para valorização de cuidados paliativos, autonomia e qualidade do tempo de vida.	Necessidade de integrar tratamento onco-hematológico, assistência em saúde mental e suporte familiar.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos registros dos prontuários e das experiências analisadas no estudo (2026).

DISCUSSÃO

As experiências evidenciam que a compreensão dos custos associados às neoplasias hematológicas não pode se limitar aos recursos utilizados em internações, medicamentos, exames, procedimentos ou tratamentos de alta complexidade. Embora esses componentes sejam fundamentais para análises econômicas, as trajetórias apresentadas revelam outra dimensão do adoecimento: aquela relacionada à dor, ao sofrimento psíquico, às perdas, às alterações dos vínculos familiares, ao medo da morte, à ruptura dos projetos de vida e à redução da qualidade de vida. Esses elementos integram o que a literatura denomina custos psicossociais ou intangíveis do câncer, justamente por sua dificuldade de tradução direta em valores monetários (Essue *et al.*, 2020).

Caso 1: entre a possibilidade de cura, os limites terapêuticos e a finitude

A trajetória do caso 1 demonstra a intensidade física e emocional que pode acompanhar o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Embora o TCTH represente uma alternativa terapêutica potencialmente curativa para diferentes doenças hematológicas, o procedimento pode produzir importante carga de sintomas, complicações, necessidade de hospitalizações e alterações na qualidade de vida. Ansiedade, depressão, distúrbios do sono, sintomas relacionados ao estresse pós-traumático e dificuldades de adaptação encontram-se entre as repercussões psicossociais descritas após o transplante (Janicsák; Ungvari; Gazdag, 2021).

No relato analisado, o período posterior ao TCTH foi marcado por sucessivas intercorrências, reinternações e pela possibilidade de persistência ou reativação da doença. A experiência permite compreender que o transplante não representa apenas um procedimento técnico delimitado no tempo, mas o início de um percurso que pode ser prolongado, incerto e permeado pelo temor de complicações e da falha terapêutica. Janicsák, Ungvari e Gazdag (2021) ressaltam que a qualidade de vida após o TCTH é influenciada não apenas pelas complicações físicas, mas também pelo sofrimento psicológico e pelas repercussões sociais vivenciadas pelo paciente e por seus familiares.

A possibilidade de progressão ou refratariedade da doença parece representar um ponto de inflexão na trajetória do caso 1. Até então, a centralidade estava direcionada à tentativa de controle da doença, às hospitalizações e às intervenções terapêuticas. Quando as possibilidades de cura se tornaram progressivamente limitadas, passaram a adquirir maior importância questões relacionadas ao tempo restante de vida, à convivência familiar, à organização financeira dos dependentes e ao desejo de evitar novas hospitalizações prolongadas.

Nesse contexto, a manifestação de não desejar a continuidade de tratamentos de elevada intensidade não deve ser interpretada simplesmente como “desistência”. Há uma diferença fundamental entre abandono decorrente de ausência de assistência e

uma decisão compartilhada de limitar intervenções consideradas desproporcionais diante do prognóstico, dos efeitos adversos e dos valores pessoais do paciente. A autonomia pressupõe que pessoas capazes e adequadamente informadas participem das decisões sobre os tratamentos que desejam receber, especialmente quando os benefícios esperados se tornam limitados e a carga de sofrimento associada às intervenções aumenta.

A inserção dos cuidados paliativos nesse momento mostra-se particularmente relevante. Cuidados paliativos não significam interrupção do cuidado, mas mudança ou ampliação de seus objetivos, priorizando controle de sintomas, qualidade de vida, comunicação sobre prognóstico, apoio emocional, planejamento antecipado e consideração das preferências do paciente e de seus familiares. Evidências recentes fortalecem essa compreensão. Em ensaio clínico multicêntrico com 360 pacientes submetidos ao TCTH, El-Jawahri *et al.* (2025) verificaram que a integração de cuidados paliativos durante a hospitalização esteve associada a melhor qualidade de vida e menores sintomas de depressão e estresse pós-traumático durante o período de maior intensidade do tratamento.

Esses resultados ajudam a interpretar a experiência do caso 1 sob uma perspectiva diferente. Quando o paciente manifesta o desejo de permanecer mais próximo da família, viajar com os pais, organizar a vida financeira da esposa e dos filhos e evitar longos períodos hospitalizado, ele está expressando valores e prioridades que precisam ser incorporados ao planejamento terapêutico. O objetivo do cuidado deixa de ser exclusivamente prolongar a sobrevivência e passa também a considerar como o paciente deseja viver o tempo disponível.

