



## Fatores preditores da esperança entre mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico\*

Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy

Factores predictivos de la esperanza entre mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento quimioterápico

Alessandra Cristina Sartore Balsanelli<sup>1</sup>, Sonia Aurora Alves Grossi<sup>1</sup>

### Como citar este artigo:

Balsanelli ACS, Grossi SAA. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):898-904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>

\* Extraído da dissertação "Fatores preditores da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Identifying the predictors of hope in patients with breast cancer during chemotherapy treatment. **Method:** A prospective longitudinal study. The sample was composed of 122 women who responded to the instruments of hope, anxiety and depression, coping, fatigue, religiosity and self-esteem in the first and last cycle of chemotherapy. These variables were used in adjusting the logistic regression model that characterized multivariate statistics, allowing identification of predictor variables. **Result:** The increase of hope at the end of chemotherapy treatment was statistically significant ( $p = 0.012$ ). The delay in undergoing treatment from the onset of breast cancer symptoms, Karnofsky Performance Status, depression, self-esteem and pain were characterized as factors being associated to hope by univariate analysis. Among the variables analyzed, pain was the only predicting factor of hope. **Conclusion:** Pain was the predicting factor in this sample. Hope increased during treatment and revealed the following associated factors: Karnofsky Performance Status, delay in starting the treatment, depression, self-esteem and pain. This study brought forth a multidisciplinary contribution, allowing for understanding the factors that can influence hope and presenting support to nursing care. The data evidenced conditions of improvement or worsening of hope, which requires interdisciplinary attention in Oncology.

### DESCRIPTORS

Breast Neoplasms; Drug Therapy; Hope; Pain; Oncology Nursing; Reproducibility of Results.

### Autor correspondente:

Alessandra Cristina Sartore Balsanelli  
Rua Loefgreen, 1654, apto. 91 – Vila Clementino  
CEP 04040-002 – São Paulo, SP, Brasil  
[alessandrasartore@hotmail.com](mailto:alessandrasartore@hotmail.com)

Recebido: 14/01/2016  
Aprovado: 25/10/2016

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer desperta inúmeros sentimentos e emoções, dentre eles, a esperança. Esse sentimento pode ser visto como um recurso que auxilia os pacientes no enfrentamento do sofrimento psicológico associado à doença<sup>(1-3)</sup>.

Na área médica, todas as definições de esperança envolvem algo que se deseja no futuro, e quando está associado ao presente pode ter influência positiva no bem-estar ou, no mínimo, refletir em um estado positivo<sup>(2)</sup>.

Ter esperança é essencial depois que o diagnóstico de câncer é dado, pois a notícia causa sofrimento sendo 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<sup>(4)</sup>. Manter a esperança possibilita aos pacientes com câncer incurável o aceite ao tratamento ou a uma pesquisa clínica, mesmo se houver poucos benefícios<sup>(2)</sup>.

O estudo desse construto tem despertado o interesse, pois parece estar diretamente relacionado com o sucesso dos tratamentos e manejo de sinais e sintomas do câncer<sup>(5-6)</sup>. A esperança apresenta algumas estratégias facilitadoras para a prática diária da enfermagem. A esperança é viabilizada pelos princípios humanos, que são a base dos cuidados, do uso do conhecimento na prática, do relacionamento interpessoal, e da maneira como os profissionais de saúde manejam o ambiente e a organização do cuidado<sup>(7)</sup>.

O enfermeiro é uma importante fonte de esperança à pessoa que está vulnerável e doente, pois está em constante contato com aquele que sofre<sup>(7)</sup>. Destaca-se aqui o paciente oncológico que, pela sua alta permanência no ambiente hospitalar em virtude dos retornos estabelecidos pelos protocolos de tratamento, mantém um contato próximo com o enfermeiro, além do vínculo afetivo criado.

Algumas variáveis frequentemente associadas à esperança foram identificadas por estudos científicos, e conhecê-las influencia na qualidade assistencial. Assim, há a religiosidade, normalmente avaliada no domínio espiritual dos instrumentos avaliadores da qualidade de vida como possível de ser fragilizada em virtude do diagnóstico de câncer, por este conduzir o paciente a contemplar sua própria mortalidade e, frequentemente, representar desafios únicos às suas crenças<sup>(4,8)</sup>.

