**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALESSANDRA CRISTINA SARTORE BALSANELLI

**FATORES PREDITORES DA ESPERANÇA EM PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

**SÃO PAULO
2012**

ALESSANDRA CRISTINA SARTORE BALSANELLI

**FATORES PREDITORES DA ESPERANÇA EM PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadora:
Prof^a.Dr^a. Sonia Aurora Alves Grossi

**SÃO PAULO
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Balsanelli, Alessandra Cristina Sartore

Fatores preditores da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico / Alessandra Cristina Sartore Balsanelli. -- São Paulo, 2012.
105 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Sonia Aurora Alves Grossi

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Esperança 2. Depressão 3. Neoplasias mamárias 4. Dor
5. Auto-estima I. Título.

Folha de aprovação

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto- PROESA, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela candidata Alessandra Cristina Sartore Balsanelli, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Tese defendida em ____/____/2012.

A aluna foi considerada

() Aprovada

() Reprovada

Membros da Banca Examinadora

Assinatura

Prof.^a Dr.^a Sonia Aurora Alves Grossi (orientadora)

Prof.^a Dr.^a Cibele Andruciolli de Mattos Pimenta

Prof.^a Dr.^a Miako Kimura

Prof.^a Dr.^a Maria Gaby Rivero de Gutierrez

Prof.^a Dr.^a Tatiana de Sá Novato

Dedicatória

*Ao meu esposo Alexandre,
Sua preciosa companhia foi imprescindível
para a realização desta pesquisa!*

*À minha filha Laura,
Sua chegada encheu nossa vida de alegria!*

*Aos meus pais Luiz e Célia,
Que foram meu apoio em todas as fases
dessa conquista. É um privilégio tê-los
como meus pais!*

*À minha irmã Cássia, meu cunhado Nei,
sobrinhos João Pedro e Ana Luiza,
incentivo e companhia em minhas
necessidades!*

Agradecimentos

A Deus, pela Sua infinita Misericórdia e bondade presentes em minha vida!

À Professora Doutora Sonia Aurora Alves Grossi, pela orientação, compreensão e companheirismo. Pelo exemplo de ética profissional e na pesquisa!

À toda a minha linda família, pelo apoio e pela alegria de poder contar com vocês!

À Enfermeira Kaye Herth, que sempre esteve à disposição frente às nossas solicitações!

A todas as pacientes, que não mediram esforços para participarem desta pesquisa. Verdadeiros exemplos de esperança!

À equipe de enfermagem do Hospital Pérola Byington que carinhosamente me acolheu durante o período da coleta de dados. Mais que profissionais, tornamo-nos amigas!

Às enfermeiras Suellen Cristina de Sena, Ana Paula Shinkawa, Carla Uehara e ao enfermeiro Renato Ozeqi, pela importante colaboração na coleta de dados!

À Professora Doutora Cibele Andruciolli de Mattos Pimenta, pelas ricas contribuições no desenho desta pesquisa.

À Doutora Dálete Mota, pela colaboração desde a qualificação deste estudo.

A todos os amigos que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Sede alegres na esperança, pacientes na tribulação e perseverantes na oração”
Rom 12, 12

Balsanelli, ACS. Fatores preditores da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2012.

RESUMO

Esperança é definida como “uma força dinâmica multidimensional da vida caracterizada por uma expectativa confiável, contudo incerta, de conseguir um bom futuro que, à pessoa que espera, é realmente possível e significativo”. O presente trabalho teve por objetivos caracterizar a esperança em pacientes com câncer de mama no início e término do tratamento quimioterápico e identificar os fatores associados e preditores para a variação da esperança. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e prospectivo de corte longitudinal. Foi realizado em um Hospital Público de Grande Porte, Centro de Referência da Saúde da Mulher. Foram incluídos no estudo portadores de câncer de mama com estadiamento clínico I, II e III; com mais de 18 anos de idade; conscientes de seu diagnóstico; no primeiro tratamento quimioterápico e com capacidade de ler e responder aos questionários necessários. A amostra foi composta por 122 mulheres, com média de idade de 50 (± 10) anos e que responderam os instrumentos no início e no final do tratamento quimioterápico. Os instrumentos foram: Escala de Esperança de Herth; Questionário de Investigação do conhecimento do diagnóstico; Instrumento de coleta de dados sócio demográficos e clínicos; Karnofsky Performace Status, Escala Numérica de Dor, Inventário sobre *Coping*-Jalowiec, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala de Auto Estima de Rosenberg, Índice de Religiosidade da Universidade de Duke e o Pictograma de Fadiga. As análises foram realizadas por meio de estatística univariada para identificação dos fatores associados à esperança, e multivariada (regressão logística) para a identificação dos fatores preditores. Os resultados mostraram que a amostra estudada apresentou alto nível de esperança e que houve um aumento significativo nos escores de esperança ao final do tratamento ($p=0,0012$). Os fatores associados à esperança foram tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e início do tratamento ($p=0,013$), Karnofsky Performace Status ($p=0,02$), depressão ($p=0,004$), autoestima ($p=0,001$) e dor ($p=0,034$). Dentre as variáveis analisadas a dor apresentou-se com o único fator preditor para a esperança. A presença da dor tem a chance de diminuir a esperança em 2,199 vezes mais do que em pacientes que não apresentam dor. Os achados deste estudo permitem concluir que apesar do câncer e do tratamento quimioterápico as pacientes evoluíram no decorrer do tratamento com muita esperança, melhora da autoestima e do performace status e diminuição da depressão. As pacientes sem dor tiveram escores mais altos de esperança.

Palavras chaves: Esperança, valor preditivo dos testes, câncer de mama, dor, autoestima, depressão, Karnofsky Performance Status.

Balsanelli, ACS. Predictor factors of hope in patients with breast cancer undergoing chemotherapy [Thesis]. São Paulo (SP): School of Nursing, São Paulo University; 2012.

ABSTRACT

Hope is defined as “a multidimensional dynamic force of life characterized by a reliable expectation, however uncertain, of getting a good future, to the person who waiting, it really is possible and meaningful”. This study aimed to characterize the hope in patients with breast cancer at the beginning and end of chemotherapy treatment and identify associated factors and predictors for variation of hope. This is a quantitative study, exploratory and prospective longitudinal cutting. It was performed in a Large Public Hospital, Reference Center for Women’s Health. The study included breast cancer patients with clinical stage I, II e III; over 18 years of age; aware of their diagnosis. In the first chemotherapy treatment and able to read and answer the questionnaires needed. The sample consisted of 122 women with a mean age of 50 (± 10) years and who answered the instruments at the beginning and end of chemotherapy treatment. The instruments were: Herth Hope Index, Questionnaire for Research on knowledge of diagnosis; collection instrument socio-demographic and clinical data; Karnofsky Performace Status, Numerical Pain Scale, Inventory about Coping-Jalowiec, Hospital Scale of Anxiety and Depression, Scale of Rosenberg's Self Esteem, Religiosity Index of Duke University and the Fatigue Pictogram. The analyses were performed by univariate statistics to identify factors associated with hope, and multivariate (logistic regression) to identify analysis predictors. The results has shown that the sample had a high level of hope and that there was a significant increase in the scores of hope at the end of treatment ($p=0,0012$). The Factors associated with hope has been time elapsed between the onset of symptoms and treatment initiation ($p=0,013$), Karnofsky Performace Status ($p=0,02$), depression ($p=0,004$), self-esteem ($p=0,001$) and pain ($p=0,034$). Among the variables analyzed the pain has appeared with the only significant predictor for hope. The presence of pain has a chance to decrease the hope of 2,199 times higher than in patients without pain. The findings of this study allow concluding that despite the cancer and the chemotherapy treatment, the patients progressed during treatment with high hopes, improves self-esteem and performance status and decreased depression. The patients without pain had higher scores on hope.

Key-words: Hope, predictive value of tests , breast neoplasms , pain, self concept , depression, Karnofsky Performance Status.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorização da Esperança. São Paulo, 2012.	43
Quadro 2 - Categorização das Variáveis Sociodemográficas. São Paulo, 2012.	44
Quadro 3 - Categorização das Variáveis Clínicas e Psicosocioespirituais. São Paulo, 2012.	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Box-plot da variação do escore de EEH entre T0 e T1, São Paulo- 2012.	50
Figura 2 - Box-plot da variação do KPS entre T0 e T1, São Paulo- 2012.	51
Figura 3 - Box Plot da ansiedade na amostra. São Paulo, 2012	53
Figura 4 - Box Plot da autoestima na amostra. São Paulo, 2012	54
Figura 5 - Box plot do tempo de início dos sintomas com variação do escore de esperança. São Paulo, 2012.	57
Figura 6 - Box plot do KPS com variação do escore de esperança. São Paulo, 2012.	58
Figura 7 - Box plot da autoestima com variação do escore de esperança. São Paulo, 2012.	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Variação do escore de esperança entre início e término do tratamento quimioterápico, São Paulo-2012.	56
Gráfico 2 - Variação da dor entre T0 e T1 com variação do escore da EEH, São Paulo- 2012	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica na amostra, São Paulo-2012.....	47
Tabela 2 - Caracterização da esperança na amostra. São Paulo-2012	49
Tabela 3 - Avaliação do <i>Karnofsky Performance Status</i> na amostra, São Paulo-2012.....	51
Tabela 4 - Análise descritiva do <i>coping</i> na amostra, São Paulo-2012.....	51
Tabela 5 - Avaliação da Ansiedade na amostra, São Paulo-2012.....	52
Tabela 6 - Avaliação da Depressão na amostra, São Paulo-2012	53
Tabela 7 - Avaliação Autoestima na amostra, São Paulo-2012.....	54
Tabela 8 - Consistência interna da escala de Religiosidade da Duke - Durel, São Paulo-2012	54
Tabela 9 - Intensidade de Fadiga na amostra, São Paulo-2012.....	55
Tabela 10 - Associação do intervalo de tempo entre início dos sintomas e tratamento e a Esperança, São Paulo-2012	57
Tabela 11 - Associação entre a variação da Esperança e <i>KPS</i> , São Paulo-2012.....	58
Tabela 12 - Associação entre a variação da Esperança e Ansiedade e Depressão, São Paulo-2012	58
Tabela 13 - Associação entre a variação da Esperança e Autoestima, São Paulo-2012.....	59
Tabela 14 - Associação entre a variação da Esperança e Dor, São Paulo-2012	60
Tabela 15 - Odds ratio da dor e a variação da esperança, São Paulo-2012	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

T0	Primeira quimioterapia
T1	Última quimioterapia
EEH	Escala de Esperança de Herth
HHI	Herth Hope Index
KPS	Karnofsky Performance Status
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale – Escala Hospital de Ansiedade e Depressão
EAER	Escala de Autoestima de Rosenberg
AC/T	Adriamicina e Ciclofosfamida/ Taxol®
FAC	5 Fluoracil, Adriamicina e Ciclofosfamida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 MODELO TEÓRICO DA ESPERANÇA	16
1.2 FATORES ASSOCIADOS DA ESPERANÇA E CÂNCER DE MAMA – REVISÃO DE LITERATURA	27
2 OBJETIVOS.....	33
3 MÉTODO.....	35
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	35
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	37
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
3.4.1 Questionário de Investigação do conhecimento do diagnóstico.....	38
3.4.2 Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos.....	38
3.4.3 Esperança de Herth – EEH.....	38
3.4.4 Instrumentos de avaliação de fatores relacionados com a esperança	40
3.5 CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	43
3.5.1 Variável dependente	43
3.5.2 Variáveis Independentes	43
3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	44
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	45
4 RESULTADOS	47
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	47
4.2 AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA	49
4.3 AVALIAÇÃO DE FATORES RELACIONADOS COM A ESPERANÇA	50
4.4 FATORES ASSOCIADOS E PREDITORES DA ESPERANÇA.....	55
5 DISCUSSÃO	64
6 CONCLUSÕES.....	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	90
ANEXOS	93

1.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer desperta inúmeros sentimentos e emoções, e entre eles, a esperança. Esse sentimento pode ser visto como um recurso que auxilia os pacientes no enfrentamento do sofrimento psicológico associado à doença (Rustoen, Cooper, Miaskowski, 2010). Ter esperança é essencial depois que o diagnóstico de câncer é dado, pois a notícia causa sofrimento e é usualmente recebida como uma ameaça. É frequente o paciente acreditar que o diagnóstico de câncer é uma sentença de morte, o que provavelmente resultará em uma profunda perda de esperança acarretando consequências deletérias ao seu prognóstico (Sardell, Trierweiler, 1993; Rustoen, Wiklund, 2000).

Esperança é um estado relacionado a uma perspectiva positiva quanto ao futuro (Jakobsson et al., 1993); uma efetiva estratégia de enfrentamento (Herth, 1989; Aylott, 1998); expectativa de alcançar um objetivo, algo necessário para a vida (Stotland, 1969); “uma fantástica dimensão da vida” (Hickey, 1986); um poder interior que enriquece o ser (Herth, 1990); permite a transcendência da situação atual possibilitando uma nova consciência do ser (Herth, 1993); origina-se da fé em Deus, dá significado e alegria à vida (Holt, 2000); é imprescindível para o bem-estar espiritual (Wilkinson, 1996); uma palavra abstrata, conceito que significa coisas diferentes para cada pessoa durante épocas diferentes de sua vida (Nuland, 1995); está relacionada ao bem-estar, qualidade de vida, sobrevida e provê força para resolver problemas e enfrentamentos como perda, tragédia, solidão e sofrimento (Rustoen et al., 1998). A esperança não cura, mas dá ânimo ao paciente para que ele continue a lutar pela sua recuperação. Faz com que o paciente seja árbitro final de seu destino, pois é a fonte de energia para continuar tentando, mesmo quando se sabe que são poucas as possibilidades de sobrevivência (Groopman, 2004).

A esperança impulsiona o indivíduo a agir, se mover e alcançar. A falta de esperança o torna opaco, sem objetivos, aguardando a morte

(Stotland, 1969). O oposto da esperança, a desesperança, ocorre quando uma situação é insuperável e quando não são esperadas mudanças em relação à doença ou ao ambiente. O sentimento de desespero pode surgir em resposta a perdas e experiências dolorosas, bem como a grandes mudanças na vida, como uma doença. A partir da ativação de recursos internos e externos, com o passar do tempo, a desesperança tende a retroceder (Farran, Herth, Popovich, 1995). A desesperança e a depressão estão associadas ao desejo de acelerar a morte em pacientes com câncer em fase terminal (Breitbart et al, 2000).

O medo, a frustração e a raiva ameaçam a esperança (Forbes, 1999). A fadiga também pode ser um empecilho a ela, pois afeta o aspecto físico, psicológico, social e espiritual do indivíduo (Benzein; Berg, 2005; Potter, 2004; Mota, 2003).

O interesse pelo estudo da esperança relacionada à oncologia advém da década de 80 até os dias atuais (Nowotny, 1989; Herth, 1991; Poncar, 1994; Sartore; Grossi, 2008; Balsanelli; Grossi; Herth, 2010, 2011; Galvão et al, 2012). Tem sido mais estudada na população com câncer que em outras patologias, com exceção das doenças mentais (Herth, 2000). A esperança tem papel fundamental no paciente com câncer (Nowotny, 1989; Ballard et al, 1997). Ela está presente na descoberta do diagnóstico de câncer (Radziewicz; Baile, 2001), na primeira recorrência da doença (Herth, 2000; Ballard et al, 1997) e no paciente sob cuidados paliativos (Duggleby et al, 2007).

