

ARTIGO ORIGINAL

ESPERANÇA DE MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO PARA O CÂNCER DE MAMA

Elton de Lima Macêdo¹, Eduardo Tavares Gomes², Simone Maria Muniz da Silva Bezerra³

RESUMO

Objetivo: analisar a esperança de mulheres em tratamento quimioterápico e os fatores relacionados. **Método:** estudo observacional, seccional, quantitativo, realizado em um serviço de quimioterapia de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, entre março e setembro de 2018. Foram entrevistadas 55 mulheres em tratamento quimioterápico para câncer de mama. Foram aplicados a Escala de Bem-Estar Espiritual, Questionário de Esperança de Herth e o Índice de religiosidade de DUKE.

Resultados: a religiosidade e o bem-estar espiritual apresentaram-se como fatores preditores de esperança significativos ($p=0,024$), correspondendo magnitude do efeito sobre a variável dependente considerada de pequeno valor preditivo ($f^2=0,29$), explicando 22,6% (R^2) do comportamento da variável. O bem-estar espiritual foi a única variável previsora isolada para esperança ($\beta=0,439$; $t=3,376$; $p=0,001$).

Conclusão: a principal variável preditora da esperança foi o bem-estar espiritual. A esperança mostrou-se independente de fatores sociodemográficos e do tratamento.

DESCRITORES: Câncer de Mama; Esperança; Adaptação Psicológica; Quimioterapia; Oncologia.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Macêdo E de L, Gomes ET, Bezerra SMM da. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeiro. Residente de Enfermagem em Oncologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil. 

²Enfermeiro. Doutorando em Ciências. Universidade de São Paulo. Enfermeiro Assistencial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. 

HOPE OF WOMEN UNDERGOING CHEMOTHERAPY TREATMENT FOR BREAST CANCER

ABSTRACT

Objective: To analyze the levels of hope of women undergoing chemotherapy treatment and related factors.

Method: Observational, cross-sectional, quantitative study conducted in a chemotherapy service of a teaching hospital in northeastern Brazil from March to September 2018. For this study, 55 women undergoing chemotherapy for breast cancer were interviewed. The Spiritual Well-Being Scale, the Herth Hope Index and the Duke Religion Index were applied.

Results: Religiousness and spiritual well-being were significant predictors of hope ($p = 0.024$), but the small magnitude of the effect had a low predictive value ($f^2=0.29$), explaining 22.6% (R^2) of the variable's behavior. Spiritual well-being was the only independent predictor variable for hope ($\beta = 0.439$; $t = 3.376$; $p = 0.001$).

Conclusion: The main predictor variable of hope was spiritual well-being. Hope was found to be independent of sociodemographic factors and treatment.

DESCRIPTORS: Breast cancer; Hope; Psychological adaptation; Chemotherapy; Oncology.

ESPERANZA DE MUJERES EN TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA PARA EL CÁNCER DE MAMA

RESUMEN:

Objetivo: analizar la esperanza de mujeres en quimioterapia y los factores asociados.

Método: estudio observacional, seccional, cuantitativo, que se realizó en un servicio de quimioterapia de un hospital universitario de Nordeste del Brasil, entre marzo y septiembre de 2018. Se entrevistaron 55 mujeres en quimioterapia para cáncer de mama. Se aplicaron la Escala de Bienestar Espiritual, Cuestionario de Esperanza de Herth y el Índice de religiosidad de DUKE.

Resultados: la religiosidad y el bienestar espiritual fueron los factores significativos que predicen esperanza ($p=0,024$), lo que corresponde a la magnitud del efecto sobre la variable dependiente considerada de pequeño valor predictivo ($f^2=0,29$), explicando 22,6% (R^2) del comportamiento de la variable. El bienestar espiritual fue la única variable previsoras aislada para esperanza ($\beta=0,439$; $t=3,376$; $p=0,001$).

Conclusión: la principal variable que predice la esperanza fue el bienestar espiritual. La esperanza se mostró independiente de factores sociales demográficos y del tratamiento.