Essa questão adquire relevância particular porque a formação do paciente na área da saúde lhe permitia compreender a gravidade de sua condição e as limitações das alternativas terapêuticas disponíveis. Entretanto, possuir conhecimento técnico não elimina medo, sofrimento ou vulnerabilidade diante da própria doença. A compreensão clínica pode coexistir com angústia, desesperança, preocupação com os filhos, antecipação da morte e necessidade de apoio psicológico.

Assim, o acompanhamento pela psicologia e psiquiatria registrado em seu prontuário apresenta-se como componente importante da assistência. A literatura demonstra que o TCTH pode repercutir intensamente sobre a saúde mental e que a atenção aos aspectos psicossociais deve integrar o acompanhamento dos pacientes desde a preparação para o transplante até o período posterior ao procedimento (Janicsák; Ungvari; Gazdag, 2021).

Caso 2: sofrimento psíquico, ruptura dos vínculos e comportamento suicida

A experiência do caso 2 apresenta configuração distinta. O diagnóstico de linfoma ocorreu em um momento de particular vulnerabilidade, durante a gestação, sendo seguido posteriormente por quimioterapia, TCTH e efeitos adversos importantes. A doença e os tratamentos modificaram seu corpo, sua rotina e sua dinâmica familiar. Entretanto, o

sofrimento observado não pode ser atribuído exclusivamente ao diagnóstico oncológico ou ao transplante, pois ocorreu em meio a uma sucessão de acontecimentos sociais e familiares extremamente adversos.

A alopecia decorrente da quimioterapia constituiu uma alteração visível da imagem corporal e, no caso relatado, tornou-se motivo de exposição ofensiva em ambiente digital. O episódio demonstra como consequências físicas do tratamento podem ultrapassar a esfera clínica e adquirir significados sociais, produzindo constrangimento, sofrimento e repercussões sobre as relações familiares.

A partir desse contexto ocorreu grave ruptura da dinâmica familiar, com afastamento do companheiro e consequente reorganização da vida cotidiana. A paciente passou a enfrentar simultaneamente a doença, os efeitos adversos dos tratamentos, o período pós-TCTH, a ausência do companheiro, as responsabilidades maternas e importante sofrimento emocional. A sobreposição desses fatores permite compreender que a experiência do câncer e do transplante se encontra profundamente condicionada pelo contexto social em que ocorre.

Esse aspecto é fundamental para evitar interpretações simplificadoras do comportamento suicida. Não é possível afirmar, a partir do relato, que o câncer tenha causado diretamente as tentativas de suicídio. O que se observa é uma trajetória marcada pela confluência de múltiplos fatores de vulnerabilidade, entre eles doença potencialmente grave, sofrimento decorrente do tratamento, alterações corporais, ruptura familiar, depressão e comprometimento das perspectivas de vida.

Apesar dessa necessária cautela causal, a relação entre câncer e maior vulnerabilidade ao comportamento suicida encontra respaldo consistente na literatura. Heinrich *et al.* (2022), em revisão sistemática e meta-análise envolvendo mais de 22 milhões de pacientes com câncer, identificaram mortalidade por suicídio aproximadamente 85% maior nessa população quando comparada à população geral. O risco variou conforme prognóstico, estágio da doença, período desde o diagnóstico e localização geográfica.

Outros fatores identificados na literatura aproximam-se de elementos presentes na trajetória de Núbia. Chen *et al.* (2024), em revisão sistemática e meta-análise de 40 estudos, verificaram associação da ideação suicida em pacientes com câncer com depressão, ansiedade, desmoralização, dor, vômitos, problemas financeiros, pior funcionamento social, antecedentes psiquiátricos e outras condições de vulnerabilidade. Esses achados reforçam a necessidade de compreender o comportamento suicida no câncer a partir de múltiplas dimensões, e não apenas da presença da doença.

A ocorrência de tentativas repetidas de suicídio no relato do caso 2 constitui, portanto, um marcador de sofrimento psíquico grave e demanda atuação integrada entre oncologia, hematologia, psicologia, psiquiatria, enfermagem, serviço social e rede familiar. Em situações dessa natureza, a avaliação do risco suicida não deve representar uma intervenção pontual, limitada ao episódio agudo, mas integrar o acompanhamento longitudinal.