O enfermeiro destaca-se na função de estimular o sentimento de esperança em pacientes com câncer e seus familiares, pois mantém um contato próximo em virtude de cumulativas internações. Enfermeiros oncológicos podem estimular o aumento da esperança e o desejo pela vida, pois oferecem suporte emocional, informações sobre a doença e apóiam o tratamento (Hickey, 1986). Inspirar esperança é uma das contribuições da enfermagem ao paciente oncológico, já que o câncer é visto, geralmente, como uma doença ameaçadora e que apresenta um futuro sombrio (Poncar,

1994). A esperança e o desejo de viver são ingredientes necessários para o estabelecimento da confiança no tratamento (Hickey, 1986).

A esperança da cura e do controle dos sintomas do câncer está muito presente no paciente que se sujeita a tratamentos agressivos, mutilantes, longos e incertos. O desejo pelo restabelecimento da saúde, da integridade física e psíquica, é frequentemente revelado no comportamento de tais pacientes. O estudo do construto esperança tem despertado o interesse da comunidade científica na atualidade, pois parece estar diretamente relacionado ao sucesso dos tratamentos e ao manejo de sinais e sintomas do câncer.

1.1 MODELO TEÓRICO DA ESPERANÇA

O presente estudo define esperança segundo o modelo de Dufault e Martocchio (1985) que descreve a esperança em suas esferas e dimensões. As descrições são baseadas em dados clínicos coletados em um período de dois anos em 35 idosos com câncer. Esses dados poderiam ser generalizados a outros adultos e foram confirmados em um estudo longitudinal com 47 pacientes em estado terminal com diagnósticos variados. Os dados foram coletados através da observação dos participantes em múltiplos ambientes, incluindo o hospital e a residência dos sujeitos (Dufault; Martocchio, 1985).

Este modelo teórico foi eleito pela enfermeira Kaye Herth, autora de Herth Hope Scale e Herth Hope Index, escalas que mensuram a esperança.

As duas esferas e as seis dimensões da esperança, descritas a seguir, são pautadas no modelo teórico de Dufault e Martocchio (1985) e auxiliam na compreensão da complexa natureza da esperança (Dufault; Martocchio, 1985).

O modelo define esperança como “uma força dinâmica multidimensional da vida caracterizada por uma expectativa confiável, contudo incerta, de conseguir um bom futuro que, à pessoa que espera, é

realmente possível e significativo” (Dufault, Martocchio, 1985). A esperança tem implicações para a ação e para o relacionamento interpessoal. Esperar não é um ato único, mas um complexo de muitos pensamentos, sentimentos e ações que mudam com o tempo.

Esferas da esperança

As duas esferas da esperança, geral e particular, embora distintas, estão relacionadas. Ambas atendem a funções similares que variam em graus de abstração.

A esperança geral é uma sensação de algum benefício futuro, porém de desenvolvimento indeterminado. É ampla no espaço e não está vinculada a qualquer objeto abstrato ou concreto da esperança. Ela concede motivação para manter as responsabilidades e uma ampla perspectiva para a vida. Possibilita pensamentos que incluem flexibilidade e abertura a novos eventos. Apresenta-se como um guarda-chuva intangível que protege aquele que espera, pois lança uma irradiação positiva sobre a vida. Estende-se além das limitações do tempo e da matéria.

Diferente da esperança geral, a esperança particular está relacionada ao objeto da esperança, que pode ser concreto ou abstrato, explícito ou implícito. A esfera da esperança particular é caracterizada por tais expectativas:

- O que existe no presente pode ser melhorado;
- O que uma pessoa não tem agora pode ser alcançado ou recebido;
- As circunstâncias desejadas ocorrerão;
- O que é valorizado no presente pode ser parte do futuro daquele que espera;
- Possibilidades desfavoráveis não ocorrerão.

A esperança particular esclarece, prioriza e afirma o que a pessoa percebe ser de maior importância em sua vida. Preserva e restitui o significado da vida.

Durante o processo da esfera particular, outras potenciais esperanças são identificadas. Estas auxiliam no abandono de esperanças irreais e na focalização em novas esperanças.

Em algumas circunstâncias, as manifestações da esfera geral da esperança tornam-se mais evidentes. Essas circunstâncias incluem:

- Esperanças particulares são seriamente ameaçadas ou abandonadas;
- Esperanças particulares são de pouco interesse em virtude das incertezas;
- Esperanças particulares tornam-se mais abstratas e gerais.

Dimensões da Esperança

As dimensões são aspectos conceituais da esperança que, quando consideradas juntas, dão a forma da esperança. As seis dimensões da esperança são afetiva, cognitiva, comportamental, associativa, temporal e contextual. Cada dimensão é representada por um conjunto de componentes que estruturam a experiência da esperança. O processo da esperança é caracterizado por mudanças na ênfase entre as suas dimensões e seus componentes. Múltiplos processos da esperança relacionados a diferentes objetos podem estar ativos simultaneamente na mesma pessoa.

Dimensão Afetiva

A dimensão afetiva tem o foco sobre as sensações e emoções que fazem parte do processo da esperança. Componentes da dimensão afetiva incluem:

- Uma atração ao resultado desejável;

- Significado pessoal do resultado para o bem-estar daquele que espera;
- Sentimentos de confiança no resultado;
- Sentimentos de incertezas sobre o resultado;
- Um amplo espectro de sentimentos que podem acompanhar a esperança.

Os componentes são expressos de várias maneiras. Expressões dramáticas da dimensão afetiva referentes ao resultado incluem termos como “desejo”, “anseio” e “dor”. A pessoa experimenta não somente uma atração ao que é bom, mas também dependência e confiança ao que é bom, acreditando que isso seja importante para o seu bem-estar. Em alguns casos, o objeto da esperança envolve algo bom para outra pessoa, mas é significativo para o bem-estar próprio em virtude do seu relacionamento com essa outra pessoa.

Os sentimentos de confiança no resultado são expressos por sentimentos de confiança, otimismo, felicidade, entre outros. A confiança no resultado não é absoluta desde que haja uma incerteza. A incerteza está relacionada à possibilidade do desconhecido ou quando possíveis variáveis conhecidas podem alterar negativamente os resultados esperados.

Sentimentos associados à confiança e à incerteza sobre um resultado não são necessariamente experimentados ou descritos simultaneamente.

Descrevem-se diferentes sentimentos como medo, desamparo, fraqueza, desânimo, derrota, associados a circunstâncias difíceis ou situações de ameaça onde futuramente emerge a esperança.

O processo de esperança é estimulado enquanto os indivíduos tentam mudar as situações ou estar acima de suas influências. Quando a obtenção do objeto da esperança é pouco real, sentimentos de dor e sofrimento estimulam a mudança do objeto da esperança. A espera está intimamente relacionada à incerteza e traz consigo sentimentos como tensão, ansiedade, excitação, paciência, impaciência e inquietação.

A dimensão afetiva permeia todo o processo da esperança. Ela abrange múltiplos sentimentos, confortáveis e dolorosos. Portanto, não há um sentimento ou grupo de sentimentos que caracterizam o processo da esperança. Todos os sentimentos e respostas emocionais descritas na dimensão afetiva poderiam ser experimentados durante este processo, embora existam diferenças as quais são dominantes ou presentes em um momento específico. A confiança e a incerteza individuais sobre os resultados da esperança variam, bem como seus sentimentos de atração e significado pessoal do objeto da esperança.

Dimensão Cognitiva

A dimensão cognitiva foca o processo pelo qual o indivíduo anseia, imagina, admira, percebe, pensa, lembra, aprende, generaliza, interpreta e julga em relação à esperança. Os componentes da dimensão cognitiva incluem:

- Identificação dos objetos da esperança, como um bem desejado, objetivo;
- Avaliação da realidade em relação à esperança;
- Diferenciação dos fatores promotores e inibidores da esperança;
- Percepção do resultado desejado como realmente provável ou possível, embora incerto;
- Uso imaginário dos fatos do passado e presente que permitem crer que as possibilidades favoráveis são mais amplas do que pareciam e as possibilidades desfavoráveis são mais estreitas do que pareciam ser.

A esperança é baseada na perspectiva da pessoa. Depende da percepção da situação, das considerações da realidade e da extensão na qual as pessoas examinam e avaliam a realidade em relação ao objeto desejado.

Através do processo de exame da realidade em relação à esperança, a pessoa examina seus próprios recursos, limitações e fatores externos como ela e os outros os percebem. Os fatores externos incluem o ambiente físico e o social.

Dimensão comportamental

A dimensão comportamental tem seu foco sobre a orientação de ação da pessoa que espera em relação à esperança. Pode-se ter uma ação que afete diretamente o resultado desejado. Há também ações que são motivadas por suas esperanças, mas não afetam o resultado desejado.

Essas ações podem falhar em um dos quatro campos: psicológico, físico, social ou religioso. Ações do campo psicológico são atividades mentais, como a organização de ideias, planejamento de estratégias, tomada de decisões e pensamentos sobre como uma situação pode ser resolvida ou como pode ser criado um clima que satisfaça a esperança. Essas ações incluem ações para si mesmo e para os outros que ajudaram na realização da esperança. Outra ação do campo psicológico é a espera ativa por circunstâncias favoráveis.

Esforços para mudar uma perspectiva, ou aceitar o que não pode ser mudado em uma realidade sem perder a esperança, são ações do campo psicológico da dimensão comportamental, mas também envolvem a dimensão cognitiva e a afetiva.

Ações no campo físico são específicas, visíveis, são atos pessoais realizados pelo indivíduo para alcançar a esperança. Esses atos incluem atividades físicas e a *performance* para funções especiais. Por exemplo, alimentar-se com uma dieta balanceada, tomar vitaminas e outros medicamentos prescritos, exercitar-se ou descansar são ações para obter a esperança para um alívio de sintoma. Ações no campo social são atos que envolvem os outros. Uma ação é procurar ajuda dos outros para obter esperanças que não se alcançam sozinho.

Os campos sociais e religiosos da dimensão comportamental se sobrepõem à dimensão associativa. Ações do campo religioso são aquelas relacionadas à crença em um Poder Superior ou Deus. Alguns exemplos de ações são oração, meditação, jejum, seguimento de costumes religiosos, leitura de literatura espiritual, ouvir ou assistir a programas religiosos, pedir orações a um indivíduo ou a um grupo e contribuir com caridades. Para alcançar a esperança, os indivíduos podem clamar o auxílio de Deus para suplementar seus próprios esforços e os das outras pessoas para realizar o que eles mesmos ou os outros não podem realizar.

Sentimentos e atitudes pessoais auxiliam as ações que têm efeito sobre o resultado esperado. A esperança serve como um anestésico ou um isolamento em meio a uma dificuldade. A esperança predispõe o indivíduo a tomar sua própria forma de terapia ocupacional ou interpessoal.

Dimensão associativa (*Affiliative Dimension*)

A dimensão associativa tem o foco sobre o senso de relacionamento consigo mesmo, bem como sobre a sustentação da esperança. Esta dimensão inclui componentes da interação social, mutualidade, pessoas próximas e íntimas e autotranscendência. A dimensão associativa é caracterizada não somente pelo relacionamento com as pessoas, mas também pelo relacionamento com Deus (Ser Superior, Força Criadora) e com outros seres vivos.

Outras expressões de esperança que estão inclusas nessa dimensão são aquelas que explicitam confiança específica sobre ação ou resposta de outro para alcançar uma esperança particular. Entre elas estão a espera de que os médicos sejam capazes de fazer algo para o controle de sintomas; a de que os membros da família sejam capazes de prover os cuidados necessários em casa; a de que as pessoas possam tratá-lo como uma pessoa inteligente, de valor e de sentimentos; e a de que Deus dê Sua força ou ouça suas preces.

A dimensão associativa envolve, também, como os indivíduos procuram ajudar os outros ou como são receptivos à ajuda. Os outros servem como fontes de esperança de variadas formas. Através de sinais e informações adicionais, eles contribuem na compreensão da situação real da pessoa. Outras pessoas influenciam a continuação da esperança por sua afirmação, sustentação e encorajamento, bem como por sua escuta voluntária, partilha das esperanças, pensamentos e sentimentos associados. Outra expressão da dimensão associativa é ouvir como o indivíduo fala de seu sentido de pertença, interdependência e continuidade nos vários níveis, incluindo família, organizações, sociedade, universo e reino de Deus.

Dimensão Temporal

A dimensão temporal tem o foco sobre o tempo – passado, presente e futuro. A esperança é direcionada a um bom futuro, porém o passado e o presente também estão envolvidos no processo da esperança.

O futuro. As esperanças individuais são relacionadas ao futuro em diferentes caminhos. A extensão pela qual os indivíduos projetam sua esperança através do momento presente para o futuro depende de exemplos particulares de esperança. Algumas esperanças são específicas ao tempo e outras não; algumas são de curto prazo e outras de longo prazo. Algumas esperanças envolvem o imediato momento, próximo dia, semana, mês, ano ou década; outras são projetadas para um futuro indiferenciado, um futuro longínquo, ou para a eternidade. Ter esperança não específica ao tempo serve como um mecanismo de proteção; indivíduos são protegidos da decepção quando a esperança não é realizada em um tempo determinado. Esperanças não específicas ao tempo estendem oportunidades para afetar positivamente a esperança. Inversamente, em virtude da precariedade do tempo com antecipação limitada da duração da vida pela idade ou pela doença, indivíduos são conscientes de que, se suas esperanças são não específicas ao tempo, elas não serão realizadas. Então, os indivíduos usualmente têm um misto de esperanças, específicas ao tempo e não específicas.

O passado. O passado influencia a esperança de várias maneiras. Quando as pessoas experimentaram uma coisa boa que foi esperada no passado, elas desejam-na para o futuro. Quando as pessoas relembram um evento, uma atividade ou um relacionamento associado à esperança no passado, elas têm a oportunidade de experimentá-lo novamente. Por outro lado, quando as pessoas relembram situações do passado que foram dolorosas, tristes e insatisfatórias de alguma maneira, elas não farão parte do seu futuro. Às vezes, memórias de esperanças não realizadas renovam o sentido de desapontamento que acompanham o abandono da esperança. Por outro lado, memórias renovam o processo da esperança para alguns objetos ou para uma esperança substituta. Na discussão de esperanças anteriores não realizadas, os indivíduos descrevem como enfrentaram suas perdas e desapontamentos.

O presente. O presente é “o agora” que dá ao futuro uma oportunidade de emergir. A esperança estende o presente ao futuro. Os indivíduos esperam que o presente bom seja parte de seu futuro e que uma ameaça potencial não negue ou mude o bom para algo pior; esperam que o presente se torne melhor, que os déficits sejam eliminados ou que algo bom se torne ainda melhor. Em outras palavras, usa-se o presente como ponto de referência para o campo das realidades; eles não tentam estender além do presente, ou mudar o presente, mas esperam pôr algum grau de liberdade pessoal, autocontrole e perspectivas relacionadas a eventos ocorridos no presente.

