

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Luana Barbosa Zago Boscolo

Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal

Uberaba

2017

Luana Barbosa Zago Boscolo

Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Barichello

Uberaba

2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

B753a Boscolo, Luana Barbosa Zago  
Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacien-  
tes com câncer no sistema gastrointestinal / Luana Barbosa Zago  
Boscolo.  
-- 2017.  
77 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017  
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

1. Neoplasias do sistema digestório. 2. Ansiedade. 3. Depres-  
são. 4. Esperança. I. Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.3

LUANA BARBOSA ZAGO BOSCOLO

AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES  
COM CÂNCER NO SISTEMA GASTROINTESTINAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

19 de Julho de 2017

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Barichello  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Orientadora

---

Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Thais de Oliveira Gozzo  
Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho em especial aos meus queridos pacientes que se mostraram solícitos em fazerem parte desse trabalho. Sem vocês nada seria possível.

À Deus, luz suprema do universo e singular chama da vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pela minha vida e por ele orientar sempre os meus passos e iluminar os meus caminhos.

Em especial a meus pais: Rosi e Luís que me ensinaram e me ensinam a viver e superar barreiras e desestímulos em nome do grande amor que sinto por eles.

À minha irmã, Patrícia, por todo aprendizado obtido nas diferenças, no apoio, nos exemplos, na orientação e no carinho.

Ao meu esposo, Gustavo, pelo amor e dedicação constantes, por saber entender e valorizar meu trabalho, suprimindo em muito as minhas ausências para manter os pilares de nossa família.

À minha avó Horbela, por todo amor e cuidado.

À minha orientadora Profa. Dra. Elizabeth Barichello pela oportunidade, confiança, paciência, atenção e apoio durante o processo de minha formação acadêmica.

A minha gratidão a todos os funcionários e professores da Pós-graduação em Atenção à Saúde, em especial ao professor Vanderlei pela disponibilidade e incentivo, os quais foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À minha amiga Simone por todo carinho, paciência e ajuda para execução deste trabalho.

Às minhas amigas Daniela e Raquel, pelo incentivo e estímulo para início nesta trajetória acadêmica.

Às minhas colegas de Pós-Graduação Jaciara, Luciana Falcão e Luciana Oliveira, pelos momentos que passamos juntas e principalmente pela colaboração mútua nesta jornada.

Às minhas amigas, Flor, Mercy e Vivi por todo amor e incentivo sempre.

À Mayara, funcionária do Hospital Hélio Angotti, pela disponibilidade e presteza.

A todos os componentes da banca, meus agradecimentos por emprestarem seu tempo, conhecimento e energia em prol da construção de um trabalho melhor.

Este trabalho é fruto da cooperação e dedicação de várias pessoas. Seria impossível registrar aqui o nome de todos aos que devo o mais profundo agradecimento.

“E guardemos a certeza pelas próprias dificuldades já superadas, que não há mal que dure para sempre.”

Chico Xavier

## RESUMO

BOSCOLO, L. B. Z. **Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal.** 2017. 77p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2017.