**Fadiga:** O paciente com câncer frequentemente apresenta o sintoma de fadiga, seja ele consequente à doença ou ao tratamento<sup>(2,9)</sup>.

**Karnofsky Performance Status (KPS):** A condição clínica funcional do paciente com câncer é normalmente avaliada por escalas de avaliação, como o KPS, necessárias para a tomada de decisão clínica. Verificou-se que escores baixos do KPS, que indicam baixa funcionalidade, relacionam-se com menores índices de esperança<sup>(1)</sup>.

**Coping:** A literatura associa a esperança como um importante recurso e um mecanismo de coping<sup>(1)</sup>.

**Ansiedade e depressão:** Esperança e otimismo estão negativamente correlacionados com ansiedade e depressão<sup>(10-11)</sup>. Quanto maior o escore de esperança, menor a possibilidade de o paciente apresentar um escore de depressão<sup>(5-6)</sup>.

**Esperança e autoestima:** A autoestima em pacientes com câncer de mama, desde a descoberta da doença e durante o tratamento, está sujeita a alterações, sendo objeto importante de estudo<sup>(5,12)</sup>. Apesar das alterações físicas e psicológicas sofridas por essas pacientes, elas apresentam autoestima alta<sup>(12)</sup>.

É importante identificar os fatores que influenciam a esperança. Ansiedade, depressão, fadiga e dor prejudicam a esperança<sup>(11)</sup>.

O presente estudo investiga quais outras variáveis podem estar associadas, ou são fatores preditores da esperança no paciente com câncer de mama em tratamento quimioterápico. O interesse pelo tema, bem como a pequena quantidade de estudos que investiguem tais fatores, fomentou o desenvolvimento do presente estudo com o objetivo de identificar os fatores preditores da esperança nos pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo de corte longitudinal realizado em um hospital público, centro de referência da Saúde da Mulher, na cidade de São Paulo, SP.

Para a composição da amostra, os critérios de inclusão foram: paciente portador de câncer de mama com estadiamento clínico I, II e III<sup>(13)</sup>; com mais de 18 anos de idade; conscientes de seu diagnóstico; no primeiro tratamento quimioterápico; e com capacidade de ler e responder aos questionários.

Foram excluídos do estudo os pacientes com doença metastática e aqueles que não concluíram o tratamento no ambulatório de quimioterapia do centro acima referenciado.

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

Os pacientes foram abordados pela pesquisadora principal 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 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram orientados quanto à necessidade de responder a todos os questionários necessários à consecução dos objetivos do estudo no primeiro ciclo proposto de quimioterapia, caracterizando o tempo zero (T0). Os mesmos questionários deveriam ser novamente preenchidos no último ciclo de quimioterapia, o que caracterizou o tempo final (T1).

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

Um instrumento, criado pelos pesquisadores deste estudo, foi utilizado para a obtenção de dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, ocupação atual e renda familiar) e clínicos (início dos sintomas, data do diagnóstico, estadiamento, tratamento atual, protocolo quimioterápico, tratamentos anteriores, comorbidades e dor). As informações relativas ao estadiamento da doença, outros tratamentos e protocolo quimioterápico foram obtidas por meio da consulta ativa ao prontuário.

A avaliação da esperança, variável dependente neste estudo, foi realizada com a Escala de Esperança de Herth

(EEH), adaptada culturalmente e validada para a língua portuguesa. Essa escala possibilita a mensuração do construto esperança em um escore final que varia de 12 a 48. A escala possui 12 itens de fácil compreensão<sup>(5)</sup>. Não há ponto de corte, resulta em alto ou baixo escore de esperança e está validada em vários países<sup>(3)</sup>.

*Karnofsky Performance Status* (KPS) foi utilizado para avaliação do estado de saúde dos pacientes. A Escala de Karnofsky é composta por frases que retratam a capacidade funcional de um indivíduo, e essas são graduadas de 100% a 0%, sendo que 100% representa um indivíduo sem evidência de doença e 0% representa um indivíduo morto. Não há pontos de corte, e escores mais altos indicam melhor funcionalidade. É instrumento muito utilizado em estudos e em clínicas oncológicas internacionais e nacionais<sup>(14)</sup>.

A Escala Numérica de Dor foi utilizada, pois 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)<sup>(15)</sup>.