Outro elemento relevante é a resistência do caso 2 à continuidade do tratamento. A presença persistente de um familiar próximo, que favorecia seu comparecimento às consultas, revela simultaneamente a importância e a complexidade do suporte familiar. A família pode representar importante fator de proteção, favorecendo a continuidade assistencial e oferecendo suporte emocional e prático. Contudo, manter o paciente fisicamente vinculado ao serviço não é suficiente quando existe intenso sofrimento psíquico. É necessário compreender os motivos da resistência, avaliar depressão e risco suicida, tratar sintomas físicos, estabelecer vínculo terapêutico e buscar a participação do paciente nas decisões assistenciais.

A família como participante do processo de adoecimento

As duas experiências demonstram que o câncer não produz repercussões apenas sobre o indivíduo diagnosticado. A doença reorganiza relações e responsabilidades e atinge também companheiros, filhos, pais e demais integrantes da rede de apoio.

No caso 1, a família estava no centro de suas preocupações quando a possibilidade de cura se tornou remota. Organizar financeiramente a vida da esposa e dos filhos, permanecer próximo das pessoas significativas e viajar com os pais constituíam prioridades explicitadas no período de agravamento. A proximidade da morte produziu uma reorganização dos valores atribuídos ao tempo e às relações.

Em relação ao caso 2, a família assumiu papel diferente, mas igualmente central. O afastamento do companheiro modificou profundamente a estrutura familiar, enquanto um familiar próximo passou a exercer função decisiva para que a paciente permanecesse vinculada ao tratamento. Ao mesmo tempo, as tentativas de suicídio e o sofrimento da paciente produziram repercussões sobre os filhos e sobre os demais integrantes da rede familiar.

Esse achado dialoga com a literatura sobre TCTH e câncer, que reconhece carga psicossocial significativa também entre os cuidadores. Janicsák, Ungvari e Gazdag (2021) destacam que familiares e cuidadores podem vivenciar ansiedade, depressão, sobrecarga e comprometimento da qualidade de vida durante o percurso do transplante. Isso reforça a necessidade de ampliar a unidade de cuidado: em determinadas situações, não é suficiente oferecer assistência apenas ao paciente; a família também necessita de orientação, escuta e suporte.

Entre custos financeiros e sofrimento: a dimensão intangível do câncer

A principal contribuição desses relatos para o recorte denominado “Quanto vale uma vida?” encontra-se justamente na possibilidade de aproximar duas perspectivas que nem sempre dialogam: a análise econômica do adoecimento e a experiência humana daqueles que atravessam o tratamento.

Estudos de custo da doença tradicionalmente conseguem identificar com maior precisão despesas diretamente relacionadas à assistência, como internações, medicamentos, procedimentos, exames e utilização de serviços. Também podem estimar custos indiretos associados à perda de produtividade, afastamento do trabalho ou morte prematura. Contudo, existe uma terceira dimensão muito mais difícil de mensurar: os custos intangíveis ou psicossociais.

Essue *et al.* (2020), em revisão sistemática sobre a carga psicossocial do câncer, definem esses custos como repercussões relacionadas ao sofrimento, à dor e à deterioração do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Os autores observaram ainda considerável heterogeneidade nas formas de mensuração e ressaltaram que a exclusão desses componentes pode subestimar significativamente a verdadeira carga produzida pelo câncer.

Sob essa perspectiva, as experiências tornam visível aquilo que uma planilha convencional de custos dificilmente conseguiria representar. Não há preço diretamente observável para o medo do caso 1 de deixar a esposa e os filhos desassistidos; para o tempo de convivência familiar perdido em sucessivas hospitalizações; para a experiência de perceber a proximidade da morte; ou para o desejo de utilizar o período restante de vida fora do ambiente hospitalar.

Da mesma maneira, é difícil estabelecer um valor monetário capaz de representar o sofrimento do caso 2 diante das transformações corporais, da ruptura familiar, da depressão e das tentativas de suicídio. Há repercussões que atingem não apenas a paciente, mas também seus filhos e sua rede familiar. O impacto dessas experiências não se encerra quando termina uma internação ou um ciclo de quimioterapia.

A literatura econômica contemporânea também demonstra que mesmo aspectos aparentemente financeiros apresentam estreita relação com sofrimento psicológico. Pangestu e Rencz (2023), em revisão sistemática e meta-análise envolvendo 13.481 pacientes e sobreviventes de câncer, encontraram associação consistente entre maior toxicidade financeira e pior qualidade de vida, incluindo comprometimento das dimensões física, social, mental e do funcionamento cotidiano. Isso demonstra que as fronteiras entre custos financeiros, sociais e psicológicos não são rígidas.

Entretanto, custos intangíveis não devem ser confundidos com toxicidade financeira. A toxicidade financeira diz respeito ao impacto econômico do tratamento sobre pacientes e famílias. Os custos intangíveis possuem natureza mais ampla e abrangem perdas de qualidade de vida, sofrimento emocional, medo, dor, alterações nos projetos de vida, perda de papéis sociais e outras repercussões cujo valor monetário é difícil de estabelecer.