Dentre os tipos de CA que mais acometem os brasileiros, é possível observar uma parcela significativa presente no sistema gastrointestinal. A doença pode trazer comprometimentos físicos, emocionais e sociais, além das dificuldades enfrentadas graças ao tipo de tratamento ao qual o paciente é submetido, que pode ser agressivo ou mutilador e ter diversos efeitos adversos. O acompanhamento clínico destes pacientes sugere que eles apresentam sintomas de depressão e ansiedade desde o momento do diagnóstico. O tratamento pode impor algumas dificuldades e limitações, porém é possível manter a expectativa ao pensar na possibilidade de cura. A esperança impulsiona o paciente a continuar lutando, afim de retomar seus projetos de vida. O objetivo geral deste estudo foi analisar a relação entre variáveis sócio-demográficas, clínicas, ansiedade, depressão e esperança de pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório. Para a coleta de dados, utilizou-se três instrumentos: um contendo os dados sociodemográficos e clínicos do paciente, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e a Escala de Esperança de Herth. Para análise estatística das variáveis categóricas foram empregadas as distribuições de frequências absolutas e percentuais, e para as variáveis quantitativas empregou-se medidas de tendência central, bem como medidas de dispersão. As variáveis categóricas foram comparadas aos escores de ansiedade utilizando-se o Teste t-Student e, quanto aos escores de depressão e esperança, utilizou-se também o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Já para as variáveis quantitativas utilizou-se as correlações de Pearson e Spearman. Participaram do estudo 36 pacientes, com média de idade de 62,08 anos, baixa escolaridade, aposentados, renda mensal de um a dois salários mínimos, casados e com religião. Em relação aos aspectos clínicos, a maioria dos pacientes apresentou CA colorretal, sem metástase, sem realização de tratamento prévio à cirurgia. Estavam internados há um dia e era o primeiro procedimento cirúrgico para a abordagem do tumor. Em geral, os pacientes apresentaram médias baixas de ansiedade (5,41) e depressão (3,13) com alfa de Cronbach de 0,75 e 0,78 respectivamente. Na análise univariada, observou-se que a escolaridade influenciou a ansiedade. Já em relação à depressão, o paciente que tem

companheiro apresenta escore menor de depressão. Entretanto, na análise multivariada, nenhuma variável apresentou diferença estatisticamente significativa. A maioria dos pacientes apresentou nível elevado de esperança, evidenciado pela média encontrada (42,89). Quando analisada a relação da esperança com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se diferenças significativas para ansiedade e depressão. Quanto menor o escore de ansiedade e depressão, maior o escore de esperança encontrado. Nenhuma outra variável apresentou diferença estatisticamente significativa. Observamos que os sujeitos do estudo, mesmo diante de um procedimento cirúrgico, mostravam-se tranquilos e esperançosos. A enfermagem, devido ao estreito vínculo que possui com o paciente, deve auxiliar no reconhecimento de sinais de transtornos emocionais e na promoção da esperança nos pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias do Sistema Digestório. Ansiedade. Depressão. Esperança.

## ABSTRACT

BOSCOLO, L. B. Z. **Evaluation of Hope, Anxiety and Depression in Patients with Cancer in the Gastrointestinal Tract.** 2017. 77p. Dissertation (Master's Degree in Health Attention) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2017.

Among the types of cancer that affect the Brazilian population the most, it is possible to note that a significant amount is in the gastrointestinal track. The disease can provoke physical, emotional and social damages, as well as difficulties due to the treatment undergone by the patient, which can be aggressive or mutilating and have several adverse effects. The clinical follow-up of these patients suggests that they present depression and anxiety symptoms since the moment of the diagnostic. The treatment can impose some difficulties and limitations, but it is possible to keep hope when one thinks about the possibility of a cure. Hope encourages the patients to keep on fighting, so they can resume life projects. The general objective of this study was to analyze the relationship between sociodemographic and clinical variables, anxiety, depression and hope of patients with cancer in the gastrointestinal tract, in the pre-operative period. To collect the data, three instruments were used: one containing sociodemographic and clinical data of the patient, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Herth Hope Index. For the statistical analysis of the categorical variables, frequency distribution was used both in absolute numbers and in percentage, while for the calculation of the quantitative variables, measures of central tendency and dispersion were employed. The categorical variables were compared to the anxiety scores with Student's T-test, and regarding the scores of depression and hope, the non-parametric Mann-Whitney test was also used. As to the quantitative variables, the correlations of Pearson and Spearman were used. 36 patients participated in the study. On average, they were 62.08 years old, of a low educational level, retired, their monthly income was from one to two minimum wages, they were married and followed a religion. Regarding clinical aspects, most patients presented colon and rectal cancer, with no metastasis and no treatments conducted before the surgery. They had been hospitalized for one day for their first surgical procedure to deal with the tumor. Generally, the patients presented low anxiety (5.41) and depression (3.13) levels with Cronbach's alpha of 0.75 and 0.78, respectively. In the univariate analysis, it was found that the educational level influenced anxiety. Regarding depression, the patients who had partners had lower depression levels. In