Dimensão Contextual

A esperança é trazida ao pelotão da frente da consciência e da experiência dentro do contexto da vida, da maneira como é interpretada pela pessoa. A dimensão contextual tem o foco sobre aquelas situações da vida que permeiam, influenciam e fazem parte da esperança. De certo modo, os contextos servem como as circunstâncias que ocasionam a esperança, a oportunidade para que o processo da esperança seja ativado, ou uma situação para testar a esperança.

Um contexto frequente na qual a esperança é experimentada é a situação de perda atual ou potencial. Os tipos de perdas são os seguintes:

- Bem-estar físico e vida humana;
- Habilidades funcionais e independência;
- Habilidade para ser criativo e apreciar ou participar de atividades estéticas, intelectuais e de recreação;
- Habilidade para cumprir papéis;
- Relacionamentos significativos;
- Segurança nas finanças;
- Uma situação familiar vivida;
- Posses valiosas.

Um contexto no qual a esperança é experimentada é a oportunidade de trocas com os outros. As trocas podem ser partilhadas no sofrimento físico, emocional, dor ou alegria, e na troca de pensamentos e sentimentos com outros sobre suas próprias esperanças. Outras situações contextuais que contribuem para a esperança são aquelas que permeiam ou dão ascensão aos objetivos, ou os reajustam, renovando a vida, considerando os valores e o significado da vida, e antecipando e preparando para a morte.

A mesma situação da vida pode ser ocasião de esperança ou de desespero ou ambos, dependendo da interpretação e da resposta individual. Esperança e desespero não são opostos, nem o desespero é a ausência de esperança. Usando este conceito, algumas esferas ou dimensões da esperança estão sempre presentes. Somente quando a esperança é mal conceituada como unidimensional e orientada à personalidade, em vez de multidimensional e orientada aos processos, pode-se dizer que não há esperança.

Implicações para a Enfermagem

A compreensão das esferas e dimensões da esperança pode ajudar os enfermeiros a serem fontes de esperança para pacientes nas últimas fases da vida e para seus familiares. A distinção entre as esferas da esperança precisa ser considerada na sua avaliação. A mesma terminologia pode ser utilizada para expressar ambas as esferas. Quando o paciente diz “Eu tenho esperança”, poderia se referir a um sentido geral de um futuro bom, ou poderia se referir a uma esperança de natureza específica, como viver até depois do Natal ou morrer sem dor. O contexto da conversa dará sinais que ajudarão o enfermeiro na interpretação do significado. A implicação para a intervenção de enfermagem pode ser bastante diferente para as duas esferas.

A consciência da esperança como multidimensional pode orientar a escuta, a observação e a interação para detectar a presença de cada dimensão. A informação sobre as dimensões provê a percepção de como é o funcionamento da esperança e como o enfermeiro pode facilitar ou sustentar a esperança do paciente.

Estratégias relacionadas, que identificam a enfermagem como fonte de esperança, incluem comunicação e empatia; compreensão das preocupações, medos e dúvidas do paciente e dos familiares; auxílio às pessoas para que evitem que sejam imobilizadas pelos sentimentos; encorajamento ao paciente e à família. As estratégias da enfermagem podem ser direcionadas para a sustentação da esperança ou para a substituição de objetos da esperança.

Estimular a autoestima e as capacidades e diminuir sentimentos de incapacidade são estratégias que capacitam o paciente para a ação. A enfermagem pode explorar os caminhos para manter, fortalecer ou estimular relacionamentos consistentes com as pessoas, condições e esperanças. A enfermagem pode prover oportunidades para que as pessoas reconheçam que são amadas, cuidadas e importantes na vida dos outros, independente de sua doença.

1.2 FATORES ASSOCIADOS DA ESPERANÇA E CÂNCER DE MAMA – REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura aqui apresentada teve o intuito de fazer o levantamento de variáveis capazes de representar potenciais fatores preditores da esperança.

Para a presente revisão foi utilizada a estratégia de busca PICO, ferramenta utilizada para responder a pergunta da pesquisa, primordial para uma busca bibliográfica correta. A letra “P” do acrônimo PICO refere-se a *patient*, paciente ou população, a “I” refere-se a *intervention*, intervenção ou indicador, a “C” *comparison*, comparação ou controle, e a “O” *outcome*, resultado ou desfecho clínico (Nobre; Bernardo; Jatene, 2003; Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

A partir dessa estratégia foram eleitos os descritores para a questão do estudo: que fatores podem ser preditores da esperança no paciente com câncer de mama?

Foi realizada a revisão de literatura nos meses de julho a setembro de 2010 nas bases de dados Pubmed e Bireme. Não foram consultadas outras bases de dados, neste momento do estudo, em virtude da coincidência de vários artigos nas duas primeiras bases de dados.

Na base de dados Pubmed, após consulta aos descritores Mesh e acrescidos os termos livres, o acrônimo “P” correspondeu à (*breast neoplasms* OR *breast cancer*). Para o acrônimo “I” os termos correspondentes foram (*depression* OR (*psychological stress*) OR *anxiety* OR *religion* OR (*self esteem*) OR (*self concept*) OR *fatigue* OR *coping* OR (*psychological adaptation*) OR *coping behavior*) OR (*self efficacy*) OR *spirituality* OR (*social support*) OR *pain* OR (*cancer pain*) OR (*karnofsky performance status*)). O termo livre *hope* foi o termo correspondente ao acrônimo “O”. As palavras-chave ou descritores utilizados são a segunda ferramenta de maior importância após a formulação da pergunta através da estratégia PICO (Nobre; Bernardo; Jatene, 2003).

No mínimo dois desses componentes são obrigatórios na sistematização da pergunta (Richardson et al, 1995). A ferramenta *comparison* “C” não foi incluída na busca principal, pois é dispensável para o estudo em questão. Não foram utilizados quaisquer limites nesta base de dados.

A busca na base de dados Pubmed resultou em 140 artigos, dos quais 25 foram selecionados. Desses artigos selecionados, alguns foram excluídos por não terem o foco do estudo na esperança.

Foi também realizada uma busca por artigos na base de dados BIREME utilizando-se os mesmos descritores já citados. Previamente houve consulta no DeCS, descritores em ciências da saúde. Não foram utilizados quaisquer limites nesta base de dados. Essa busca identificou 94 artigos, dos quais 25 foram selecionados após a leitura dos resumos, sendo que 21 foram artigos idênticos da busca na base de dados Pubmed.

A leitura dos textos que descreviam fatores preditores da esperança possibilitou a revisão apresentada a seguir.

A esperança em pacientes com câncer de mama avançado tem sido associada à **religiosidade** como um caminho para o enfrentamento, como mediadora entre religiosidade e estilos de *coping*. Especial atenção deveria ser dada à esperança enquanto se trabalha com a religiosidade. A experiência da esperança na religiosidade pessoal é essencial para o enfrentamento do câncer e para permitir-lhe a confiança em suas crenças religiosas (Hasson-Ohayon et al, 2009).

Estudo com 100 idosos com câncer demonstrou que houve correlação positiva entre religiosidade intrínseca, bem-estar espiritual, esperança e outros estados positivos de humor. Correlação negativa foi encontrada entre religiosidade intrínseca, depressão e outros estados negativos de humor (Fehring; Miller; Shaw, 1997).

A esperança tem sido frequentemente associada à **fadiga**. Estudo em mulheres turcas com câncer de mama revela o aumento da fadiga, náusea, anorexia, vômito, constipação, depressão, perda de esperança para o futuro

e medo quando foram comparados os sintomas físicos e psicológicos no pré- tratamento e pós-tratamento (Can; Durna; Aydiner, 2004).

Estudo realizado com 183 pacientes com câncer teve o objetivo de explorar os níveis de esperança e de *coping* e se estes níveis estavam relacionados com o tipo de câncer. O resultado revelou que o nível de esperança foi relativamente alto, mesmo em pacientes com câncer avançado. Encontrou-se uma correlação positiva entre esperança e **estilo de coping** utilizado e **eficácia do coping** (Felder, 2004).

As reações de enfrentamento ao receber o diagnóstico de câncer de mama foram investigadas em um estudo qualitativo nacional. O sentimento de **desespero** foi o mais relatado. A fé em Deus foi a principal alternativa que as mulheres buscaram para enfrentarem o tratamento. Posturas diferentes às adotadas antes da doença foram relatadas, como serem menos rancorosas, valorizarem as coisas simples da vida e as pessoas que estão ao seu lado (Caetano; Gradim; Santos, 2009).

Na avaliação da **qualidade de vida** em pacientes com câncer, a esperança é um mediador parcial entre sofrimento psicológico e satisfação da vida. A esperança pode ser vista como um recurso que auxilia os pacientes no enfrentamento do sofrimento psicológico associado ao câncer. Os pacientes podem experimentar uma variedade de estressores físicos, psíquicos e sociais que podem ter um efeito diferencial em sua qualidade de vida considerando quão esperançosos eles são. Quanto pior o **estado de saúde**, menor o nível de esperança. Altos níveis de sofrimento psicológico predizem baixos níveis de satisfação da vida (Rustoen; Cooper; Miaskowski, 2010).

A **maneira como o diagnóstico é revelado** tem impacto na esperança. O diagnóstico de câncer deveria ser revelado individualmente, de maneira privativa, em um encontro face a face. Um terço das ações médicas realizadas ao dar o diagnóstico para o paciente é causa para a diminuição da esperança (Sardell; Trierweiler, 1993). Há uma relação **inversa entre esperança e verdade**: quanto maior a revelação da verdade, maior o declínio da esperança (Sonnenberg, 2004).

Os pacientes valorizam a esperança e o otimismo, querem que os médicos mantenham uma atitude de esperança e que as informações partilhadas “sejam honestas, porém não tão bruscas” para facilitar alguma esperança ou uma luz no fim do túnel (Hagerty et al, 2005).

Os pacientes com câncer de mama sofrem várias tensões em diferentes momentos. Antes da cirurgia existem medos e apreensões diretamente relacionados à anestesia e à cirurgia. Além disso, o medo da dor e de resultados não estéticos são relatados. No pós-operatório seus movimentos são limitados por curativos e drenos. Usualmente, aguardam-se vários dias pelo resultado histológico para se determinar qual o tratamento necessário e novos medos aparecem quando futuras cirurgias ou provável quimioterapia são interrogadas. Apesar da realidade de um bom prognóstico, essas mulheres são afetadas pelo medo de morrer em um futuro próximo. Suas incertezas relacionadas ao futuro vão além das reações da doença e das alterações das condições de vida, temem que suas próprias habilidades de enfrentamento sejam insuficientes. Estão em grande desespero e querem que suas vidas voltem ao que era anteriormente (Remmers; Holtgrawe; Pinkert, 2010).

Algumas mulheres preocupam-se mais com seus familiares do que consigo mesmas, têm medo de tornarem-se fardos para suas famílias em virtude dos efeitos de sua doença (Remmers; Holtgrawe; Pinkert, 2010).

As pacientes com câncer de mama pós-cirurgia esperam que o enfermeiro esteja ao seu lado em situações difíceis. Desejam simpatia e que ao mesmo tempo não lhes negue a esperança de um bom resultado para sua doença (Remmers; Holtgrawe; Pinkert, 2010).

O enfermeiro pode assegurar ao paciente que ele sobreviverá à crise, com a presença de encorajamento, mostrando-lhe suas próprias forças. É crucial para o bem-estar do paciente que um relacionamento verdadeiro seja desenvolvido entre ele e o enfermeiro durante a hospitalização. As pacientes valorizam o contato pessoal. Sentem-se seguras ao saber que o enfermeiro terá um tempo para ouvi-la quando requisitado. Os desejos expressos com relação à competência dos enfermeiros estão relacionados a serem dignos

de confiança bem como ao profissionalismo nos cuidados. Aos olhos das pacientes, a qualidade do cuidado aumenta se os profissionais evitam dar informações contraditórias e se os pacientes não têm que responder às mesmas questões repetidamente a todos os profissionais do grupo (Remmers; Holtgrawe; Pinkert, 2010).

Com o objetivo de atualizar a revisão de literatura, uma nova busca na base de dados Pubmed foi feita em agosto de 2012, utilizando-se os mesmos descritores. Foram identificados 177 artigos, dos quais 22 foram selecionados a partir da leitura dos resumos. A leitura dos artigos não revelou novos fatores associados à esperança, o que reafirma a busca inicial.

A avaliação da esperança em pacientes com câncer de mama revela sua importância nos estudos citados. Há também o interesse em se conhecer o que fatores podem estar associados ou serem preditores da esperança nesses pacientes e, assim, aprimorar a assistência de enfermagem. Não há estudos nacionais que investiguem o tema, o que instiga o interesse no desenvolvimento desta pesquisa.

Descreve-se aqui fator preditor como o fator que exerce influência positiva ou negativa em predizer um aumento ou uma diminuição no nível de esperança no paciente participante do presente estudo.

2.

Objetivos

2 OBJETIVOS

Caracterizar a esperança em pacientes com câncer de mama no início e ao término do tratamento quimioterápico.

Identificar os fatores associados e preditores para a variação da esperança no paciente com câncer de mama ao término do tratamento quimioterápico.

3.

Método

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e prospectivo de corte longitudinal.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher, que atende pacientes exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Pérola Byington presta assistência hospitalar e ambulatorial, sendo referência de excelência nas áreas de ginecologia e oncologia genital e mamária para a Região Metropolitana da Grande São Paulo. Destaca-se seu papel no tratamento do câncer ginecológico e mamário, reprodução humana, planejamento familiar, esterilidade, sexualidade, violência sexual e uroginecologia. Presta atividades de ensino, pesquisa e treinamento para médicos e profissionais de saúde, próprios ou de outras instituições (Hospital Pérola Byington, 2012).

A mastologia desenvolveu um programa que oferece condições para atendimento em área física específica. Possui mamógrafos, ultrassom, patologista e condições para dar continuidade ao atendimento (cirurgias, radio e quimioterapia). O hospital garante o acesso e resolatividade à população carente do serviço público, humaniza, aprimora a qualidade do serviço prestado à comunidade e reduz de imediato o número de casos avançados e a mortalidade, sem necessidade de investimentos suplementares (Hospital Pérola Byington, 2012).

No ambulatório de quimioterapia são atendidos, em média, 1000 (mil) pacientes por mês para procedimentos como quimioterapia, terapia com ácido zoledrônico e heparinização de catéter venoso central (Fonte: Supervisão de Enfermagem do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Pérola Byington).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por pacientes com câncer de mama atendidos no Hospital Pérola Byington, localizado em São Paulo, SP.

Para a composição da amostra, os critérios de inclusão foram: portadores de câncer de mama com estadiamento clínico I, II e III; com mais de 18 anos de idade; conscientes de seu diagnóstico; no primeiro tratamento quimioterápico e com capacidade de ler e responder aos questionários.