DESCRIPTORES: Cáncer de Mama; Esperanza; Adaptación Psicológica; Quimioterapia; Oncología.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de maior incidência, sendo registrado no Brasil e no mundo, a cada ano, com maior prevalência entre mulheres a partir dos 35 anos⁽¹⁻²⁾. Os tratamentos para o câncer de mama podem ser cirúrgicos, quimioterápico, radioterápico, e/ou paliativos, contudo a modalidade terapêutica selecionada é baseada nas características histopatológicas, estadiamento da doença e condições clínicas do paciente⁽²⁻⁵⁾.

Mediante o diagnóstico definitivo, a equipe multiprofissional baseia-se em protocolos específicos guiados por evidências científicas de forma a direcionar o melhor tratamento. Além disso, a equipe deve atentar para os efeitos colaterais advindos do tratamento, que interferem nas dimensões física e psíquica, alterando o processo cognitivo e comportamental, com sentimentos que podem incluir raiva, angústia, ansiedade, e sintomas indesejáveis, tais como náuseas, vômitos, dor, prurido, alopecia, taquicardia, infecções⁽⁶⁾.

Receber o diagnóstico do câncer de mama é um momento em que a mulher vivencia a vulnerabilidade das emoções ora negativas, ora positivas. Nesse sentindo, vale ressaltar que a esperança é uma emoção positiva vivenciada no enfrentamento da doença, ou seja, a esperança é uma crença emocional na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da vida pessoal de forma a amenizar os efeitos negativos no momento do diagnóstico, tanto na dimensão psíquica quanto espiritual. A possibilidade da morte pode trazer prejuízo à esperança, dificultando a aceitação da doença e enfrentamento⁽⁷⁾.

Pesquisas nesta área vêm mostrando como a mulher se comporta diante de um diagnóstico de câncer de mama e apontam que religiosidade/espiritualidade são fatores que influenciam positivamente na dimensão psíquica e espiritual, uma vez que melhoram a esperança face ao sofrimento⁽⁸⁻¹⁰⁾. Durante o processo de adoecimento, a fé vem se tornando um fator influenciador para as mulheres desenvolverem mecanismos de enfrentamento, fazendo com que renovem a esperança e com isso desenvolvam caminhos de comunicação com Ser superior e mantenham-se forte para encarar a doença⁽¹¹⁻¹²⁾.

Desta forma, a esperança é viabilizada pelos princípios humanos, que são a base dos cuidados, do uso do conhecimento na prática, das relações interpessoais, e da maneira como os profissionais de saúde organizam o ambiente e realizam o cuidado. Os profissionais da enfermagem são essenciais durante o processo de tratamento da pessoa com doença oncológica, visto que permanecem mais tempo em contato com o paciente, uma vez que o profissional realiza uma assistência que envolve atividades educativas até atividades mais complexas. Neste sentindo, o enfermeiro é uma pessoa que pode resgatar a esperança, decorrente da alta permanência do paciente no ambiente hospitalar em virtude dos retornos e protocolos de tratamento, e por este motivo a enfermagem consegue estabelecer vínculos e relações empáticas, visto o processo de enfermagem ter caráter contínuo⁽⁷⁾.

Sendo assim, é necessário compreender o fenômeno da esperança e o seu papel no bem-estar das pacientes no enfrentamento do câncer de mama em tratamento quimioterápico ambulatorial e verificar até que ponto a compreensão deste fenômeno é relevante para a assistência à saúde da pessoa com câncer. Apesar da temática ser pouco discutida nos estudos realizados e na academia, a equipe multiprofissional deve compreender o fenômeno e a subjetividade do processo de adoecimento, refletir sobre as lacunas existentes no cuidado ao paciente com doença oncológica e construir ou buscar evidências científicas para sua atuação.

O presente estudo teve por objetivo analisar a esperança de mulheres em tratamento quimioterápico e os fatores relacionados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo seccional, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço de quimioterapia de um hospital universitário de referência em oncologia no Nordeste do Brasil, entre março e setembro de 2018.

Foram incluídas na pesquisa mulheres em tratamento quimioterápico ambulatorial para câncer de mama, e como critérios de exclusão diagnóstico médico de câncer secundário de mama (metástase de outros tumores), em internamento no período da coleta, realizando imunoterapia e com comunicação verbal prejudicada.