Essa distinção é especialmente relevante para a pesquisa original da qual este artigo deriva. Uma análise de custos de doenças infecciosas após o TCTH pode estimar com relativa precisão quanto determinado episódio infeccioso representa em medicamentos, exames, hospitalizações e recursos assistenciais. Entretanto, o mesmo episódio pode

prolongar o afastamento familiar, aumentar o medo da morte, comprometer a autonomia e modificar a percepção de qualidade de vida do paciente. Esses efeitos constituem parte da carga da doença, embora nem sempre apareçam nos resultados econômicos tradicionais.

“Quanto vale uma vida?”: limites da mensuração econômica e integralidade do cuidado

A pergunta que dá nome ao recorte não pretende sugerir que a vida humana possa ser reduzida a uma equivalência financeira. Ao contrário, ela expõe os limites de uma análise que considere apenas aquilo que pode ser monetariamente contabilizado.

Em saúde, recursos são necessariamente finitos e decisões sobre sua utilização exigem avaliações econômicas. Conhecer custos é indispensável para planejamento, gestão e organização dos serviços. Entretanto, compreender o valor do cuidado demanda reconhecer também resultados que extrapolam a sobrevivência e o consumo de recursos.

No caso 1, uma intervenção poderia prolongar a vida biologicamente e, simultaneamente, representar mais tempo hospitalizado, afastado dos filhos e submetido a sintomas que ele considerava incompatíveis com suas prioridades. A decisão sobre continuar ou limitar determinada intervenção, portanto, não poderia ser orientada apenas pela possibilidade técnica de âncor-la, mas deveria incorporar prognóstico, benefícios esperados, efeitos adversos, capacidade decisória e valores do paciente.

A evidência de El-Jawahri *et al.* (2025), demonstrando que cuidados paliativos integrados ao TCTH podem melhorar qualidade de vida e reduzir sofrimento psicológico, reforça que o cuidado paliativo não constitui oposição ao tratamento hematológico. Pelo contrário, pode coexistir com intervenções modificadoras da doença e contribuir para que decisões difíceis sejam tomadas com maior atenção aos sintomas, valores e objetivos do paciente.

No caso 2, a manutenção do tratamento antineoplásico sem assistência adequada ao sofrimento psíquico também seria insuficiente para uma concepção integral de cuidado. Quatro episódios de tentativa de suicídio demonstram que preservar biologicamente a vida exige, simultaneamente, atenção à saúde mental. Tratar o câncer sem tratar a depressão, a desesperança e o risco suicida significaria fragmentar uma experiência que, para a paciente, é vivida como uma realidade única.

Nesse sentido, os dois relatos convergem apesar de suas diferenças. O caso 1 confrontava-se com os limites do tratamento e buscava redefinir a maneira de viver diante da finitude. Caso 2 apresentava uma doença potencialmente tratável, mas encontrava-se profundamente vulnerabilizada por sofrimento psicológico e acontecimentos sociais e familiares. Em ambos, a simples contabilização dos procedimentos realizados seria incapaz de representar a totalidade da experiência.

Os relatos reforçam, portanto, a necessidade de integração entre hematologia, oncologia, transplante, enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social e cuidados paliativos. Essa integração deve ocorrer não apenas quando o tratamento curativo se esgota ou quando ocorre uma crise psiquiátrica grave, mas ao longo do percurso assistencial, permitindo identificar precocemente necessidades físicas, emocionais, sociais e existenciais.

Finalmente, “Quanto vale uma vida?” encontra sua resposta não na atribuição de um preço ao indivíduo, mas no reconhecimento de que o valor do cuidado não pode ser aferido apenas pelo volume de recursos empregados ou pelo número de dias acrescentados à sobrevivência. A experiência do adoecimento inclui a possibilidade de permanecer com a família, preservar autonomia, reduzir sofrimento, manter dignidade, ser ouvido nas decisões terapêuticas e encontrar sentido no tempo vivido. Incorporar essas dimensões à análise não diminui a importância dos estudos econômicos; ao contrário, amplia sua capacidade de representar a verdadeira carga das doenças hematológicas e dos tratamentos de alta complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências analisadas evidenciaram que o adoecimento onco-hematológico e o TCTH produzem repercussões que ultrapassam os custos assistenciais diretamente mensuráveis. Dor, sofrimento psíquico, mudanças na autonomia, ruptura de projetos de vida, alterações familiares e enfrentamento da finitude constituem dimensões relevantes da carga do adoecimento e precisam ser consideradas na compreensão integral das trajetórias terapêuticas.