A equação para o cálculo do tamanho da amostra necessário para comparar o escore médio da escala de esperança com um valor de referência (populacional), supondo distribuição normal, é dada por:

$$n = \frac{\sigma^2 \left(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta} \right)^2}{\Delta^2}$$

onde:

: variância conhecida

: diferença entre as médias

: escore-z para significância α

: escore-z para o erro do tipo II

O cálculo da amostra foi estabelecido a partir do nível de confiança de 95%, poder de 80% e 20% do desvio padrão (Rosner, 2006).

A amostra de conveniência, a partir do agendamento da quimioterapia, foi inicialmente composta por 165 indivíduos que corresponderam aos critérios de inclusão. No início do estudo, na primeira quimioterapia, todos foram entrevistados e responderam aos instrumentos previstos. Ao final do tratamento, 122 pacientes concluíram o estudo, respondendo novamente aos questionários.

As perdas ocorreram em virtude de doença metastática confirmada em prontuário após a nossa primeira entrevista, 18 (11%), óbitos, 2 (1%), e alterações nos agendamentos, 23 (14%).

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os participantes do estudo foram previamente selecionados a partir do agendamento e da consulta ao prontuário no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Pérola Byington.

Os pacientes foram abordados pela pesquisadora no primeiro ciclo de quimioterapia e esclarecidos quanto aos objetivos e benefícios do estudo em questão, permitindo-se que manifestassem seu desejo de participar. Os interessados em fazer parte assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

No mesmo dia, foram orientados quanto à necessidade de responder a todos os questionários necessários à consecução dos objetivos do estudo no primeiro e no último ciclo de quimioterapia. Assim, a caracterização da participação de cada um foi feita em dois tempos: tempo zero – T0 e tempo final – T1.

A seguir, tomaram conhecimento dos instrumentos, que foram lidos e respondidos por eles próprios. Houve pacientes que, por indisposição física, tiveram auxílio da pesquisadora e/ou dos profissionais devidamente treinados para a leitura dos instrumentos. A pesquisadora esteve à disposição no mesmo ambiente do paciente para esclarecer quaisquer dúvidas.

As informações relativas aos aspectos clínicos como o estadiamento da doença, outros tratamentos e protocolo quimioterápico foram obtidas por meio da consulta ativa ao prontuário.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março de 2011 a março de 2012.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Questionário de Investigação do conhecimento do diagnóstico

Para saber se o paciente tinha consciência do seu problema de saúde, criou-se um questionário denominado **Investigação do conhecimento do diagnóstico** para a abordagem desse item, que foi um critério de inclusão. Nesse instrumento também havia um pequeno texto para que o participante do estudo demonstrasse sua capacidade de leitura (Anexo 2).

3.4.2 Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Um **instrumento idealizado por Mota** (2008) e adaptado para este estudo (Anexo 3) foi utilizado para a obtenção de dados sociodemográficos e clínicos. Ele contém informações como sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, situação atual de trabalho, renda mensal familiar e informações sobre a doença e o tratamento. Nesse instrumento, incluiu-se uma questão sobre indicativos pessoais de esperança.

3.4.3 Esperança de Herth – EEH

A avaliação da esperança, variável dependente neste estudo, foi realizada por meio da Escala de **Esperança de Herth – EEH** (Anexo 4).

A Escala de Esperança de Herth, originalmente denominada *Herth Hope Index* (HHI), foi validada por nós, para a língua portuguesa, no ano de 2007, por ser uma escala amplamente validada em diversas culturas (Herth, 1991, 1992; Sartore; Grossi, 2008; Benzein; Berg, 2003; Hsu; Lu; Tsou; Lin, 2003; Wahl et al, 2004; Ripamonti et al, 2012). Trata-se de uma escala de autorrelato, de fácil e rápida aplicação, com itens que quantificam a

esperança (Herth, 1992). É composta por 12 itens escritos de forma afirmativa e a sua graduação ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de discordo completamente a concordo completamente, onde 1 indica discordo completamente e 4 indica concordo completamente. O escore total varia de 12 a 48, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. As afirmações de número 3 e a de número 6 apresentam escores invertidos, isto é, discordo completamente tem escore 4 e concordo completamente tem escore 1.

No Brasil, o instrumento foi validado em uma amostra de 131 pacientes, sendo 47 pacientes oncológicos, 40 pacientes diabéticos e 44 acompanhantes, cuidadores ou familiares, destes pacientes. Obteve consistência interna representada pelo coeficiente Alpha de Cronbach de 0,834 (Sartore; Grossi, 2008).

Herth Hope Index (HHI) é uma adaptação de *Herth Hope Scale* (HHS), ambos desenvolvidos pela enfermeira Kaye Herth. O objetivo desta adaptação feita pela própria autora foi capturar a multidimensionalidade da esperança como representada por HHS, refletir claramente as dimensões originais da esperança em populações clínicas, reduzir o número e a complexidade dos itens e, então, apresentar uma ferramenta mais útil clinicamente. O *Herth Hope Index* foi designado para facilitar a avaliação da esperança em vários intervalos, onde as variações nos níveis de esperança podem ser identificadas. Com adequada validade e confiabilidade, auxilia pesquisadores na avaliação dos estados de esperança entre os pacientes e na avaliação da efetividade das estratégias de aumento da esperança. Foi validada nos Estados Unidos em 1992 em uma população de 172 adultos, dos quais 70 possuíam doença aguda, 71 eram doentes crônicos e 31 eram doentes terminais, e obteve consistência interna representada pelo coeficiente Alfa de Cronbach de 0,97 (Herth, 1992).

3.4.4 Instrumentos de avaliação de fatores relacionados com a esperança

Os outros instrumentos utilizados neste estudo serviram para possibilitar a avaliação de fatores que pudessem estar relacionados com a esperança no paciente com câncer de mama. Eles foram selecionados por serem capazes de mensurar as variáveis relacionadas com o tema esperança, variáveis essas identificadas após extensa revisão de literatura utilizando-se a estratégia PICO, já descrita anteriormente. Além disso, já estavam validados de forma confiável na literatura científica brasileira .

Assim, os instrumentos utilizados, além da Escala de Esperança de Herth, foram: **Karnofsky Performance Status**, **Escala Numérica de Dor**, **Inventário sobre Coping-Jalowiec**, **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER)**, **Índice de Religiosidade da Universidade de Duke** e o **Pictograma de Fadiga**.

A avaliação do estado de saúde dos pacientes foi realizada por meio do instrumento **Karnofsky Performance Status** (Anexo 5), que foi preenchido pelo investigador após a avaliação clínica do paciente. O **Karnofsky Performance Status** é um instrumento amplamente utilizado na oncologia clínica para a avaliação do estado geral do paciente e auxilia na determinação de prováveis tratamentos a serem realizados. Embora não haja estudos de validação para a língua portuguesa, sua utilização na clínica e na pesquisa o tornou bastante confiável. O escore varia de 0 a 100% onde 0 indica morte e 100% indica saúde plena (Karnofsky; Burchenal, 1949).

Para a avaliação da dor foi aplicada a **Escala Numérica de Dor** (Huskisson, 1974) que permite que o paciente caracterize a intensidade da dor por meio de valor numérico de 0 a 10 (0 = ausência de dor e 10 = pior dor imaginável), sendo 0 – sem dor; 1 – dor leve (1-4); 2 – dor moderada (5-7); 3 – dor intensa (8-10) (Cleeland et al, 1994; Ferreira et al, 2008).

O coping foi avaliado através do **Inventário sobre Coping-Jalowiec** (Anexo 6), um instrumento que tem por objetivo identificar as características

individuais de estratégias para enfrentamento de estressores. É composto por 60 afirmações divididas em oito estilos de *coping* baseados em elaboração cognitiva e comportamentos, sendo eles: confrontivo (quando há confrontação da situação e resolução do problema de forma combativa), evasivo (quando se utilizam atividades evitativas na tentativa de afastar-se do problema), otimista (uso de pensamentos otimistas e comparações positivas sobre o problema), fatalista (sentimentos de falta de controle da situação, desesperança em relação ao problema), emotivo (expressão de emoções na linguagem relacionada ao problema), paliativo (tentativa de minimizar a importância do problema), sustentativo (uso de suporte pessoal, profissional e espiritual para enfrentar o problema) e autoconfiante (utiliza mais seus próprios recursos e faz pouco uso de estratégias que envolvam outras pessoas). O Inventário sobre *Coping*-Jalowiec foi validado para a cultura brasileira em idosos com comprometimento cognitivo, observando-se boa confiabilidade (Souza-Talarico, 2009). Para o escore final, encontra-se a pontuação de meio (número de afirmações de um determinado estilo de *coping* dividido pelo total de afirmações deste mesmo estilo). Com a pontuação de meio de um determinado estilo encontra-se a pontuação relativa referente a este estilo dividindo-se sua pontuação de meio pela soma de todas as pontuações de meio. A pontuação relativa mais alta representa o estilo de *coping* predominante (Vitaliano; Maiuro; Russo; Becker, 1987).

Ansiedade e depressão foram avaliadas através da **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** (Anexo 7). A validação da versão em português foi realizada em pacientes de uma enfermaria da clínica médica (Botega et al, 1995) e mantém seu uso na clínica (Marcolino et al, 2007). Um diferencial entre HADS e as demais escalas é que para prevenir a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação da escala foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças físicas (Marcolino et al, 2007). A escala HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação geral para cada subescala varia de zero a

21(Botega et al, 1995). Os pontos de corte recomendados para ambas as subescalas são: HAD – ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD – depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 (Zigmond; Snaith, 1983). É uma escala de fácil aplicação e compreensão com o tempo de preenchimento de aproximadamente 4 minutos (Botega et al, 1995).

A autoestima foi avaliada através da **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER)** (Anexo 8). É uma escala composta por 10 afirmações com escore de 0 a 3 onde quanto maior o escore, menor a autoestima. A versão para a língua portuguesa dessa escala apresentou bons índices de reprodutibilidade e validade com pacientes que iriam se submeter à cirurgia plástica (Dini, 2000). Foi utilizada também para a avaliação da autoestima em pacientes oncológicos, diabéticos e seus acompanhantes ou cuidadores (Sartore; Grossi, 2008).

A prática de religiosidade foi avaliada pela **Escala de Religiosidade da Duke – DUREL** (Anexo 9). A DUREL possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO) – primeira questão; não organizacional (RNO) – segunda questão; religiosidade intrínseca (RI) – grupo das três últimas questões. A versão adaptada para o português está disponível para o uso, porém os autores sugerem que sejam feitos estudos de validade e confiabilidade dessa versão na população brasileira (Moreira-Almeida et al, 2008). Para a obtenção do escore final, associa-se o número correspondente à resposta para o resultado naquela dimensão, porém com escore invertido, ou seja, maiores escores significam menor religiosidade.

A fadiga nos pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico foi avaliada pelo **Pictograma de Fadiga** (Anexo 10), validado para a cultura brasileira. O pictograma é uma escala composta por duas questões graduadas em cinco ilustrações legendadas que avaliam a intensidade e o impacto da fadiga. Não há ponto de corte para diagnóstico ou classificação da intensidade da fadiga. Para o teste das propriedades psicométricas, cada item foi avaliado separadamente (Mota; Pimenta; Fitch, 2009).

3.5 CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para esse estudo, foi considerada como variável dependente a Esperança.

As variáveis independentes foram selecionadas a partir da estratégia de revisão de literatura, pelo método PICO, e estão apresentadas nos quadros a seguir.

3.5.1 Variável dependente

O tratamento adotado para a variável Esperança neste estudo apresenta-se no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorização da Esperança. São Paulo, 2012.

Variável Dependente	Categorias	Tipo de Variável
Esperança	Escore de 12 a 48	Discreta

A variável foi considerada discreta e, como não há ponto de corte para a Escala de Esperança de Herth, define-se como sendo alta ou baixa esperança a partir do escore final apresentado pela paciente e quanto maior o escore, maior a esperança.

3.5.2 Variáveis Independentes

Os Quadros 2 e 3 descrevem como as variáveis independentes foram categorizadas.

Quadro 2 - Categorização das Variáveis Sociodemográficas. São Paulo, 2012.

Variável	Categorias	Tipo de Variável
Idade	Idade do paciente	Contínua
Sexo	Feminino ou Masculino	Nominal
Estado civil	Estado civil do paciente	Nominal
Escolaridade	Escolaridade do paciente (4 a 15 anos)	Discreta
Religião	Religião do paciente	Nominal
Emprego	Sim ou Não	Nominal
Número de pessoas na casa	Número de moradores	Discreta
Renda familiar mensal (em salários-mínimos)	Número de salários	Contínua

Quadro 3 - Categorização das Variáveis Clínicas e Psicosocioespirituais. São Paulo, 2012.

Variável	Categoria	Tipo de variável
KPS	0 a 100%	Discreta
Início dos Sintomas	Em meses	Contínua
Data do diagnóstico	Em meses	Contínua
Tratamento atual	(QT; QT + RT)	Nominal
Protocolo de QT	Protocolo de tratamento utilizado	Nominal
Tratamento anterior	Cirurgia, RT, HT	Nominal
Comorbidades	Comorbidades do paciente	Nominal
Dor	Sim ou Não	Nominal
Dor	0 a 10	Contínua
<i>Coping</i>	Pontuação de meio e pontuação relativa	Contínua
Ansiedade e Depressão	0 a 21(A); 0 a 21 (D)	Discreta
Autoestima	0 a 30	Discreta
Religiosidade	5 a 27	Discreta
Fadiga	Sim e Não	Nominal

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após as entrevistas com as pacientes, os dados foram inseridos em um banco de dados do *Excell*. Sob a orientação de um profissional estatístico, os dados foram analisados e submetidos aos testes pertinentes à consecução dos objetivos deste estudo.

As variáveis que não seguem distribuição normal, avaliadas no momento pré e pós tratamento, foram comparadas com o teste dos sinais Wilcoxon.

A distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada com o teste de Kolmogorov-Smirnov e foi descrita com média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico.

As variáveis categóricas foram descritas pelas estatísticas de frequência absoluta (n) e relativa (%).

A confiabilidade interna das questões da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL foi avaliada pelo Alfa de Cronbach.

A associação entre as variáveis categóricas e a esperança foi avaliada com o teste qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança ou teste exato de Fisher.

As médias das variáveis com distribuição normal, em relação à esperança, foram avaliadas com o teste t-Student. As demais com o teste de Mann-Whitney.

As variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística.

Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, CEP EEUSP (Apêndice 1), e do Hospital Pérola Byington (Apêndice 2).

Os pacientes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a legislação brasileira (Anexo 1). O TCLE foi preenchido em duas vias, das quais uma ficou com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

4.