Para o cálculo amostral, foi realizado um dimensionamento a partir da equação para médias como variável dependente, considerando a variável Esperança. Para tal, foi considerado um nível de confiança de 95%, com erro máximo desejado de 1,5 pontos na escala e um desvio-padrão de 6,11, encontrado em um estudo prévio que utilizou o Questionário de Esperança de Herth (QEH) em uma amostra de pacientes oncológicos⁽¹³⁾. Considerou-se uma amostra de população finita, corrigindo o cálculo pela população e totalizando uma amostra de 53 pacientes. Nesse sentido, participaram deste estudo 55 pacientes entrevistadas.

As pacientes foram entrevistadas durante o procedimento medicamentoso de quimioterapia, considerando que, na sala de quimioterapia do serviço, as pacientes permanecem sem acompanhante durante a administração de medicamento. A coleta de dados foi dividida em duas partes: a primeira destinada para caracterização sociodemográfica, clínico e terapêutico dos pacientes e a segunda para avaliação contendo as escalas: Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE); Questionário de Esperança de Herth; Índice de religiosidade de DUKE (DUREL).

O Bem-Estar Espiritual está relacionado com as várias dimensões da vida do homem, permitindo-lhe buscar as várias sensações e prazeres da vida⁽¹³⁻¹⁴⁾. A EBE é um instrumento dividido em duas subescalas (de 10 itens cada), uma de bem-estar religioso (BER) e outra de bem-estar existencial (BEE)⁽¹⁵⁾. Os itens referentes ao BER contêm uma referência a Deus, e os de BEE referem-se à sensação de encontro com o sentido e o comprometimento com algo significativo na vida. O total da escala e a soma das pontuações dessas 20 questões e os escores podem variar de 20 a 120⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O QEH foi o instrumento escolhido por analisar a esperança mediante uma escala de autorrelato de fácil e rápida aplicabilidade, multidimensional, que reflete claramente a dimensão de esperança em populações clínicas. O questionário foi validado considerando a esperança como um constructo relacionado a uma perspectiva positiva quanto ao futuro, que serve de estratégia de enfrentamento e permite a transcendência da situação atual, possibilitando uma nova consciência do ser⁽¹³⁾. Constitui-se em uma escala composta por 12 itens escritos de forma afirmativa e a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos⁽¹³⁾. O escore total varia de 12 a 48, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança^(14,16).

A Escala do índice de religiosidade DUREL possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde e que são avaliados separadamente: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI)⁽¹⁷⁾.

A religiosidade organizacional está relacionada com a participação pública, em serviços religiosos nos templos ou igrejas. Na dimensão não organizacional, o indivíduo não precisa ir até uma instituição religiosa para realizar suas atividades de orações, louvores, rezas e encontro com o ser transcendente e o conceito de religiosidade intrínseca está relacionado às crenças, aspectos psicológicos da religião, conhecimentos e atitudes relacionadas à experiência religiosa⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os dados foram armazenados e organizados em planilhas do programa *Microsoft Excel 2016* e analisados mediante estatística descritiva e inferencial, empregando o programa *SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*. A fidedignidade do uso das escalas tipo Likert foi avaliado pelo alfa de Cronbach, apresentando-se todas escalas

e domínios elevados ($\alpha > 0,7$). Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar o desfecho principal esperança, revelando que a mesma não apresentou distribuição gaussiana ($p = 0,001$). Para avaliar a associação entre outras variáveis contínuas e o desfecho Esperança, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Para a comparação dos escores de Esperança entre os grupos, utilizou-se os testes não-paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

A seguir, procedeu-se com análises de regressão linear múltipla da variável dependente esperança relacionada a variáveis sociodemográficas quantitativas contínuas (idade, renda, anos de estudo), tempo de diagnóstico e tempo de tratamento e escores de religiosidade e de bem-estar espiritual, com inserção das variáveis independentes pelo método hierárquico. As regressões são apresentadas com os coeficientes padronizados, teste t e p-valores das variáveis inseridas e o coeficiente de determinação e resultado da análise da variância (ANOVA) para o modelo em teste. Entre as variáveis inseridas, foi verificada se havia presença de multicolinearidade, além da homocedasticidade e *outliers* nos resíduos da regressão. Por fim, foi utilizado o teste *pos-hoc* f^2 de Cohen para avaliar o tamanho do efeito do modelo sobre a variável dependente. O nível de significância estatística foi considerado para p-valor $< 0,05$ e não foi realizado *bootstrapping* nos testes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, parecer nº 2.705.063.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 55 mulheres, sendo 30 (54,5%) com até 50 anos, com média de $49,6 \pm 12,5$ anos, 41 (74,5%) com renda até um salário mínimo, 33 (60,0%) com atividade laboral, sem companheiro (50,9%), com filhos (76,4%) e procedentes da região metropolitana (35; 63,6%). No que se refere à religião, as mulheres se declararam, principalmente, católicas e evangélicas (24; 43,6% respectivamente).