O Inventário sobre Coping-Jalowiec teve o objetivo de identificar as características individuais de estratégias para enfrentamento de estressores. É composto por 60 afirmações divididas em oito estilos de *coping*, sendo eles: confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo e autoconfiante. O Inventário sobre Coping-Jalowiec foi validado para a cultura brasileira em idosos com comprometimento cognitivo, observando-se boa confiabilidade. Para o escore final, encontra-se a pontuação relativa mais alta, que representa o estilo de *coping* predominante<sup>(16)</sup>.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) contém 14 questões do tipo múltipla escolha e está validada para a língua portuguesa. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação geral para cada subescala varia de 0 a 21. Os pontos de corte recomendados para ambas as subescalas são: HAD – ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade  $\geq$  9; HAD – depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão  $\geq$  9. É uma escala de fácil aplicação e compreensão<sup>(17)</sup>.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) avaliou a autoestima dos pacientes deste estudo. É uma escala composta por 10 afirmações com escore de 0 a 3. 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<sup>(18)</sup>.

A Escala de Religiosidade da Duke (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. 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<sup>(19)</sup>.

A avaliação da fadiga foi realizada por meio do Pictograma de Fadiga, instrumento 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<sup>(20)</sup>.

O fator preditor foi revelado por meio da regressão múltipla, que utilizou variáveis independentes para prever a variável dependente, esperança. A análise de regressão confere valores para cada variável independente. A ponderação de cada variável independente revela a sua contribuição para a predição global e auxilia na compreensão de cada variável na predição<sup>(21)</sup>.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, CEP EEUSP (Processo nº 976/2010), e do Centro de referência da Saúde da Mulher (Protocolo nº 034/10).

## RESULTADOS

A amostra de conveniência, a partir do agendamento da quimioterapia, foi inicialmente composta por 165 indivíduos que corresponderam aos critérios de inclusão. Na primeira quimioterapia, todos foram entrevistados e responderam aos instrumentos previstos. Concluíram o estudo 122 mulheres, que responderam novamente aos questionários no final do tratamento quimioterápico. As perdas ocorreram em virtude de doença metastática confirmada em prontuário após a primeira entrevista, 18 (11%), óbitos, 2 (1%) e alterações nos agendamentos, 23 (14%).

As pacientes apresentaram média de idade de 50 anos (DP = 10,6), a maioria era casada e de religião católica. As participantes do estudo tinham mediana de escolaridade de 8,5 anos. Quanto à renda familiar mensal, a amostra obteve uma mediana de R\$ 1.200,00.

O início dos sintomas do câncer de mama apresentou uma mediana de 8 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, mínimo de 1 mês e máximo de 13 meses.

Os principais protocolos quimioterápicos utilizados nesta amostra foram: AC/T – Adriamicina e Ciclofosfamida/Taxol® (39,5%) na adjuvância pós-cirurgia da mama, quatro ciclos de Adriamicina (60 mg/m<sup>2</sup>) e Ciclofosfamida (600 mg/m<sup>2</sup>), seguidos de quatro ciclos de Taxol® (175 mg/m<sup>2</sup>) a cada 21 dias; FAC – Fluorouracil (5-FU), Adriamicina e Ciclofosfamida (16,5%), seis ciclos de Fluorouracil (5-FU) (500 mg/m<sup>2</sup>), Adriamicina (50 mg/m<sup>2</sup>) e Ciclofosfamida (600 mg/m<sup>2</sup>) a cada 21 dias e o Protocolo de Pesquisa Multicêntrico (12%), em que se utilizavam das drogas Docetaxel (75 mg/m<sup>2</sup>), Adriamicina (50 mg/m<sup>2</sup>) e Ciclofosfamida (500 mg/m<sup>2</sup>) por seis 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.

A variação dos escores obtidos através da aplicação da Escala de Esperança de Herth (EEH) na amostra estudada obteve os seguintes valores: no T0, mediana de 43 e no T1, mediana de 45. Este aumento ao final do tratamento quimioterápico foi estatisticamente significativo ( $p = 0,012$ ).

Como a Escala de Esperança de Herth não possui ponto de corte, houve necessidade de dividir a amostra em dois grupos, um que manteve ou aumentou o escore da esperança durante o tratamento, e outro que diminuiu. Em 35% da amostra houve uma diminuição do escore da EEH. Todas as análises para a identificação dos fatores preditores foram feitas considerando-se a variação da esperança categorizada (diminuiu ou manteve/aumentou) nos momentos T0 e T1. Essas análises caracterizaram a estatística univariada, que permitiu o levantamento das variáveis associadas à esperança.