Resultados

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em quatro partes. A primeira refere-se à caracterização da amostra incluindo dados sociodemográficos e clínicos. A segunda parte apresenta a avaliação da esperança. Na terceira parte será apresentada a avaliação de fatores relacionados à esperança no início e no fim do tratamento quimioterápico. Na quarta parte serão apresentados os resultados da análise univariada, que determinou as variáveis associadas à esperança, e da análise multivariada, em que o fator preditor da esperança foi identificado por meio da regressão logística.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização **sociodemográfica** da amostra está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica na amostra, São Paulo-2012

Variável	n	%
Sexo (Feminino)	122	100%
Idade(anos), média e desvio padrão	50	10
Estado civil		
Casada	67	54,9%
Solteira	36	29,5%
Divorciada	14	11,5%
Viúva	5	4,1%
Número de pessoas que moram na residência	3	(2-4)
Mediana (intervalo interquartilico)		
Escolaridade (anos)	8,5	(4-11)
Mediana (intervalo interquartilico)		
Religião		
Não tem	2	1,6%
Católica	66	54,1%
Evangélica	39	32,0%
Espírita	7	5,7%
Congregação Cristã	2	1,6%
Testemunha de Jeová	4	3,3%
Outra	2	1,6%
Emprego		
Sim	37	30,3%
Não	85	69,7%
Renda familiar mensal (R\$)	1200	(800-2000)
Mediana (intervalo interquartilico)		

A amostra foi composta por 122 mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, com média de idade de 50 (DP=10,6) anos. A maioria era casada e de religião católica. As participantes do estudo tinham mediana de escolaridade de 8,5 anos e intervalo interquartilico de (4-11).

Quando questionadas se exerciam atividade remunerada no início do tratamento, a maioria relatou estar desempregada.

Oito pacientes moravam sozinhas e, para toda a amostra, a mediana de moradores na residência foi de 3 e intervalo interquartilico de (2-4) pessoas. Quanto à renda familiar mensal, a amostra obteve uma mediana de R\$1.200,00 com intervalo interquartilico de (R\$ 800,00 – R\$ 2.000,00).

A caracterização dos **aspectos clínicos** da amostra está apresentada a seguir.

Interrogadas quanto ao tratamento que realizavam naquele ambulatório, 97,55% das pacientes responderam quimioterapia. Apenas três pacientes responderam sem utilizar o termo quimioterapia e disseram: “tratamento porque tirou a mama”; “tomar medicação” e “do câncer de mama”. Nenhuma paciente havia realizado tratamento quimioterápico anterior.

Ao serem questionadas sobre qual seu diagnóstico, 90% das pacientes responderam câncer de mama. Doze pacientes responderam utilizando termos como “cancinho”, “nódulo no seio”, “o exame deu positivo”, “maligno”, “2 cm, não foi um dos piores”.

O início dos sintomas do câncer de mama apresentou uma mediana de 8 e intervalo interquartilico de (6-13) meses com o mínimo de 3 meses e o máximo de 46 meses. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento obteve uma mediana de 4 meses e intervalo interquartilico de (3-5), sendo o mínimo de um mês e o máximo de 13 meses.

Apenas uma paciente (0,8%) realizou tratamento radioterápico concomitante ao início da quimioterapia.

Os principais protocolos quimioterápicos utilizados nessa amostra foram: **AC/T (39,5%)** na adjuvância pós-cirurgia da mama, 4 ciclos de Adriamicina (60mg/m²) e Ciclofosfamida (600mg/m²), seguido de 4 ciclos de Taxol[®] (175mg/m²) a cada 21 dias; **FAC (16,5%)**, 6 ciclos de 5-FU (500mg/m²), Adriamicina (50mg/m²) e Ciclofosfamida (600mg/m²) a cada 21 dias e o **Protocolo de Pesquisa Multicêntrico (12%)** onde se utilizavam as drogas Docetaxel (75mg/m²), Adriamicina (50mg/m²) e Ciclofosfamida (500mg/m²) por 6 ciclos a cada 21 dias. A média da duração do tratamento quimioterápico entre T0 e T1 foi de 4,2 meses.

O tratamento cirúrgico (mastectomia ou quadrantectomia) foi realizado em 77 pacientes (63%) previamente à quimioterapia.

Duas pacientes (1,6%) realizaram tratamento hormonioterápico e três pacientes (2,5%) realizaram radioterapia previamente à quimioterapia.

Hipertensão arterial e diabetes mellitus foram as comorbidades mais frequentes, 43 (35%) e 11(9%) pacientes respectivamente.

4.2 AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA

A variação dos escores obtidos através da aplicação da Escala de Esperança de Herth (EEH) na amostra estudada está apresentada na Tabela 2 e na Figura 1.

Tabela 2 - Caracterização da esperança na amostra. São Paulo-2012

EEH ESCORE	N	Mediana	Intervalo interquartilico (1º - 3º quartil)	
T0	122	43	39	46
T1	122	45	39	46

p= 0,012 Teste dos sinais de Wilcoxon

Figura 1 - Box-plot da variação do escore de EEH entre T0 e T1, São Paulo- 2012.

O aumento da esperança ao final do tratamento quimioterápico foi estatisticamente significativo ($p=0,0012$).

As pacientes responderam uma questão aberta sobre esperança: “O que lhe dá mais esperança?”. As respostas mais frequentes foram: Deus/ Fé em Deus (34,5%), Desejo de viver/ Cura (29,5%) e Família (25,5%). Não houve associação entre as respostas e a variação do escore de esperança entre T0 e T1.

4.3 AVALIAÇÃO DE FATORES RELACIONADOS COM A ESPERANÇA

A avaliação do *Karnofsky Performance Status* está apresentada na Tabela 3 e Figura 2.

Tabela 3 - Avaliação do *Karnofsky Performance Status* na amostra, São Paulo-2012

KPS	N	Mediana	Intervalo interquartílico (1º - 3º quartil)	
T0	122	90	90	90
T1	122	90	90	100

p= 0,007 Teste dos sinais de Wilcoxon

Figura 2 - Box-plot da variação do KPS entre T0 e T1, São Paulo- 2012.

Os valores de KPS aumentaram no momento T1 em relação ao T0 e esse aumento foi estatisticamente significativo (p= 0,007).

A presença e a intensidade da dor foram investigadas nos momentos T0 e T1. No início da quimioterapia 54 pacientes (44%) referiram sentir dor na mama. Ao término do tratamento 47 pacientes (38,5%) queixaram-se de dor. A intensidade da dor foi moderada no início e no término do tratamento. A média do escore em T0 foi de 6,4 e em T1 foi de 5.

A avaliação por meio do Inventário sobre *Coping*-Jalowiec nos momentos T0 e T1 identificou o estilo de *coping* predominante. A análise descritiva está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise descritiva do *coping* na amostra, São Paulo-2012

Coping	T0		T1	
	n	%	N	%
Fatalista	3	2,5	1	0,8
Confrontivo	47	39,2	45	37,5
Sustentativo	49	40,8	48	40,0
Otimista	46	38,3	58	48,3
Autoconfiante	22	18,3	18	15,0
Emotivo	0	0,0	3	2,5

No início do tratamento quimioterápico, as pacientes apresentaram o estilo sustentativo predominante. No término do tratamento, o estilo otimista prevaleceu.

As variáveis ansiedade e depressão foram avaliadas através da aplicação do HADS, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. As Tabelas 5 e 6 e a Figura 3 revelam o resultado da alteração da ansiedade e da depressão nas pacientes do estudo.

Tabela 5 - Avaliação da Ansiedade na amostra, São Paulo-2012

HADS – A	N	Mediana	Intervalo interquartilico (1º - 3º quartil)	
T0	122	6	3	9
T1	122	4	2	8

p = 0,001 Teste dos sinais de Wilcoxon

Figura 3 – Box-plot da ansiedade na amostra. São Paulo, 2012

A ansiedade (HADS-A) diminuiu no T1 e essa diminuição foi estatisticamente significante ($p=0,001$).

Tabela 6 - Avaliação da Depressão na amostra, São Paulo-2012

HADS – D	N	Mediana	Intervalo interquartílico (1º - 3º quartil)	
T0	122	4	2	6
T1	122	3	2	6

$p = 0,633$ Teste dos sinais de Wilcoxon

A variável depressão (HADS-D) manteve-se inalterada entre T0 e T1 (0,633).

A Tabela 7 e a Figura 4 apresentam a variável auto-estima que foi avaliada por meio da Escala de Auto Estima de Rosenberg (EAER).

Tabela 7 - Avaliação Autoestima na amostra, São Paulo-2012

EAER	N	Mediana	Intervalo interquartílico (1º - 3º quartil)	
T0	122	7	3	11
T1	122	4	2	8

p = 0,001 Teste dos sinais de Wilcoxon

Figura 4 – Box-plot da autoestima na amostra. São Paulo, 2012

O escore da autoestima apresentou uma diminuição significativa no término do tratamento em relação ao início ($p=0,001$). O escore da EAER tem valor invertido, portanto, para escore 0 (zero) há maior autoestima. A autoestima aumentou durante o tratamento quimioterápico para as pacientes que trataram o câncer de mama.

A Escala de Religiosidade da Duke – DUREL teve a sua consistência interna analisada neste estudo conforme sugerido pelos autores que a validaram, como pode ser vista na Tabela 8.

Tabela 8 - Consistência interna da escala de Religiosidade da Duke - Durel, São Paulo-2012

	T0	T1
Religiosidade	Alpha se item é retirado	Alpha se item é retirado
Q1	0,586	0,732
Q2	0,659	0,703
Q3	0,650	0,729
Q4	0,629	0,677
Q5	0,524	0,595
Alpha de Cronbach	0,666	0,736

No T0 as questões Q2, Q3 e Q4 poderiam ser excluídas sem alterar o valor de Alpha. Já no T1, as questões Q1, Q2 e Q3 poderiam ser excluídas sem alterar o valor de Alpha. A consistência interna aumenta em T1.

A Escala de Religiosidade da Duke – DUREL avaliou as três dimensões da religiosidade nos momentos T0 e T1: a dimensão organizacional, não organizacional e intrínseca. A variável religiosidade não apresentou alteração significativa entre T0 e T1 ($p=0,110$).

A fadiga foi avaliada pelo Pictograma de Fadiga, que é composto por duas questões, uma sobre intensidade e outra sobre o impacto da fadiga. Ambas foram avaliadas separadamente.

Tabela 9 - Intensidade de Fadiga na amostra, São Paulo-2012

Fadiga – A	N	Mediana	Intervalo interquartilico (1º - 3º quartil)	
T0	122	2	2	3
T1	122	2	2	3

$p = 0,050$ Teste dos sinais de Wilcoxon

A questão 1 do Pictograma de Fadiga – quanto cansado você se sentiu na última semana – revelou-se inalterada entre T0 e T1, porém não foi estatisticamente significativa. A questão 2 – quanto a sensação de cansaço

te impede de fazer o que você quer fazer – não apresentou significância estatística entre T0 e T1.

4.4 FATORES ASSOCIADOS E PREDITORES DA ESPERANÇA

A associação entre todas as variáveis (quantitativas e categóricas) e a variação da esperança foi avaliada neste estudo. Serão aqui apresentadas apenas as que apresentaram associação significativa.

Como a Escala de Esperança de Herth não possui ponto de corte, houve necessidade de dividir a amostra em dois grupos, sendo um que **manteve ou aumentou** o escore da esperança durante o tratamento e outro grupo que **diminuiu**, como demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Variação do escore de esperança entre início e término do tratamento quimioterápico, São Paulo-2012

A maioria das pacientes apresentou um aumento da esperança ao término do tratamento. Em 35% da amostra houve uma diminuição do escore da EEH. O aumento da esperança foi significativo ($p=0,012$).

Todas as análises para a identificação dos fatores associados e preditores foram feitas considerando a variação da esperança categorizada

(diminuiu ou manteve/aumentou) nos momentos T0 e T1. Estas análises caracterizaram a estatística univariada que permitiu o levantamento das variáveis associadas à esperança.

A demora na busca de tratamento pelas pacientes desde o início dos sintomas do câncer de mama apresentou uma mediana de tempo de 8 e intervalo interquartílico de (6-13) meses. A Tabela 11 e a Figura 5 demonstram a associação entre a esperança e o intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e início do tratamento.

Tabela 10 - Associação do intervalo de tempo entre início dos sintomas e tratamento e a Esperança, São Paulo-2012

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartílico (1º e 3º quartil)		P
Início dos sint (meses)	Manteve / Aumentou	8	6	12	0,013
	Diminuiu	11	7	17

Figura 5 – Box-plot do tempo de início dos sintomas com variação do escore de esperança. São Paulo, 2012.

As pacientes que mais demoraram a iniciar o tratamento quimioterápico apresentaram diminuição significativa nos escores de esperança ao longo do tratamento ($p=0,013$). A análise univariada caracteriza essa variável como um fator associado à esperança.

A Tabela 11 e a Figura 6 apresentam a relação do *KPS*, avaliação do estado de saúde da paciente, com a variação da esperança.

Tabela 11 - Associação entre a variação da Esperança e *KPS*, São Paulo-2012

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartilico (1° e 3° quartil)		P
KPS T0	Manteve / Aumentou	90	90	90	0,226
	Diminuiu	90	80	90	
KPS T1	Manteve / Aumentou	90	90	100	0,020
	Diminuiu	90	90	90

Figura 6 – Box-plot do *KPS* com variação do escore de esperança. São Paulo, 2012.

O grupo que diminuiu os escores de esperança apresentou valores menores de *KPS* no momento T1. Essa diminuição foi estatisticamente significativa ($p=0,02$). A análise univariada caracteriza essa variável como um fator associado à esperança.

A avaliação da ansiedade e depressão foi realizada e associada com a variação da esperança entre T0 e T1. A associação pode ser vista na Tabela 12.

Tabela 12 - Associação entre a variação da Esperança e Ansiedade e Depressão, São Paulo-2012

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartílico (1º e 3º quartil)		P
HADS Escore A T0	Manteve / Aumentou	6	3	10	0,721
	Diminuiu	6	4	8	
HADS Escore A T1	Manteve / Aumentou	4	2	7	0,087
	Diminuiu	5	3	9	
HADS Escore D T0	Manteve / Aumentou	4	2	6	0,645
	Diminuiu	5	3	6	
HADS Escore D T1	Manteve / Aumentou	3	1	5	0,004
	Diminuiu	5	3	8	

O grupo que diminuiu a esperança durante o tratamento apresentou um aumento significativo nos escores de depressão ($p=0,004$). A análise univariada caracteriza essa variável como um fator associado à esperança.

Os resultados da associação entre a variação da esperança durante o tratamento e a autoestima estão demonstrados na Tabela 14 e na Figura 7.

Tabela 13 - Associação entre a variação da Esperança e Autoestima, São Paulo-2012

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartílico (1º e 3º quartil)		P
EAER Escore T0	Manteve / Aumentou	8	3	11	0,060
	Diminuiu	6	2	9	
EAER Escore T1	Manteve / Aumentou	3	2	7	0,001
	Diminuiu	7	3	10

Figura 7 - Box plot da autoestima com variação do escore de esperança. São Paulo, 2012.

Esses resultados demonstram que o grupo que teve a esperança diminuída entre T0 e T1 apresentou maiores escores de autoestima no T1 e esse valor foi significativo ($p=0,001$). Deve-se considerar que o escore da EAER é invertido, ou seja, as pacientes desse estudo que tiveram esperança diminuída tinham menor autoestima. A análise univariada caracteriza essa variável como um fator associado à esperança.

A investigação da dor no início e no término do tratamento associada à variação da esperança está representada na Tabela 14.