Em relação às variáveis sociodemográficas dicotomizadas, as pacientes que apresentaram escores mais elevados, de forma significativa, foram as que tinham companheiro (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos escores de Esperança em função das variáveis sociodemográficas. Recife, PE, Brasil, 2018 (continua)

Variáveis	Esperança		
	Md(Dp)	Mediana	p [†]
Situação conjugal			
Com companheiro	40,89(3,8)	41	0,002
Sem companheiro	44,1(3,0)	44	
Filhos			
Sim	42,7(3,8)	44	0,467
Não	41,8(3,8)	43	
Idade			
Até 50 anos	43,1(3,5)	43	0,42
Mais de 50 anos	41,2(4,1)	44	
Atividade laboral			

Sim	41,9(3,8)	43	0,167
Não	43,3(3,7)	44	
Anos de estudo			
Até 8 anos	41,6(3,9)	42	0,233
Mais de 8 anos	43,0(3,6)	44	
Renda			
Até 1 salário mínimo	41,9(3,9)	42	0,068
Mais que 1 salário mínimo	43,5(0,7)	43	
Religião			
Católico	41,8(3,4)	41	0,287 [†]
Evangélico	43,3(4,3)	43	
Espírita	43,3(2,1)	43	
Outras	41,2(3,6)	41	

†Teste de Mann-Whitney, ‡Teste de Kruskal-Wallis

No que se concerne ao tratamento quimioterápico, 61,8% (34) estavam em tratamento adjuvante (34; 61,8%). Apenas 7 (12,7%) haviam sido submetidas também à radioterapia. A maioria das pacientes tinha recebido o diagnóstico de câncer de mama há mais de seis meses (38; 69,1%) e estava em tratamento também há até seis meses (30; 54,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados referentes ao tratamento. Recife, PE, Brasil, 2018

	n	%
Quimioterapia		
Adjuvante	34	61,8
Neoadjuvante	21	38,2
Tratamento Cirúrgico		
Radioterapia	7	12,7
Tempo de diagnóstico		
Até 6 meses	17	30,9
Mais de 6 meses	38	69,1
Tempo de tratamento		
Até 6 meses	30	54,5
Mais de 6 meses	25	45,5

Comparando-se os resultados de esperança em função dos dados do tratamento, não houve nenhuma variável com diferença significativa (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos escores de Esperança em função de dados do tratamento. Recife, PE, Brasil, 2018

Variáveis	Esperança		
	Md(Dp) [†]	Mediana	p [‡]
Quimioterapia			
Adjuvante	42,2(3,7)	44	0,821
Neoadjuvante	41,7(5,1)	43	
Tratamento Cirúrgico			
Sim	42,6(3,7)	43	0,814
Não	42,5(3,6)	44	
Radioterapia			
Sim	42,3(5,0)	43	0,951
Não	42,5(3,6)	44	
Tempo de diagnóstico			
Até 6 meses	42,5(4,3)	44	0,66
Mais de 6 meses	42,5(3,6)	43	
Tempo de tratamento			
Até 6 meses	42,8(3,5)	45	0,486
Mais de 6 meses	42,2(4,1)	43,5	

† Md(Dp): Média(desvio-padrão) ‡ Teste de Mann-Whitney

A análise descritiva dos desfechos esperança, bem-estar espiritual e religiosidade são descritos na Tabela 4. A esperança apresentou elevados escores; o bem-estar religioso apresentou melhor resultado que o existencial, enquanto que o bem-estar espiritual total apresentou-se elevado (maior que 100 pontos). Na avaliação da religiosidade, pode-se dizer que a religiosidade organizacional apresentou escore mais baixo que a não-organizacional, enquanto que a religiosidade intrínseca, relacionada com a espiritualidade, apresentou resultados elevados (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos indicadores estatísticos descritivos. Recife, PE, Brasil, 2018