Os relatos também reforçam a necessidade de incorporar sistematicamente a saúde mental ao cuidado onco-hematológico e ao acompanhamento pós-transplante. A identificação precoce de depressão, desesperança, risco suicida e sofrimento existencial, associada à atuação multiprofissional, pode contribuir para respostas assistenciais mais oportunas e compatíveis com as necessidades singulares de pacientes e familiares.

Os cuidados paliativos, por sua vez, devem ser compreendidos como componente integrado do cuidado e não como sinônimo de abandono terapêutico. Sua inclusão pode favorecer controle de sintomas, comunicação sobre prognóstico, planejamento compartilhado e respeito à autonomia, particularmente diante da progressão da doença, da elevada carga sintomática ou de tratamentos de grande intensidade.

Conclui-se que a pergunta “Quanto vale uma vida?” evidencia os limites de uma avaliação centrada apenas em valores monetários. A análise de custos permanece indispensável à gestão em saúde, mas a experiência de Luiz e Núbia demonstra que o valor do cuidado também se expressa na possibilidade de reduzir sofrimento, preservar vínculos, assegurar dignidade e reconhecer a pessoa em suas dimensões física, psicológica, social, familiar e existencial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS, de 12 de junho de 2018. Esclarecimentos acerca da tramitação dos estudos do tipo “relato de caso” no Sistema CEP/Conep para a área biomédica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- CALATI, Raffaella *et al.* Cancer diagnosis and suicide outcomes: âncer review and methodological considerations. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 295, p. 1201-1214, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.131.
- CHEN, Jie; PING, Zhiheng; HU, Deying; WANG, Jiaqing; LIU, Yilan. Risk factors associated with suicidal ideation among âncer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 14, 1287290, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1287290.
- DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. DOI: 10.12957/epp.2019.43015.
- EL-JAWAHRI, Areej *et al.* Multi-site randomized trial of inpatient palliative care intervention for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Journal of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 43, n. 24, p. 2700-2711, 2025. DOI: 10.1200/JCO-25-00378.
- ESSUE, Beverley M.; IRAGORRI, Nicolas; FITZGERALD, Natalie; DE OLIVEIRA, Claire. The psychosocial cost burden of âncer: a systematic literature review. *Psycho-Oncology*, Chichester, v. 29, n. 11, p. 1746-1760, 2020. DOI: 10.1002/pon.5516.
- FERREIRA, Amanda Pifano Soares *et al.* Criteria for referring pediatric and adult patients with hematological diseases to palliative care: Consensus of the Brazilian Association of Hematology, Hemotherapy and Cell Therapy (2025). *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, v. 48, n. 2, 106456, 2026. DOI: 10.1016/j.htct.2026.106456.
- GAGNIER, Joel J. *et al.* The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Medical Case Reports*, [s. l.], v. 7, art. 223, 2013. DOI: 10.1186/1752-1947-7-223.
- GUILLAUME, Matthieu; ENDOMBA, Francky Teddy; DORNIER, Alexandre; CHAUVET-GELINIER, Jean-Christophe. Association between depression before hematopoietic stem cell transplantation and posttransplant survival: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, v. 64, n. 2, p. 166-176, 2023. DOI: 10.1016/j.jaclp.2022.12.006.
- HEINRICH, Michael *et al.* Suicide risk and mortality among patients with âncer. *Nature Medicine*, New York, v. 28, p. 852-859, 2022. DOI: 10.1038/s41591-022-01745-y.

JANICSAK, Henrietta; UNGVARI, Gabor S.; GAZDAG, Gábor. Psychosocial aspects of hematopoietic stem cell transplantation. *World Journal of Transplantation*, Pleasanton, v. 11, n. 7, p. 263-276, 2021. DOI: 10.5500/wjt.v11.i7.263.

MUSSI, Ricardo Fraklin de Freitas; FLORES, Fabio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

PANGESTU, Stevanus; RENCZ, Fanni. Comprehensive Score for Financial Toxicity and health-related quality of life in patients with câncer and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Value in Health*, New York, v. 26, n. 2, p. 300-316, 2023. DOI: 10.1016/j.jval.2022.07.017.

SHORT, Abigail C.; KUROKI, Mika; COOMBS, Lorinda A. Palliative care referral in adult allogeneic hematopoietic stem cell transplants: na integrative literature review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, [s. l.], v. 42, n. 9, p. 962-970, 2025. DOI: 10.1177/10499091241287940.