A demora na realização do tratamento pelas pacientes desde o início dos sintomas do câncer de mama apresentou uma mediana de tempo de 8 meses. As pacientes que mais demoraram a iniciar o tratamento quimioterápico apresentaram diminuição significativa nos escores de esperança ao longo do mesmo ( $p = 0,013$ ). A análise univariada caracteriza essa variável como um fator associado à esperança.

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 à variação da esperança entre T0 e T1. A associação pode ser vista na Tabela 1.

**Tabela 1** – Associação entre a variação da Esperança, Ansiedade e Depressão no tempo zero e no tempo final – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartilico (1º e 3º quartil)		<i>p</i>
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	

\*Escore A: Escore de Ansiedade, †Escore D: Escore de Depressão.

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 2.

**Tabela 2** – Associação entre a variação da Esperança e Autoestima no tempo zero e no tempo final – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartilico (1º e 3º quartil)		<i>p</i>
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	

\*EAER: Escala de Autoestima de Rosenberg.

Esses resultados demonstram que o grupo que teve a esperança diminuída entre T0 e T1 apresentou maiores escores de autoestima no T1 ( $p = 0,001$ ). O escore da EAER é invertido, ou seja, as pacientes 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 3.

**Tabela 3** – Associação entre a variação da Esperança e Dor no tempo zero e no tempo final – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variável	Escore EEH (T1-T0)	Mediana	Intervalo interquartilico (1º e 3º quartil)		<i>P</i>
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	

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.

As variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística. Esse modelo caracterizou a estatística multivariada, permitindo a identificação das variáveis preditoras da esperança.

Das variáveis testadas, a dor foi a única variável preditora da esperança na amostra estudada.

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 ( $p = 0,042$ ).

As variáveis religiosidade, fadiga e *coping* não apresentaram alterações significantes com a variação do escore da esperança.

## DISCUSSÃO

Este estudo longitudinal investigou a esperança e seus fatores preditores em 122 pacientes com câncer de

mama em tratamento quimioterápico no início e no final do tratamento.

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. Resultados semelhantes aos do presente trabalho foram encontrados no estudo de validação da EEH para a língua portuguesa, no qual se obteve escore médio de esperança de 41,57 para pacientes oncológicos, de 40,46 para pacientes diabéticos e de 40,88 para acompanhantes destes pacientes<sup>(5)</sup>.

Mulheres chinesas com câncer de mama em quimioterapia apresentaram alto escore de esperança, com um escore total de  $38,62 \pm 4,56$ . Não houve diferença estatística entre esperança e idade, nível educacional, estado civil, condição de trabalho e estadiamento do câncer, entretanto houve diferença estatística entre esperança e renda mensal, quanto maior a renda mensal, maior a esperança<sup>(22)</sup>.

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 EEH<sup>(23)</sup>.

Já um estudo japonês, que comparou os sintomas de sofrimento e o alcance de uma boa morte entre pacientes idosos e jovens com câncer, identificou a perda da esperança e do prazer nos pacientes idosos com câncer metastático<sup>(24)</sup>.

O intervalo de tempo entre a percepção dos sintomas do câncer de mama e o início do tratamento apresentou uma mediana de 8 meses, tempo considerado alto tendo em vista a necessidade de instaurar o tratamento o mais precocemente possível. O intervalo de tempo neste estudo foi um fator associado à esperança. As pacientes que mais demoraram para iniciar o tratamento quimioterápico apresentaram diminuição significativa nos escores de esperança ao longo do tratamento. Estudo brasileiro mostrou que o maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia da lesão suspeita. A maior demora no diagnóstico estava relacionada com estádios mais avançados da doença. Chama atenção o intervalo entre a mamografia suspeita e o início da terapia sistêmica ( $> 180$  dias), já que este é o intervalo de tempo no qual potenciais micrometástases podem se implantar, tornando a doença metastática e geralmente incurável<sup>(25)</sup>.