	Md(dp) †	Mediana	Mínimo	Máximo
Esperança	42,5(3,8)	45	34	48
Bem-Estar Religioso	57,7(3,9)	59	42	60
Bem-Estar Existencial	50,7(6,7)	55	31	60
Bem-Estar Espiritual (total)	108,3(8,7)	107	79	120
Religiosidade Intrínseca	13,2(1,7)	13	9	15
Religiosidade Organizacional	2,2(1,8)	3	1	6
Religiosidade Não-Organizacional	5,7(1,0)	5	1	6

†Md(Dp): Média(desvio-padrão)

A esperança não apresentou associação moderada ou forte com nenhuma das variáveis quantitativas testadas pela correlação de Spearman. Os outros desfechos testados, religiosidade e bem-estar espiritual, também não apresentaram associação significativa com a esperança.

Um modelo explicativo para a esperança, elaborado incluindo as variáveis independentes idade, renda, escolaridade, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento, foi testado e se mostrou sem significância estatística pela ANOVA ($p=0,268$).

Então, considerando-se a hipótese de que a religiosidade e o bem-estar espiritual poderiam influenciar na esperança das mulheres em tratamento quimioterápico, foi elaborado um segundo modelo para análise de regressão múltipla considerando as variáveis independentes religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI), e o bem-estar espiritual no seu valor total e nos subdomínios da escala: bem-estar religioso (BER) e bem-estar existencial (BEEEx). Contudo, a variável bem-estar espiritual no seu valor total foi excluída por apresentar multicolinearidade com os subdomínios da escala e com a religiosidade não-organizacional. Este modelo apresentou-se significativo pela ANOVA em relação ao acaso para explicar o comportamento da variável dependente esperança ($p=0,024$). Não houve multicolinearidade entre as outras variáveis, com correlações fracas a moderadas entre elas. No modelo, houve homocedasticidade e não houve *outliers*, e a regressão apresentou distribuição normal dos resíduos para a esperança.

Por fim, foi aplicado o teste *pos-hoc* f^2 de Cohen, que apresentou resultado de $f^2=0,29$, correspondendo a um pequeno valor preditivo. Optou-se por considerar o segundo modelo explicativo esperança, apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Regressão linear múltipla da variável Esperança relacionada às dimensões da religiosidade e bem-estar religioso e existencial. Recife, PE, Brasil, 2018

Variáveis	Esperança		
	β^\dagger	t	p
Religiosidade Organizacional	-0,105	-0,687	0,495
Religiosidade Não-Organizacional	-0,034	-0,216	0,83
Religiosidade Intrínseca	-0,084	-0,586	0,56
Bem-Estar Religioso	-0,079	-0,562	0,576
Bem-Estar Existencial	0,439	3,376	0,001

† coeficiente padronizado

Para a esperança, o modelo testado apresentou correlação moderada ($R=0,475$), explicando 22,6% (R^2) do comportamento da variável. O Bem-Estar Existencial foi a única variável previsora isolada Esperança, contribuindo em 19,3% para a variância do escore de esperança ($\beta=0,439$; $t=3,376$; $p=0,001$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Pode-se considerar que a esperança dá significado e alegria à vida e que, por ser

uma palavra abstrata, é conceito que significa coisas diferentes para cada pessoa durante épocas diferentes de sua vida⁽¹³⁾. Em muitos casos, é válido afirmar que a esperança origina-se da fé em Deus ou de um quociente de espiritualidade que o indivíduo traz em si⁽¹³⁾.

Foi possível observar que os dados sociodemográficos não influenciaram diretamente na esperança das pacientes avaliadas, embora haja estudos que tenham encontrado associação significativa com a renda⁽⁷⁾.

As mulheres com companheiros, embora minoria, apresentaram maior índice de esperança. Desta forma, para o sucesso do tratamento, restabelecimento emocional e o aumento da esperança das mulheres, é necessário a presença e apoio do companheiro durante todo o processo de adoecimento⁽²⁰⁾. Contudo, a diminuição da autoestima com o câncer e seu tratamento poder afetar diretamente as relações conjugais⁽²¹⁾.