Tabela 14 - Associação entre a variação da Esperança e Dor, São Paulo-2012

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartílico (1º e 3º quartil)		P
Dor T0	Manteve / Aumentou	0	0	5	0,034
	Diminuiu	4	0	7	
Dor T1	Manteve / Aumentou	0	0	3	0,641
	Diminuiu	0	0	5	

$p = 0,034$ Teste qui-quadrado

As pacientes que referiram dor no T0 tiveram o escore de esperança diminuído ao final do tratamento. Essa diminuição foi estatisticamente significativa ($p= 0,034$). A análise univariada caracteriza essa variável como um fator associado à esperança.

Gráfico 2 - Variação da dor entre T0 e T1 com variação do escore da EEH, São Paulo-2012

O Gráfico 2 revela que as pacientes que relataram dor apresentam percentual maior de diminuição do escore da Escala de Esperança de Herth em relação às pacientes que não relataram dor.

As variáveis que apresentaram significância estatística nessa análise univariada foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística. Este modelo caracterizou a estatística multivariada que permitiu a identificação das variáveis preditoras da esperança.

De todas as variáveis testadas, a dor foi a única variável preditora da esperança na amostra estudada.

A Tabela 15 demonstra a regressão logística realizada para a variável dor.

Tabela 15 - Odds ratio da dor e a variação da esperança, São Paulo-2012

Variável	Odds ratio	IC 95%		P
Dor	2,199	1,028	4,700	0,042

A análise multivariada por meio do odds ratio identifica a dor como variável preditora de diminuição da esperança. Se a paciente relata dor, a chance de diminuir o escore EEH é 2,199 vezes maior do que em uma paciente que não relata dor.

5.

Discussão

5 DISCUSSÃO

Este estudo longitudinal investigou a esperança, seus fatores associados e preditores em 122 pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico no início e no final do tratamento. Esta pesquisa apresentou resultados inéditos na literatura nacional e na internacional referentes ao tema.

O câncer de mama em mulheres é o câncer mais incidente em todo o mundo. No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer é o mais incidente em todas as regiões, com exceção da região Norte, onde o câncer de colo uterino tem maior incidência. Em 2012, esperam-se para o Brasil 52.680 casos novos de câncer de mama (INCA, 2012; WHO, 2008).

A média de idade das mulheres neste estudo foi de 50 anos. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é considerado raro em mulheres menores de 35 anos (INCA, 2012; Adami, Hunter, Trichopoulos, 2008). Por esse motivo, é recomendado o rastreamento pelo exame clínico das mamas para mulheres acima de 40 anos e rastreamento por mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos. O exame clínico das mamas e mamografia a partir dos 35 anos é preconizado somente para mulheres pertencentes a grupo de risco, ou seja, com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau (INCA, 2012). Embora na amostra deste estudo não houvesse pacientes do sexo masculino, é interessante salientar que o câncer de mama em homens é raro e pouco se sabe sobre sua etiologia. Apresenta-se em 1% de todos os casos de câncer de mama (Weiss; Moysich; Swede, 2005).

A maioria das pacientes era casada, de religião católica. Estavam desempregadas ou aposentadas no início da quimioterapia, moravam junto com familiares e apresentaram a mediana de renda familiar mensal de R\$ 1.200,00 com intervalo interquartilico (800-2000). A amostra apresentou a

mediana de 8,5 anos de escolaridade com intervalo interquartílico de (4-11). Para religião, renda mensal e escolaridade, os dados se assemelham aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2010, Resultados Gerais (IBGE, 2012), o que garante que a amostra estudada seja representativa da população brasileira nos quesitos citados.

A investigação do conhecimento do diagnóstico evidenciou que todas as pacientes eram conscientes dele, apesar de algumas não referirem o termo câncer. O tratamento quimioterápico não foi estigmatizado por essas pacientes, que tinham clara compreensão do procedimento que fariam no ambulatório. Esses dados mostram que o diagnóstico câncer e seu tratamento, atualmente, deixaram de ser omitidos (Albuquerque, Araujo, 2011). Isso provavelmente se deve aos avanços no tratamento do câncer e à ênfase dada na prevenção e na cura da doença. A cada dia há um incremento nas campanhas de prevenção do câncer de mama estimulando a participação das mulheres no autoexame, o que as torna participantes no processo de diagnóstico e tratamento. Além disso, o diagnóstico precoce corrobora com resultados positivos de cura, favorecendo o otimismo nas pacientes.

A mediana entre a confirmação do diagnóstico por biópsia ou punção aspirativa e o início do tratamento foi de 4 meses, tempo esse considerado longo, já que a instituição do tratamento deve ser o mais rápido possível, para que a cirurgia seja curativa e não haja disseminação da doença (Montella et al., 2001). Estudo realizado em hospital público com 68 mulheres que teve o objetivo de identificar as fases do atraso na condução dos pacientes com câncer de mama, desde a suspeita até o diagnóstico e início do tratamento, confirma a informação dessa pesquisa e apresenta um intervalo ainda maior. Entre a mamografia suspeita e o início da terapia sistêmica o intervalo de tempo foi maior de 180 dias, o que possibilita o aparecimento de micrometástases, tornando a doença metastática e geralmente incurável. A maior demora no diagnóstico estava relacionada a estádios mais avançados da doença (Trufelli et al., 2008).

O intervalo de tempo entre a percepção dos sintomas do câncer de mama e o início do tratamento apresentou uma mediana de 8 meses e intervalo interquartilico de (6-13), tempo esse considerado alto tendo em vista a necessidade de que o tratamento se instale o mais precocemente possível. Atrasos de 6 a 12 meses no diagnóstico de câncer de mama assintomático estão associados com a progressão da doença, determinada pelo aumento do risco de metástase linfonodal e maior tamanho do tumor (Olivotto et al., 2002). Fazem-se necessárias a manutenção e a vigilância dos programas de prevenção do câncer de mama existentes. Campanhas públicas de prevenção vinculadas através da mídia são efetivas estratégias e alcançam os objetivos, pois atingem a maioria da população. É preciso que as autoridades de saúde estejam atentas quanto à necessidade de serviços diagnósticos de qualidade para que o rastreamento e a detecção do câncer de mama sejam precocemente realizados.

O protocolo quimioterápico mais prescrito para as pacientes desse estudo foi o AC/T, quatro ciclos de Adriamicina e Ciclofosfamida seguidos de quatro ciclos de Taxol® a cada 21 dias. Esse protocolo quimioterápico é indicado para pacientes que tem comprometimento de linfonodos ou se o tumor é maior que 2 cm. Possui potencial emetogênico alto para AC e, durante o uso do Taxol®, o alto potencial anafilático deve ser considerado (Hudis et al., 1999). Esse protocolo apresenta efeitos colaterais consideráveis como neutropenia, alopecia, neuropatia, cardiotoxicidade, entre outros. Em pacientes com insuficiência cardíaca ou que já tenham recebido adriamicina ou outro antracíclico, recomenda-se o esquema TC como primeira escolha. O uso de antracíclicos na adjuvância em pacientes entre 66 e 70 anos tem alto risco de causar insuficiência cardíaca congestiva tardia (Pinder, Duan, Goodwin, Hortobagyi, Giordano, 2007). Há inúmeros protocolos quimioterápicos para o câncer de mama. A escolha do protocolo ocorre após avaliação do estadiamento da doença (anatomopatológico de peça cirúrgica, punção aspirativa ou biópsia), painel imuno-histoquímico e *performance* do estado de saúde geral do paciente. Há situações onde a dose deve ser corrigida em virtude da idade do paciente ou toxicidade

apresentada. A quimioterapia é um tratamento extremamente individualizado, já que a dose da medicação é prescrita após o cálculo da superfície corpórea. Os efeitos colaterais são previsíveis, porém variam entre os pacientes em tratamento.

O tempo médio entre o início e o término da quimioterapia foi de 4,2 meses, o que é recomendado pela literatura, já que a periodicidade dos protocolos quimioterápicos é de 21 a 28 dias por 6 a 8 ciclos (Hudis et al., 1999).

O tratamento cirúrgico foi realizado por 63% da amostra previamente à quimioterapia. Preconiza-se a cirurgia conservadora com avaliação do status axilar pela técnica do linfonodo sentinela como padrão para pacientes em estádios precoces (Buzaid, Maluf, Lima, 2010).

Tendo em vista a faixa etária da amostra, as comorbidades hipertensão arterial e diabetes mellitus foram as mais frequentes. Existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de hipertensão arterial sistêmica superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. A prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010). O número de indivíduos diabéticos está em ascensão devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, às mudanças no estilo de vida, especialmente dos padrões alimentares, e à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

As pacientes deste estudo apresentaram um aumento nos valores do *Karnofsky Performance Status* no final do tratamento quando comparado ao início. A mediana do *KPS* nestas pacientes foi de 90 no T0 e no T1, o que significa que as pacientes apresentavam-se capazes de levar a vida normal mesmo com sinais menores ou sintomas da doença. A mediana de 90 é um valor alto de *KPS* quando comparado ao de pacientes oncológicos com dor, de um estudo Norueguês, que obtiveram uma média de 64,9% (+/-15,6)

(UTNE et al., 2008). Já em um estudo que avaliou a fadiga em mulheres com câncer de mama, o *KPS* apresentado pela maioria das pacientes foi de 90-100 (Can; Durna; Aydiner, 2004), assemelhando-se a este estudo.

A dor na mama esteve presente em 54 pacientes no início do tratamento, 44% da amostra. No término do tratamento, 47 pacientes, 38,5%, queixaram-se de dor. Essas informações se aproximam de um estudo realizado para a investigação da prevalência e a comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama, onde 47% das pacientes apresentaram dor (Lamino, Mota, Pimenta, 2011). A presença da dor no câncer recém- diagnosticado é estimada em 30% a 70% e em 60% a 95% no câncer avançado. Estudos revelam que a dor oncológica é subtratada apesar da disponibilidade de analgésicos e de protocolos específicos que maximizam sua efetividade (Cohen et al., 2008). A dor impõe muitos limites no estilo de vida do paciente que dela padece. Imobilidade e impaciência são alguns dos saldos da progressão da doença. O conceito de dor total constituída pelos componentes físico, mental, social e espiritual, revela que o alívio da dor não é alcançado se não é dada atenção a todas essas áreas. Os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são indissociáveis na dor e devem ser igualmente avaliados (INCA, 2001).

A análise descritiva do Inventário de *Coping*-Jalowiec foi realizada e apresentou o estilo sustentativo mais frequente no T0. O uso de suporte pessoal, profissional e espiritual para enfrentar o problema foi o estilo eleito por 40,8% das pacientes com câncer de mama no início do tratamento quimioterápico. Ao final do tratamento, o estilo otimista foi predominante, 48,3% das pacientes mantinham o uso de pensamentos otimistas e comparações positivas sobre o problema.

Ansiedade e depressão têm sido identificadas como fatores de sofrimento psicológico comum na maioria dos pacientes oncológicos (Rajandram et al., 2011). As pacientes deste estudo apresentaram diminuição da ansiedade ao final do tratamento. Isso parece estar relacionado ao fato de já terem vencido os obstáculos do tratamento quimioterápico, antes desconhecido e obscuro. A depressão foi um sintoma

que permaneceu inalterado durante o tratamento quimioterápico. Embora existissem condições sociais e financeiras precárias, como divórcios recentes, falta de recursos financeiros necessários para o dia-a-dia, além do tratamento quimioterápico e seus efeitos colaterais incapacitantes, esses não foram motivos para que essas mulheres apresentassem um escore significativo de depressão. A convivência com outras pacientes que experimentavam situações semelhantes, o apoio da equipe de enfermagem e os reforços positivos de familiares e amigos parecem ter sido suporte preventivo contra a depressão.

As pacientes deste estudo apresentaram a autoestima aumentada ao fim do tratamento quimioterápico. Acredita-se que as adaptações à nova vida, à mudança física em virtude da mastectomia ou da quadrantectomia, à alopecia, dentre outros acontecimentos, impulsionaram as mulheres a buscar maior autocuidado e valorização de si próprias.

O Índice de Religiosidade da Universidade de Duke aplicado no T0 e no T1 revelou que não houve alteração para essa variável na amostra do estudo. Deus foi a fonte de esperança citada por grande parte dessas pacientes, porém a religiosidade não apresentou alteração significativa ao término do tratamento. A consistência interna da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL foi analisada, resultando em Alpha de Cronbach de 0,736 no T1. A questão 5 expressou a religiosidade dessas mulheres: “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida” foi a questão imprescindível nesta escala e, se retirada, apresentaria diminuição no valor de Alpha.

A fadiga é um sintoma frequente em pacientes sob tratamento quimioterápico (Santos, Mota, Pimenta, 2009; Can, Durna, Aydiner, 2004). A questão “Quanto cansada você se sentiu na última semana?” mostrou que não houve alteração na fadiga entre o início e o final do tratamento quimioterápico ($p=0,05$), porém sua intensidade e seu impacto não apresentaram alteração estatisticamente significativa.

Os escores de esperança foram maiores ao final do tratamento quimioterápico em relação ao início, denotando maior esperança com o decorrer do tratamento. Isso se deve, provavelmente, ao fato de o início do tratamento ser acompanhado de uma intensa mudança na rotina de vida pessoal e à alta frequência de permanência no ambiente hospitalar para procedimentos que eram desconhecidos pela paciente. O início do tratamento também revela que o diagnóstico de câncer está vinculado a um futuro sombrio (Sardell, Trierweiler, 1993; Rustoen, Wiklund, 2000). Esses fatos que permeiam o início do tratamento parecem estar associados ao escore menor de esperança nesse momento. Em contrapartida, com o decorrer do tratamento, a competência da equipe do serviço e a convivência com outros pacientes, parece ter havido uma compreensão pelas pacientes de que a perspectiva de cura existe e isso pode explicar o aumento significativo da esperança nesse estudo (Caetano, Gradim, Santos, 2009; Remmers, Holtgrawe, Pinkert, 2010).

As pacientes deste estudo apresentaram uma mediana no escore de EEH de 43 no T0 e de 45 no T1, o que representa um alto nível de esperança, visto que o escore varia de 12 a 48. Esses valores parecem ser altos quando comparados a um estudo envolvendo 164 pacientes com câncer de pulmão que teve o objetivo de investigar o relacionamento da dor com a incerteza e com a esperança. Nestes pacientes, a média do *Herth Hope Index (HHI)* na amostra total foi de 33,86, nos que não tinham dor foi de 36,91 (+/- 5,18) e naqueles com dor foi de 30,81 (+/- 5,95) (Hsu, Lu, Tsou, Lin, 2003). Resultados semelhantes aos do presente trabalho foram encontrados no estudo de validação do *HHI* para a língua portuguesa, no qual se obteve escore médio de esperança para pacientes oncológicos de 41,57; para pacientes diabéticos de 40,46 e para acompanhantes destes pacientes a média foi de 40,88 (Sartore, Grossi, 2008).

Com o objetivo de compreender os fatores que aumentam a esperança em mulheres com câncer de mama, estudo avaliou pacientes entre 3 e 12 meses após a cirurgia (n=73). Entre outras escalas, foram utilizadas *HHI* e EAER. Os resultados revelaram valor médio de *HHI* de

40,32 no terceiro mês e 39,84 no décimo segundo mês após tratamento cirúrgico (Ebright, Lyon, 2002). Esses valores apresentam-se próximos aos deste estudo: altos escores de esperança no primeiro e no segundo momento da investigação.