As pacientes deste estudo apresentaram um aumento nos valores do *Karnofsky Performance Status* no final do tratamento, quando comparado com o 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. KPS revelou-se um fator associado à esperança neste estudo. A mediana de 90 é um valor alto de KPS quando comparado com o de pacientes oncológicos com dor, de um estudo Norueguês, que obteve uma média de 64,9% ( $\pm 15,6$ )<sup>(23)</sup>.

Ansiedade e depressão têm sido identificadas como fatores de sofrimento psicológico comum na maioria dos pacientes oncológicos<sup>(10)</sup>. O grupo que teve a esperança diminuída

apresentou aumento no escore de depressão, o que favorece avaliar a esperança como uma maneira positiva no enfrentamento à doença<sup>(1)</sup>. A depressão, nesta amostra, foi um fator associado à esperança. Em um estudo americano que investigou esperança e sintomas de sofrimento, a depressão, na análise multivariada, foi a única variável inversamente significativa. As outras variáveis (dor, atividade, náusea, depressão, sentir-se triste, sentir-se nervoso, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispnéia) tiveram correlação fraca com a esperança<sup>(11)</sup>.

As pacientes deste estudo apresentaram a autoestima aumentada ao fim do tratamento quimioterápico. Em pacientes oncológicos a autoestima apresentou correlação positiva com esperança, isto é, quanto maior o escore de autoestima, maior o escore da esperança<sup>(5)</sup>. A análise estatística revelou a autoestima como um fator associado à esperança.

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, no qual 47% das pacientes apresentaram dor<sup>(26)</sup>. 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<sup>(26)</sup>.

O resultado principal deste estudo estreitou os conceitos de dor e esperança. Nesta amostra, a dor foi um fator associado e o único fator preditor da esperança. Trata-se de algo perceptível na prática clínica, porém há necessidade de mais pesquisas que investiguem o tema. Novos trabalhos poderão ser realizados com diferentes amostras.

Para a enfermagem, este resultado representa uma colaboração no aprimoramento da assistência ao paciente oncológico com dor. O transtorno causado pela dor necessita de uma assistência interdisciplinar, além da avaliação, terapia farmacológica e não farmacológica. Estudos longitudinais com intervenções que aumentem a esperança, envolvendo seus fatores associados e preditores, constituem vasto campo a ser explorado em futuras pesquisas.

Este estudo apresentou como limitação a diminuição do número de pacientes do T0 ao T1. Essa perda ocorreu em virtude de doença metastática notificada em prontuário após o início do tratamento. Houve também alterações de datas no agendamento das pacientes (sem informação prévia), e óbitos informados por familiares via ligação telefônica.

## CONCLUSÃO

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.

As pacientes que referiram dor no início do tratamento tiveram o escore de esperança diminuído no 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 apresentaram dor.

Este estudo contribui de forma significativa para o conhecimento da prática clínica dos pacientes com câncer, pois apresenta resultados inéditos que permitem compreender os fatores associados à esperança, bem como seu fator preditor e implementar melhoria na assistência a esses pacientes.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores preditores da esperança nas pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Método:** Estudo prospectivo longitudinal. A amostra foi de 122 mulheres que responderam aos instrumentos de esperança, ansiedade e depressão, *coping*, fadiga, religiosidade e autoestima no primeiro e no último ciclo de quimioterapia. Essas variáveis foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística que caracterizou a estatística multivariada permitindo a identificação das variáveis preditoras. **Resultado:** O aumento da esperança ao final do tratamento quimioterápico foi estatisticamente significativo ( $p = 0,012$ ). A demora na realização do tratamento desde o início dos sintomas do câncer de mama, o *Karnofsky Performance Status*, a depressão, a autoestima e a dor foram caracterizadas como fatores associados à esperança pela análise univariada. Dentre as variáveis analisadas, a dor apresentou-se como o único fator preditor da esperança. **Conclusão:** A dor foi o fator preditor nesta amostra. A esperança aumentou durante o tratamento e revelou os fatores associados: *Karnofsky Performance Status*, demora no início do tratamento, depressão, autoestima e dor. Este estudo trouxe uma contribuição multidisciplinar, permitiu compreender os fatores que podem influenciar a esperança e apresentou subsídios à assistência de enfermagem. Os dados evidenciaram condições de melhora ou agravamento da esperança, o que requer atenção interdisciplinar em Oncologia.