Não foi observada variação da esperança ao longo do tempo de tratamento. No entanto, em estudo realizado com mulheres da cidade de São Paulo em tratamento para o câncer de mama, a esperança foi observada de forma dependente durante todo o processo de tratamento, apresentando-se de forma positiva quando a paciente se encontrava em um bom estado clínico e proximidade da cura, e negativa diante do início do tratamento, atraso no diagnóstico, com alterações psicológicas e aparecimento dos efeitos adversos do tratamento⁽⁷⁾.

Na análise descritiva, a esperança apresentou elevados escores e o bem-estar religioso demonstrou melhor resultado que o existencial. Estudo internacional realizado com mulheres com câncer de mama e em quimioterapia, observou que as pacientes que realizavam alguma atividade religiosa particular (oração, louvor, reza) tinham modificações nas emoções e sentimentos diante da doença, assim como aumentavam esperança por meio da fé⁽²²⁾.

A mulher, ao se deparar com o diagnóstico de câncer, torna-se vulnerável ao sofrimento biopsíquico, social e espiritual, mas, ao expressar a sua religiosidade/espiritualidade, são proporcionadas relações de aproximação com um ser transcendente, podendo apresentar esperança para vivenciar o processo de adoecimento⁽²³⁾. Um estudo com mulheres recém-diagnosticadas mostrou que a percepção da doença e uma estratégia de coping adotada prediziam 50% da variação na depressão, 42% nos transtornos de ansiedade geral e 40% no distresse relacionado ao câncer⁽²⁴⁾. Tanto a percepção da doença como as estratégias de enfrentamento podem mudar de acordo com a religiosidade e a espiritualidade do paciente, além do suporte familiar.

A religiosidade organizacional apresentou escore mais baixo que a não-organizacional, sendo um dos fatores prováveis a influenciar esse resultado o fato dos pacientes que estão em quimioterapia apresentarem imunossupressão e alterações hematológicas, necessitando de cuidados e sendo orientadas a não frequentarem lugares públicos com aglomeração de pessoas, no sentido de protegê-las contra quaisquer tipos de infecções ou complicações⁽²⁵⁾.

Durante a análise descritiva dos desfechos da esperança das mulheres em tratamento quimioterápico, observou-se que a religiosidade intrínseca apresentou escores elevados. A espiritualidade/religiosidade pode mediar conforto e melhora da esperança, sendo uma estratégia positiva para a pessoa em tratamento oncológico⁽¹⁰⁾. No adoecimento, a fé motiva as mulheres a desenvolverem mecanismos de enfrentamento que permitam sentimentos de tranquilidade e aceitação, e pacientes que realizam práticas espirituais e religiosas podem apresentar fortalecimento das dimensões psíquica e social, minimizando sintomas tais como ansiedade, depressão, desesperança e outros⁽¹¹⁾. Uma pesquisa com mulheres em quimioterapia para o câncer de mama em um serviço dos Estados Unidos encontrou que aquelas que desenvolviam maiores escores de *coping* religioso-espiritual, mantinham melhores níveis de bem-estar espiritual e menor distresse⁽²⁶⁾.

Um modelo baseado na religiosidade e no bem-estar espiritual das pacientes apresentou-se explicativo para o comportamento da esperança, mas com magnitude do

efeito pequeno, ou seja, com pequeno valor preditivo (f^2 de Cohen = 0,29). Este modelo explica 22,6% (R^2) do comportamento da variável, tendo sido o bem-estar existencial a única variável previsora isolada esperança, contribuindo em 19,3% para a variância do escore de esperança ($\beta=0,439$; $t=3,376$; $p=0,001$). Considerando que as variáveis sociodemográficas e tempo de internamento não apresentaram associação estatisticamente significativa com a esperança, pode-se inferir que, além dessas variáveis, da religiosidade e da manutenção de um bem-estar espiritual, religioso e existencial, outros fatores que não foram testados, ou conjunto deles, devem ser mais determinantes para a manutenção da esperança.

O bem-estar existencial, relacionado a como as pacientes lidam com conflitos existenciais decorrentes do câncer, teve associação significativa e contribuição na determinação da variância do escore de esperança. Tal resultado sugere que, quando as pacientes conseguem enfrentar as crises existenciais e vencer barreiras emocionais, intra e inter-relacionais, têm maior disponibilidade por elaborar estratégias e perspectivas de futuro, desenvolvendo níveis maiores de esperança.