Outro estudo, que teve o objetivo de descrever a esperança em pacientes oncológicos com dor ($n=225$) e determinar quais variáveis estavam relacionadas com a esperança, concluiu que pacientes oncológicos com dor e hospitalizados tiveram esperança mais alta que a população da Noruega, entretanto, os pacientes reportaram escores mais baixos no item “Eu tenho medo do meu futuro” da escala *HHI*, o que indica que eles têm mais medo do futuro que a população em geral da Noruega (Utne et al., 2008).

Deus, o desejo de viver e a família foram citados como sendo fontes de esperança para as pacientes deste estudo e deram suporte emocional às pacientes após o diagnóstico de câncer e estímulo para que elas se submetessem ao tratamento.

A associação entre todas as variáveis (quantitativas e categóricas) e a variação da esperança foi avaliada neste estudo.

As variáveis sociodemográficas investigadas não apresentaram significância estatística quando associadas à variação do escore de esperança durante o tratamento. Não houve associação entre a variável comorbidade quando associada à variação da esperança entre T0 e T1.

O presente estudo encontrou associação entre esperança e início dos sintomas do câncer de mama. Quanto maior o tempo (em meses) do início dos sintomas ao início do tratamento quimioterápico, menor a esperança dessas pacientes. Essa realidade não é rara, pois, para muitas pacientes, muito tempo se perde nas inúmeras tentativas de agendamentos de exames diagnósticos, como mamografia ou ultrassom, quando há lesão suspeita. Deve-se considerar também a ausência de tratamento em algumas regiões do Brasil, o que leva o paciente a procurá-lo em outra cidade. Isso pode

acarretar um atraso no início do tratamento e consequente desesperança nessas pacientes.

O *Karnofsky Performance Status* apresentou associação com a variação do escore da esperança durante o tratamento. Quanto maior a esperança, maior o *KPS* no T1. No término do tratamento, as pacientes apresentaram bom estado de saúde, com menos sinais e sintomas da doença. Isso permite a tais pacientes a perspectiva de um futuro melhor, que possibilite o retorno ao trabalho, às atividades da vida diária e aos compromissos sociais.

Quanto aos estilos de *coping*, estes não apresentaram associação significativa com a variação da esperança durante o tratamento. O estilo de *coping* otimista foi o mais frequente no término do tratamento quimioterápico. O uso de pensamentos otimistas e comparações positivas sobre o problema parecem estar estreitamente relacionados ao fato de as pacientes apresentarem o escore de esperança maior também no término do tratamento.

Os resultados deste estudo se assemelham ao estudo americano que investigou esperança e *coping* em 183 pacientes com câncer de mama, gastrointestinal/geniturinário, cabeça e pescoço e doenças hematológicas. Os resultados revelaram que a amostra apresentou um nível alto de esperança, independente da localização do tumor, e que esses pacientes tendiam a utilizar mais frequentemente os estilos de *coping* otimista, confrontivo ou evasivo (Felder, 2004).

A ansiedade, quando associada à esperança, manteve-se inalterada, já a depressão aumentou nas pacientes que apresentaram diminuição no escore de esperança. Esse resultado da pesquisa ratifica a prática clínica onde a depressão apresenta-se de maneira contrária ao bom enfrentamento da doença, à perspectiva positiva quanto ao futuro, características de pacientes esperançosos.

Estudo em pacientes com câncer em cavidade oral (n=50) com objetivo de avaliar o papel da esperança e otimismo sobre a ansiedade e depressão apresentou correlação negativa significativa entre essas variáveis. Esperança e otimismo foram preditores da depressão, ambos individualmente. Já a esperança e o otimismo, juntos, foram preditores da ansiedade (Rajandram et al., 2011).

Na validação do *Herth Hope Index* para o Brasil, também se encontrou correlação negativa entre esperança e depressão (Sartore, Grossi, 2008). Para a validação do *HHI* para a versão italiana, HADS foi aplicado para se avaliar a validade concorrente em 266 pacientes com câncer em tratamento curativo. Ansiedade e depressão apresentaram correlação inversa com a esperança (Ripamonti, 2012).

Um estudo desenvolveu um modelo de depressão em mulheres com câncer de mama para testar os efeitos mediadores da autoestima e da esperança. Os resultados revelaram que a depressão foi diretamente afetada pela autoestima e pela esperança, e que a esperança foi diretamente afetada pelo suporte familiar, pela autoestima e pela maneira como o paciente percebe seu estado de saúde (Tae, Heitkemper, Kim, 2012).

A autoestima, no presente estudo, apresentou associação significativa quando relacionada à esperança. O grupo que diminuiu a esperança diminuiu, também, a autoestima. Essas variáveis parecem caminhar paralelamente, pois na ausência do bem-estar vinculado à esperança, prescinde também o desejo e a preocupação em valorizar-se e em cuidar de si.

Para a validação do *Herth Hope Index* para o Brasil, encontrou-se correlação positiva entre esperança e autoestima, quanto maior a esperança, maior a autoestima (Sartore, Grossi, 2008). Estudo que investigou os fatores que aumentam a esperança em mulheres com câncer de mama, revelou que autoestima e ajuda de crenças religiosas aumentam a esperança e a confiança nas habilidades do *coping* (Ebright, Lyon, 2002).

A religiosidade, investigada no âmbito organizacional, não organizacional e intrínseco, não apresentou associação com a variação da esperança durante o tratamento. Resultado que difere do estudo de Herth, que encontrou uma relação positiva entre esperança, *coping* e religiosidade nos três ambientes: pacientes em tratamento quimioterápico em hospital, em ambulatório e em domicílio (Herth, 1989). Outro estudo também encontrou relação positiva entre esperança, religiosidade e estados positivos de humor (Fehring, Miller, Shaw, 1997).

Em Israel, 233 mulheres judias com câncer de mama estádios III e IV foram investigadas quanto à religiosidade e esperança como um caminho para o enfrentamento ao câncer. A análise de regressão evidenciou que a esperança não contribui com o estilo de *coping* evitação. Esperança foi positivamente relacionada ao estilo de *coping* espírito de luta e negativamente à aceitação fatalista, ansiedade/preocupação e desespero/desamparo. Esperança foi um contribuinte significativo para a habilidade das mulheres religiosas no enfrentamento do câncer avançado. Especial atenção deveria ser dada à esperança quando se refere a pacientes religiosas. A esperança aumenta o efeito positivo da religião (Hasson-Ohayon et al. 2009).

A fadiga não se associou à variação da esperança durante o tratamento neste estudo. Esse resultado se contrapõe ao do estudo que avaliou a fadiga em mulheres turcas (n=90) com câncer de mama sob tratamento quimioterápico. Quando se comparou a fadiga com sintomas físicos e psicológicos, os sintomas que aumentaram no período pós tratamento foram náuseas, anorexia, vômito, constipação, depressão e perda de esperança no futuro (Can, Durna, Aydiner, 2004).

Estudo Norueguês investigou fadiga e esperança em 160 pacientes com câncer de mama estágios I e II. As pacientes participantes realizavam tratamento ambulatorial e apresentavam o escore de fadiga $\geq 2,5$ na escala de classificação numérica (0= sem fadiga; 10= fadiga grave). O estudo comparou o escore de esperança dessa amostra com a população geral da Noruega e encontrou nas pacientes com câncer de mama um escore mais

alto, estatisticamente significativa, em 6 dos 12 itens de *HHI*. No entanto, no item “eu tenho medo do meu futuro” as pacientes apresentaram escores menores que a população geral. A média de fadiga apresentada pela amostra foi de 6,1 (Escala Numérica) e 13,7 (Questionário de Fadiga). O escore total de *HHI* foi negativamente correlacionado com Fadiga Total, os pacientes mais fatigados apresentaram menores escores de esperança. O escore total de *HHI* foi negativamente correlacionado com Fadiga Mental, porém não foi encontrada correlação com *HHI* e Fadiga Física (Schjolberg, Dood, Henriksen, Rustoen, 2011).

A dor foi o único fator preditor da esperança nessa amostra de pacientes com câncer de mama. As pacientes que apresentaram dor no início do tratamento tiveram a esperança diminuída no final do tratamento quimioterápico. O pós-operatório tardio de mastectomia ou quadrantectomia (em 63% das pacientes) está associado ao início do tratamento quimioterápico. A mutilação da mama total ou parte dela parece ser um dos fatores que causaram maior intensidade de dor no momento T0 referido pelas pacientes.

Esses dados se identificam com um estudo com pacientes com câncer de pulmão com dor (n=233) e sem dor (n=251) de Taiwan. Os objetivos foram comparar o *Performance Status*, humor, e nível de esperança entre pacientes oncológicos com e sem dor; determinar a relação da intensidade e a interferência da dor no *Performance Status*, no humor e no nível de esperança. Os pacientes com dor apresentaram baixos níveis de esperança e altos níveis de incerteza. A interferência da dor no dia-a-dia foi positivamente correlacionada ao nível de incerteza. A intensidade e a interferência da dor foram negativamente correlacionadas com o nível de esperança. Após controle das variáveis idade, escolaridade e estadiamento da doença, incerteza foi o único preditor do nível de esperança (Hsu, Lu, Tsou, Lin, 2003).

Outro estudo comparou o escore de esperança entre pacientes hospitalizados com câncer e dor (n=225) com o escore de esperança dos cidadãos da Noruega (n=1863). O resultado mostrou que os pacientes

oncológicos apresentaram escore de *HHI* mais alto que a população geral ($p < 0,0001$). Para os pacientes oncológicos não se encontrou correlação entre *HHI* total e o escore de intensidade da dor. Escore total de *HHI* foi negativamente correlacionado com índices de interferência da dor no humor, interferência da dor no relacionamento com os outros, sono e satisfação com a vida (Utne et al., 2008).

Estudo realizado com pacientes oncológicos com dor e sem dor ($n=226$) revelou que o nível de esperança não apresentou diferença significativa entre os grupos. Não houve diferença no escore de esperança entre os pacientes com doença metastática ou doença localizada, porém a percepção do efeito do tratamento foi associada à esperança (Chen, 2003).

Os principais resultados de um estudo realizado em Taiwan foram que os pacientes oncológicos com dor apresentaram menor *KPS* e níveis mais altos de distúrbio total do humor que os pacientes sem dor, após controle das variáveis sexo, estadiamento e local da doença. A esperança não apresentou diferença entre os grupos com e sem dor. Os pacientes com dor experimentaram mais raiva, fadiga, depressão, confusão e letargia. A intensidade da dor foi correlacionada com o *KPS* e humor, mas não com o nível de esperança. A interferência da dor no dia-a-dia foi correlacionada com o *Performance Status*, humor e com o nível de esperança. A intensidade e a interferência da dor foram correlacionadas com cada estado de humor como tensão, raiva, fadiga, depressão, vigor e confusão, bem como com o distúrbio total do humor. Os autores concluem que a dor no paciente com câncer é multidimensional e tem influência sobre aspectos físicos, psicológicos e espirituais (Lin, Lai, Ward, 2003).

A dor espiritual pode associar-se à dor física das pacientes com câncer de mama do presente estudo. A dor espiritual foi categorizada em estudo quali/quantitativo por medo da morte por negação da gravidade do quadro clínico; medo da morte por percepção da gravidade do quadro clínico; medo do pós-morte pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido (Elias, Giglio, Pimenta, 2008). Dentre as inquietações que permeiam o início do tratamento, a dor física e o medo da

morte são frequentes, o que provavelmente causará desesperança nessas pacientes. Deve-se cuidar da dor, na sua totalidade, no início do tratamento dessas pacientes. Esse cuidado fará com que o tratamento seja mais tolerado, mais acessível e com mais esperança.

6.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que a **Esperança** das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico que compuseram a amostra foi avaliada positivamente no início da quimioterapia e melhorou de forma significativa ao final dela.

Os fatores associados e preditores da variável dependente Esperança foram identificados por meio das análises univariadas e multivariadas.

Os **fatores associados** à esperança foram: o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento ($p=0,013$); estado de saúde ($p=0,02$); depressão ($p=0,004$); autoestima ($p=0,001$) e dor ($p=0,034$).

As pacientes que mais demoraram a iniciar o tratamento quimioterápico apresentaram diminuição significativa nos escores de esperança ao longo do tratamento ($p=0,013$).

O grupo que diminuiu o escore de esperança apresentou piores condições no estado de saúde no final do tratamento ($p=0,02$).

As mulheres que tiveram a esperança diminuída durante o tratamento apresentaram um aumento significativo nos escores de depressão ($p=0,004$).

O grupo que teve a esperança diminuída ao longo do tratamento apresentou menor autoestima no final do tratamento ($p=0,001$).

As pacientes que referiram dor no início do tratamento tiveram o escore de esperança diminuído ao final do tratamento ($p=0,034$).

Dentre as variáveis analisadas a dor apresentou-se como o único **fator preditor** da esperança. A presença da dor tem a chance de diminuir a esperança em 2,199 vezes mais do que em pacientes que não apresentam dor.

Este estudo contribui de forma significativa para o conhecimento na prática clínica de pacientes com câncer, pois apresenta resultados inéditos

que permitem compreender os fatores que podem influenciar a esperança e implementar melhor qualidade na assistência de enfermagem.

Referências

REFERÊNCIAS

Adami H, Hunter D, Trichopoulos D. (editores) Testbook of Cancer Epidemiology. 2nd ed.: Oxford University Press, 2008.

Albuquerque PDSM; AraújoLZS. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57(2): 144-52.

Aylott S. When hope becomes hopelessness. Eur J Oncol Nurs. 1998; 2(4):231-4.

Ballard A, Green T, McCaa A, Logsdon MC. A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. Oncol Nurs Forum. 1997;24(5):899-904.

Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth KA. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua Portuguesa: Estudo em pacientes com doença crônica. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):754-61.

Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. Acta Paul Enferm. 2011;24(3):354-8.

Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. Palliat Med. 2005;19(3):234-40.

Benzein E, Berg A. The Swedish version of Herth Hope Index – na instrument for palliative care. Scand J Caring Sci. 2003;17:409-15.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública. 1995;29(5):355-63.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012)[homepage na Internet]. Brasil, 2012; [atualizado 2012 out. 13; citado 2012 out. 13]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA. 2000;284(22):2907-11.

Buzaid AC, Maluf FC, Lima CR. MOC Manual de Oncologia Clínica do Brasil. São Paulo: Dendrix; 2010.

Caetano EA, Gradim CVC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev enferm UERJ*. 2009;17(2):257-61.

Can G, Durna Z, Aydiner A. Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nurs*. 2004;27(2):153-61.

Chen ML. Pain and hope in patients with câncer.

Dini GM. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330(9):592-6.

Cohen E, Botti M, Hanna B, Leach S, Boyd S, Robbins J. Pain beliefs and pain management of oncology patients. *Cancer Nurs*. 2008;31(2): E1-8

Dufault K, Martocchio BC. Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*. 1985;20(2):379-91.

Duggleby WD, Williams A, Popkin D, Holtslander L. Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *J. pain symptom manage*. 2007;33(3): 247-57.

Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME). *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(6):959-65.

Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in Women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(3):561-67.

Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: critical clinical constructs. Thousand Oaks: Sage; 1995.

Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997; 24(4):663-671.

Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nurs*. 2004; 27(4): 320-4.

Ferreira KASL, Willian Jr WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI, Cleeland CS. Tradução para a língua portuguesa do M.D. Anderson Symptom Inventory head and neck module (MDASI-H&N). *Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço (Impresso)*. 2008; 37:109-113.

Forbes MA. Hope in the older adult with chronic illness: a comparison of two research methods in theory building. *ANS Adv Nurs Sci*. 1999; 22(2):74-87.

Galvão MTG, Bonfim DYG, Gir E, Carvalho CML, Almeida PC, Balsanelli ACS. Esperança em mulheres portadoras da infecção pelo HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):38-44.

Groopman J. A anatomia da esperança. Rio de Janeiro: Objetiva;2004

Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, Leod CM, Tattersall MHN. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*. 2005; 23(6):1278-88.

Hasson-Ohayon I, Braun M, Galinsky D, Baider L. Religiosity and Hope: A path for Women coping with a diagnosis of breast cancer. *Psychosomatics*. 2009;50(5):525-33.

Herth K. The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1989; 16(1):67-72.

Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *J Adv Nurs*. 1990; 15(11):1250-9.

Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Sch Inq Nurs Pract*. 1991;5(1):39-51.

Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992;17(10):1251-9.

Herth K. Hope in family caregiver of terminally ill people. *J Adv Nurs*. 1993; 18(4):538-48.

Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs*. 2000; 32(6): 1431-41.

Hickey SS. Enabling hope. *Cancer Nurs*. 1986; 9(3):133-7.

Holt J. Exploration of the concept of hope in the Dominican Republic. *J Adv Nurs*. 2000;32(5):1116-25.

Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher [homepage na Internet]. Brasil, 2012; [atualizado s.d.; citado 2012 out. 17]. Disponível em: <http://www.hospitalperola.com.br>

Hsu TH, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(3):835-42.

Hudis C, Seidman A, Baselga J, Raptis G, Lebwohl D, Gilewski T, Moynahan M, Sklarin N, Fennelly D, Crown JPA, Surbone A, Uhlenhopp M, Riedel E, Yao TJ, Norton L. Sequential Dose-Dense Doxorubicin, Paclitaxel, and Cyclophosphamide for Resectable High-Risk Breast Cancer: Feasibility and Efficacy. *JCO* .1999;17:93

Huskisson E. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;7889(2):1127-31.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) [homepage na Internet]. Brasil, 2012; [atualizado 2012 abr 2; citado 2012 out. 24]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Jakobsson A, Segesten K, Nordholm L, Oresland S. Establishing a Swedish instrument measuring hope. *Scand J Caring Sci*. 1993;7(3):135-9.

Karnofsky D, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM, ed. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press, 1949;199-205.

Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm*. 2011; 45(2):508-14.

Lin CC, Tsai HF, Chiou JF, Lai YH, Kao CC, Tsou TS. Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2003; 26(2):155-60.

Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(1):29-37.

Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, Bellis G, Fabbrocini G, et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev*. 2001;10(1):53-9.

Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52-62.

Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo-Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):31-2.

Mota DDCF. Instrumentos de auto-relato para avaliação da fadiga: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):1080-7.

Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4): 445-9.

Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncol Nurs Forum*. 1989; 16(1):57-61.

Nuland SB. Como morremos: reflexões sobre o último capítulo da vida. Trad. de Fábio Fernandes. Rio de Janeiro: Rocco; 1995. A esperança e o paciente de câncer; p. 241-59.

Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer*. 2002;94(8):2143-50.

Pinder MC, Duan Z, Goodwin JS, Hortobagyi GN, and Giordano SH. Congestive Heart Failure in Older Women Treated With Adjuvant Anthracycline Chemotherapy for Breast Cancer. *JCO*. 2007:3808-15.

Poncar PJ. Inspiring hope in the oncology patient. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1994; 32(1):33-8.

Potter J. Fatigue experience in advanced cancer: a phenomenological approach. *Int J Palliat Nurs*. 2004;10(1):15-23.

Radziewicz R, Baile WF. Communication skills: Breaking bad news in the clinical setting. *Oncol Nurs Forum*. 2001; 28(6): 951-953.

Rajandram RK, Ho SMY, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Res Notes*. 2011;28(4):519

Remmers H, Holtgrawe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14:11-6.

Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*. 1995; 123(3):A12-3.

Ripamonti CI, Buonaccorso L, Maruelli A, Bandieri E, Boldini S, Pessi MA, Chiesi F, Miccinesi G. Hope Herth Index (HHI): a validation study in Italian patients with solid and hematological malignancies on active cancer treatment. *Tumori*, 2012; 98: 385-392.

Rosner B. *Fundamentals of Bioeststatistics*. Belmont: Thomsom; 2006.

Rustoen T, Cooper BA, Miaskowski C. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nurs*. 2010;33(4):258-67.

Rustoen T, Wiklund I, Hanestad BR, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs*. 1998;21(4):235-45.

Rustoen T, Wiklund I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2000;23(3):214-9.

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15(3):508-11.

Santos J, Mota DDCF, Pimenta CAM. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):909-14.

Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis: procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*. 1993;72(11):3355-65.

Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):227-32.

Schjolberg TK, Dood M, Henriksen N, Rustoen T. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. *Palliative and Supportive Care*. 2011;9:63-72.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes 2009. Epidemiologia do diabetes mellitus, cap 1 p 9-12.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Hipertensão. 2010; 13(1):8-11 cap 1. Conceituação, epidemiologia e Prevenção Primária.

Sonnenberg A. Exploring how to tell the truth and preserve hope: can a balance between communication and empathy be calculated? *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2(6):518-22.

Souza-Talarico JN. Estresse, concentrações de cortisol e estratégias de *coping* no desempenho da memória de idosos saudáveis com comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer [doutorado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009

Stotland E. The psychology of hope. San Francisco: Jossey-Bass; 1969.

Tae YS, Heitkemper M, Kim MY. A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. *Oncol Nurs Forum*. 2012; 39(1):49-57.

Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, PRISCILLA GUEDES Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Giglio AD. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1):72-6

Utne I, Miaskowski C, Bjordal K, Paul SM, Jakobsen G, Rustoen T. The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. *Palliative and Supportive Care*. 2008; 6:327-34.

Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Becker J. Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of behavioral medicine*. 1987;10(1):1-18.

Wahl AK, Rustoen T, Lerdal A, Hanestad BR, Knudsen Jr. Ø, Moum T. The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Palliat Support Care*. 2004;2(3):255-63

Weiss JR, Moysich KB, Swede H. Epidemiology of male breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005;14:20-26.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report 2008*. Lyon: 2008b.

Wilkinson K. The concept of hope in life-threatening illness. *Prof Nurse*. 1996; 11(10):659-61.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 25 de outubro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Alessandra Cristina Sartore Balsanelli

Ref.: Processo nº 976/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Fatores preditores e avaliação da esperança em pacientes com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

APÊNDICE 2

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Referência da Saúde da Mulher

Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 24 de fevereiro de 2011.

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA DA APROVAÇÃO: 23/02/2011

Protocolo nº: 034/10

TÍTULO DO ESTUDO: “Fatores preditores e avaliação da esperança em pacientes com Câncer de mama durante o tratamento quimioterápico”.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Alessandra Cristina Sartore Balsanelli

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo a referida aprovação constado em ata.

Dr. Jorge Yoshinori Shida
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do CRSM

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____ SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

APTO: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

Estou sendo convidado a participar voluntariamente do estudo “**Fatores preditores e avaliação da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico**” que tem o objetivo de avaliar a esperança no paciente com câncer de mama no início e ao término do tratamento quimioterápico e Identificar os fatores preditores da esperança nesses pacientes. Para isso, será necessário que eu responda perguntas sobre meus dados pessoais e sobre minha doença hoje e em minha última sessão programada de quimioterapia. Terei que responder alguns formulários que avaliam minha esperança, depressão, ansiedade, religiosidade, auto-estima, enfrentamento e fadiga. Não há nenhum risco físico para mim, pois não se trata de novos medicamentos ou procedimentos. Há riscos psicológicos, pois os questionários referem-se a minha doença e sentimentos relacionados a ela. Não terei gastos pessoais e não receberei benefícios financeiros relacionados à este estudo. Terei acesso a qualquer tempo às informações sobre coleta de dados, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas; liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. Os dados serão mantidos em sigilo e privacidade e serão utilizados somente para esta pesquisa. Terei disponibilidade de assistência por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa; viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Este consentimento é composto por duas vias, sendo uma para o paciente e outra para o pesquisador principal.

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA.

Sonia Aurora Alves Grossi

Alessandra Cristina Sartore Balsanelli

Av.Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419/Cerqueira César/SP/CEP: 05403-000

Telefones: 3061-7544/ 3061-7543

Comitê de ética da EEUSP: 3066-7548 edipesq@usp.brInstituto Oscar Freire da FMUSP – Av. Dr. Arnaldo, 455 – 1.º andar, CEP: 01246-903 – tel: 3061-8424 – E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora, e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da pesquisa **“Fatores preditores e avaliação da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico”** neste dia e em minha última sessão de quimioterapia.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

ANEXO 2**INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO**

Paciente nº: _____ Prontuário/RH: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Pesquisador: _____

Nome: _____

Idade: _____

Qual o tratamento que o Senhor (a) faz neste ambulatório?

Qual seu diagnóstico?

Estadiamento (a ser preenchido pela pesquisadora): _____

Já fez quimioterapia em outro momento de sua vida?

() Não () Sim

Por favor, leia esse pequeno texto em voz alta:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a prática de atividade física regular atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso, auxilia na prevenção da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. (INCA)

ANEXO 3

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Paciente nº: _____ Prontuário/RH: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Pesquisador: _____

Nome: _____

Idade: _____

Telefone: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: Fundamental: até 8ª ou 9ª série ()

Ensino Médio: até 3º ano ()

Superior ()

Religião: _____

Está trabalhando? () sim () não

Se **SIM**: Qual profissão? _____Se **NÃO**: () afastado por licença médica () aposentado

() aposentado por invalidez () Outros: _____

Nº. de pessoas que moram no domicílio: _____

Renda familiar mensal: R\$ _____

Início dos sintomas: ____/____/____ Data do diagnóstico: ____/____/____

Estadiamento: T____ N____ M____ (data: ____/____/____)

Tratamento atual: () QT; () RT; () hormonioterapia;

() outros _____

Protocolo utilizado: _____

Tratamentos anteriores: () QT; () RT; () Cirurgia, data ____/____/____.

Comorbidades: _____

Dor na última semana: () Sim () Não

Média de Dor na última semana [0 (sem dor) – 10 (pior dor imaginável)]: _____

1. O que lhe dá mais esperança atualmente?

2. Quão esperançoso me sinto? [0 (sem esperança) – 10 (muito esperançoso(a))]

ANEXO 4

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

ANEXO 5***KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS***

100	Nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
90	Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
80	Alguns sinais ou sintomas da doença
70	Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
60	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
50	Requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes
40	Incapaz; requer cuidados especiais e assistência
30	Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
20	Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
10	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente
0	Morto

ANEXO 6

INVENTÁRIO SOBRE *COPING*-JALOWIEC

Assinale com um (X) as questões que tem a ver com o que você faz quando tem que enfrentar um problema.

1. () preocupa-se com o problema
2. () tem esperança de que as coisas melhorem
3. () come ou fuma mais que o habitual
4. () refleti sobre diversos modos de lidar com situação
5. () tenta convencer-se de que as coisas poderiam ser piores
6. () exercita-se ou faz qualquer atividade física
7. () tenta afastar o problema por um tempo
8. () "enlouquece" e perde a energia
9. () espera o pior que pode acontecer
10. () tenta tirar o problema da mente e pensar em outra coisa
11. () conversa sobre o problema com familiares ou com amigos
12. () aceita a situação porque pouco pode ser feito
13. () tenta ver o problema objetivamente em todos os ângulos
14. () sonha com uma vida melhor
15. () conversa sobre o problema com profissionais tais como médico, enfermeira, professor, consultor.
16. () tenta manter a situação sob controle
17. () reza ou põe a sua confiança em Deus
18. () tenta sair da situação
19. () guarda seus sentimentos para si próprio
20. () culpa qualquer outra pessoa pelo problema
21. () espera para ver o que acontecerá
22. () deseja ficar só para refletir sobre as coisas
23. () resigna-se com a situação porque as coisas parecem sem esperança
24. () descarrega suas tensões em alguém
25. () tenta mudar a situação
26. () usa técnicas de relaxamento
27. () tenta descobrir mais sobre o problema
28. () dorme mais que o habitual
29. () tenta lidar com as coisas uma de cada vez
30. () tenta manter a vida o mais normal possível e não deixa o problema interferir

31. () pensa sobre como lidou com outros problemas no passado
32. () tenta não se preocupar porque tudo provavelmente terminará bem
33. () tenta resolver um compromisso
34. () toma um aperitivo para se sentir melhor
35. () deixa o tempo cuidar do problema
36. () tenta distrair-se fazendo algo que lhe dê prazer
37. () convence-se que é capaz de superar qualquer coisa, independente da dificuldade
38. () realiza um plano de ação
39. () tenta manter o senso de humor
40. () adia para enfrentar o problema
41. () tenta manter os sentimentos sob controle
42. () conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações similares
43. () elabora mentalmente o que deve ser feito
44. () tenta manter-se ocupado
45. () aprende algo novo para lidar com o problema
46. () faz algo impulsivo ou arriscado que não faria usualmente
47. () pensa sobre as boas coisas de sua vida
48. () tenta evitar ou ignorar o problema
49. () compara-se com outras pessoas que estão na mesma situação
50. () tenta pensar positivamente
51. () culpa-se por estar nessa situação
52. () prefere resolver as coisas por si mesmo
53. () toma medicação para diminuir a tensão
54. () tenta ver o lado bom da situação
55. () tenta convencer-se de que o problema não é tão importante
56. () evita ficar com pessoas
57. () tenta aperfeiçoar-se de algum modo para lidar melhor com a situação
58. () deseja que o problema desapareça
59. () depende de outras pessoas para obtenção de ajuda
60. () tenta convencer-se de que está apenas tendo má sorte

ANEXO 7

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Este questionário ajudará seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas que antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto muito alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos que antes
- 2 () Bem menos que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO 8

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Assinale a resposta que mais se aproxima da afirmação.

1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
2. Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas (desde que me ensinadas).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). Dar-me mais valor.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
9. Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

ANEXO 9

Índice de Religiosidade da Universidade de Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO 10

Pictograma de Fadiga

Quanto cansado você se sentiu na última semana?

Nada cansado

Um pouquinho
cansado

Moderadamente
cansado

Muito
cansado

Extremamente
cansado

Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?

Eu consigo fazer tudo
que habitualmente faço

Eu consigo fazer quase
tudo que habitualmente
faço

Eu consigo fazer algumas
das coisas que
habitualmente faço

Eu só faço o
que tenho que fazer

Eu consigo fazer
muito pouco

Figura 1 - Pictograma de Fadiga