## DESCRIPTORIOS

Neoplasias da Mama; Quimioterapia; Esperança; Dor; Enfermagem Oncológica; Reprodutibilidade dos Testes.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores predictivos de la esperanza en las pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterápico. **Método:** Estudio prospectivo longitudinal. La muestra fue de 122 mujeres que respondieron a los instrumentos de esperanza, ansiedad y depresión, *coping* (enfrentamiento), fatiga, religiosidad y autoestima el primero y el último ciclo de quimioterapia. Dichas variables fueron utilizadas en el ajuste del modelo de regresión logística que caracterizó la estadística multivariada permitiendo la identificación de las variables predictivas. **Resultado:** El aumento de la esperanza al final del tratamiento quimioterápico fue estadísticamente significativo ( $p = 0,012$ ). La demora en la realización del tratamiento desde el inicio de los síntomas del cáncer de mama o *Karnofsky Performance Status*, la depresión, la autoestima y el dolor se caracterizaron como factores asociados con la esperanza por el análisis univariado. Entre las variables analizadas, el dolor se presentó como el único factor preditor de la esperanza. **Conclusión:** El dolor fue el factor preditor en esta muestra. La esperanza aumentó durante el tratamiento y reveló los factores asociados: *Karnofsky Performance Status*, demora en el inicio del tratamiento, depresión, autoestima y dolor. Este estudio brindó un aporte multidisciplinario, permitió comprender los factores que pueden influenciar la esperanza y presentó subsídios para la asistencia de enfermería. Los datos evidenciaron condiciones de mejora o agravamiento de la esperanza, lo que requiere atención interdisciplinaria en Oncología.

## DESCRIPTORIOS

Neoplasias de la Mama; Quimioterapia; Esperanza; Dolor; Enfermería Oncológica; Reproducibilidad de Resultados.

## REFERÊNCIAS

1. Rustoen T, Cooper BA, Miskowski 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.
2. Olver IN. Evolving definitions of hope in oncology. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(2):236-41.
3. Chi GC. The role of hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(2):415-24.
4. Richardson P. Assessment and Implementation of spirituality and religiosity in cancer care: effects on patient outcomes. *Clin J Oncol Nur*. 2012;16(4):150-5.
5. 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.
6. Balsaneli ACS, Grossi SAA, Herth K. Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):354-8.
7. Tabrizi FM, Radfar M, Tai Z. Effects of supportive-expressive discussion groups on loneliness, hope and quality of life in breast cancer survivors: a randomized control trial. *Psychooncology*. 2016;25(9):1057-63.
8. Grant M, Sun V. Advances in quality of life at the end of life. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(1):26-35.
9. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016;34(6):611-35.
10. 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):519-25.
11. Davis MP, Lagman R, Parala A, Patel C, Sanford T, Fielding F, et al. Hope, symptoms and palliative care: do symptoms influence hope? *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 Jan 25. pii: 1049909115627772. [Epub ahead of print]

12. Heidari M, Ghodusi M. The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(2):198-202.
13. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC cancer staging manual*. 7th ed. New York: Springer; 2010.
14. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5(6):649-55.
15. Sesay M, Robin G, Tauzin-Fin P, Sacko O, Gimbert E, Vignes J, et al. Responses of heart rate variability to acute pain after minor spinal surgery: optimal Thresholds and correlations with the numeric rating scale. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2015;27(2):148-54.
16. Kato T. Frequently used coping scales: a meta-analysis. *Stress Health*. 2015;31(4):315-23.
17. 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.
18. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást* 2004;19(1):47-52.
19. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo-Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiq Clin*. 2008;35(1):31-2.
20. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Fatigue Pictogram: an option for assessing fatigue severity and impact. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2015 Nov 16];43(n.esp):1079-86. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en\\_a12v43ns.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a12v43ns.pdf)
21. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
22. Zhang J, Gao W, Wang P, Wu ZH. Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chin Med J*. 2010;123(17):2331-5.
23. 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. *Palliat Support Care*. 2008;6(4):327-34.
24. Morita T, Kuriya M, Miyashita M, Sato K, Equchi K, Akechi T. Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med*. 2014;17(8):887-93.
25. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):72-6.
26. Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalence and comorbidity of pain and fatigue in women with breast cancer. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2015 Nov 17];45(2):508-14. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en\\_v45n2a28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a28.pdf)