A esperança parece ser uma mediadora entre suporte social e depressão, por exemplo, como se escores maiores de esperança pudessem favorecer a aceitabilidade do suporte social e familiar e o enfrentamento e prevenir depressão e outros transtornos relacionados⁽²⁷⁾. Um estudo de abordagem qualitativa revelou que, dentre os temas que as mulheres em quimioterapia neoadjuvante traziam consigo com grande importância, estavam o impacto na família e a necessidade de suporte e empatia, o que reforça a recomendação de que as intervenções para essas pacientes devem envolver os familiares⁽²⁸⁻²⁹⁾.

O presente estudo apresentou algumas limitações, dentre elas: o não acompanhamento dos pacientes de forma contínua durante o tratamento para verificar se a esperança modifica ao longo do tratamento, além do desenho do estudo não permitir a definição de fatores mediadores ou moderadores para a esperança. A amostra se refere a apenas um local de coleta, dificultando inferir os resultados para outras populações.

CONCLUSÃO

As variáveis sociodemográficas, o tempo de internamento e o de diagnóstico não apresentaram associação significativa com a esperança. Contudo, a religiosidade e a manutenção de um bem-estar espiritual, religioso e existencial apresentaram uma contribuição significativa pequena na predição da variável esperança. O Bem-Estar Existencial foi a única variável previsora isolada Esperança, contribuindo em 19,3% para a variância do escore de esperança ($\beta=0,439$; $t=3,376$; $p=0,001$). Outros fatores que não foram testados, ou conjunto deles, devem ser mais determinantes para a manutenção da esperança.

Os resultados contribuem para área ampliando a compreensão do fenômeno do enfrentamento da doença e do tratamento quimioterápico, despertando para caminhos na busca de estratégias que favoreçam a esperança durante este período.

Sugere-se testar a relação da esperança com a espiritualidade através de escalas específicas e validadas para este constructo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2018.
2. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad Saude Publica

- [Internet]. 2015 [acesso em 03 mar 2019]; 31(6):1269-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00048514>.
3. Rodrigues FS de S, Polidori MM. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. Rev. bras. cancerol. [Internet]. 2012 [acesso em 03 mar 2019]; 58(4):619-27, 2012. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf.
 4. Bromberg SE, Hantori R de M, Nazario ACP. Radioterapia intraoperatória como protocolo de tratamento do câncer de mama inicial. Einstein [Internet]. 2013 [acesso em 03 mar 2019]; 11(4):439-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400006>.
 5. Batista S, Mendonça AR dos A. Espiritualidade e qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Rev bioét. [Internet]. 2012 [acesso em 03 mar 2019]; 20(1):175-8. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/723/748.
 6. Bonfim IQM, Batista RPS, Lima RM de C. Avaliação da função sexual em um grupo de mastectomizadas. Rev. bras. promoç. saúde [Internet]. 2014 [acesso em 03 mar 2019]; 27(1):77-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2014.p77>.
 7. Balsanelli ACS, Grossi, SAA. Fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2016 [acesso em 03 mar 2019]; 50(6):898-904. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>.
 8. Ferreira CB, Almeida AM de, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. Interface [Internet]. 2008 [acesso em 03 mar 2019]; 12(27):863-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400015>.
 9. Caetano EA, Gradim CVC, Santos LE da S dos. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2009 [acesso em 03 mar 2019]; 17(2): 257-61. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>.
 10. Sousa FF de PR, Freitas SMF de M, Farias AG da S, Cunha MC dos SO, Araujo MFM de, Veras VS. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2017 [acesso em 03 mar 2019]; 13(1):45-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>.
 11. Veit CM, Castro EK de. Coping Religioso/Espiritual Positivo em Mulheres com Câncer de Mama: Um Estudo Qualitativo. Psico [Internet]. 2013 [acesso em 03 mar 2019]; 44(3):331-41. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15820/10408>.
 12. Cervelin AF, Kruse MHL. Spirituality and religiosity in palliative care: proposing a good death. J Nurs UFPE [Internet]. 2015 [acesso em 03 mar 2019]; 9(supl.3):7615-24. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10501>.
 13. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2008 [acesso em 03 mar 2019]; 42(2): 227-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>.
 14. Silva R de P, Souza P de, Nogueira DA, Morais D da S, Chaves E de CL. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. J bras psiquiatr [Internet]. 2013 [acesso em 03 mar 2019]; 62(3):191-8, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000300003>.
 15. Gomes ET, Bezerra SMM da S. Validação da Escala de Bem-Estar Espiritual para pacientes hospitalizados no período pré-operatório. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2018 [acesso em 03 mar 2019]; 67(3):179-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000199>.
 16. Marques LF, Sarreira JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da escala de bem-estar Espiritual (EBE). Aval. psicol. [Internet]. 2009 [acesso em 03 mar 2019]; 8(21):179-86. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a04.pdf>.

17. 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 [Internet]. 2008 [acesso em 03 mar 2019]; 35(1) 31-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>.
18. Macedo E de L, Andrade LDF de, Agra G, Sousa ATO de, Nagashima AMS, Bushatsky M. Limites e potencialidades do líder religioso/espiritual diante de mulheres em tratamento oncológico mamário. Rev Cienc. Cuid. Saude [Internet]. 2018 [acesso em 03 mar 2019]; 17(3):e42349. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.42349>.
19. Abdala GA, Kimura M, Duarte YA de O, Lebrão ML, Santos B dos. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2015 [acesso em 03 mar 2019]; 49(55):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005416>.
20. Sales JB, Cecília SG, Pereira NP, Maia LLQGGN. O convívio com a mulher mastectomizada sob a óptica do companheiro. R Enferm. Cen. O. Min [Internet]. 2012 [acesso em 03 mar 2019]; 2(11): 10-8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/163>.
21. Rocha JFD, Cruz PKR, Vieira MA, Costa FM da, Lima C de A. Mastectomia: as cicatrizes na sexualidade feminina. J Nurs UFPE [Internet]. 2016 [acesso em 03 mar 2019]; 10(sup.5): 4255-63. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11171>.
22. Chui PL, Abdullah KL, Wong LP, Taib NA. Prayer-for-health and complementary alternative medicine use among Malaysian breast cancer patients during chemotherapy. BMC Complement Altern Med [Internet] 2014. [acesso em 03 mar 2019]; 14(425):1-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-14-425>.
23. Branco MZC, Brito D, Sousa CF. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. Aquichan [Internet]. 2014 [acesso em 03 mar 2019]; 14(1):100-8. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972014000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
24. Gibbons A, Groarke A, Sweeney K. Predicting general and cancer-related distress in women with newly diagnosed breast cancer. BMC Cancer [Internet]. 2016; [acesso em 03 mar 2019] (1):935. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-2964-z>.
25. Sousa RM, Santos FHE, Pinheiro FM. Estudo de caso sobre as demandas de cuidados de enfermagem dos pacientes onco-hematológicos hospitalizados. J Nurs UFPE [Internet]. 2017 [acesso em 03 mar 2019]; 11(10): 3796-806. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25190>.
26. Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe ME, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. Oncol Nurs Forum [Internet]. 2013 [acesso em 03 mar 2019]; 40(2):120-31. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/the-relationships-among-coping-strategies-religious-coping-and-sp-3>.
27. Hasson-Ohayon I, Goldzweig G, Dorfman C, Uziely B. Hope and social support utilisation among different age groups of women with breast cancer and their spouses. Psychol Health. [Internet]. 2014 [acesso em 03 mar 2019]; 29(11):1303-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.929686>.
28. Moghaddam Tabrizi F, Alizadeh S. Family Intervention Based on the FOCUS Program Effects on Cancer Coping in Iranian Breast Cancer Patients: a Randomized Control Trial. Asian Pac. J. Cancer Prev [Internet]. 2018 [acesso em 03 mar 2019]; 19(6):1523-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1523>.
29. Beaver K, Williamson S, Briggs J. Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer. Eur. J. Oncol. Nurs. [Internet]. 2016 [acesso em 03 mar 2019]; 20:77-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.001>.

Recebido: 12/03/2019
Finalizado: 03/09/2019

Autor Correspondente:

Eduardo Tavares Gomes
Universidade Federal de Pernambuco
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - 50670-901 - Recife, PE, Brasil
E-mail: edutgs@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - ELM, ETG

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - ETG, SMMSB

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - SMMSB