the multivariate analysis, however, no variable presented statistically meaningful difference. Most patients had a high level of hope, as evidenced by the average result (42.89). When the relationship between hope and the sociodemographic and clinical variables was analyzed, significant differences were identified for anxiety and depression. The less the score of anxiety and depression, the greater the score of hope. It was found that the subjects of the study, even when confronted with a surgical procedure, were calm and hopeful. Nursing, due to its close link to the patients, must help them through the recognition of signals of emotional disorders and through the promotion of hope.

Keywords: Digestive System Neoplasms. Anxiety. Depression. Hope.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas de pacientes em período pré-operatório, com câncer gastrointestinal (n=36) - Uberaba (MG) – 2017.....	39
Tabela 2 – Caracterização da amostra, segundo as variáveis clínicas de pacientes em período pré-operatório, com câncer gastrointestinal (n=36) - Uberaba (MG) – 2017.....	40
Tabela 3 – Análise dos escores de ansiedade e depressão, utilizando-se o instrumento HADS com ponto de corte 8/9, de pacientes com câncer gastrointestinal no período pré-operatório (n=36) - Uberaba (MG) – 2017.....	41
Tabela 4 – Análise dos escores de ansiedade e depressão, utilizando-se o instrumento HADS com escore total, de pacientes com câncer gastrointestinal no período pré-operatório (n=36) - Uberaba (MG) – 2017.....	41
Tabela 5 – Comparações de medidas de tendência central para os escores de ansiedade, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas - Uberaba (MG) – 2017.....	42
Tabela 6 – Comparações de medidas de tendência central para os escores de depressão, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas - Uberaba (MG) – 2017.....	43
Tabela 7 – Análise correlacional entre variáveis demográficas, clínicas e escores de ansiedade e depressão - Uberaba (MG) – 2017.....	44
Tabela 8 – Análise de regressão linear múltipla tendo-se como desfecho ansiedade e depressão e como preditores as variáveis sexo, idade e realização de tratamento prévio - Uberaba (MG) – 2017.....	44
Tabela 9 – Distribuição de frequências das respostas aos itens da Escala de Esperança de Herth (n=36) -Uberaba (MG) - 2017.....	46
Tabela 10 – Comparações de medidas de tendência central para os escores de esperança, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas - Uberaba (MG) – 2017.....	47
Tabela 11 – Análise correlacional entre variáveis demográficas, clínicas, ansiedade, depressão e escores de esperança - Uberaba (MG) – 2017.....	48

Tabela 12 – Análise de regressão linear múltipla tendo-se como desfecho a esperança e como preditores as variáveis religião, tratamento e depressão - Uberaba (MG) – 2017.....	48
--	----

## LISTA DE SIGLAS

CA - Câncer

CAD - Cirurgia do Aparelho Digestivo

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

OMS - Organização Mundial da Saúde

RT - Radioterapia

QT - Quimioterapia

SGI - Sistema Gastrointestinal

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

HC-UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>APORTE TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1	DEFINIÇÃO DO CÂNCER .....	18
2.2	TIPO DE TRATAMENTO .....	18
<b>2.2.1</b>	<b>Radioterapia (RT)</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Quimioterapia (QT)</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Cirurgia</b> .....	<b>20</b>
2.3	CÂNCER NO SISTEMA GASTROINTESTINAL .....	21
<b>2.3.1</b>	<b>Câncer de esôfago</b> .....	<b>21</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Câncer de estômago</b> .....	<b>22</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Câncer colorretal</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3.4</b>	<b>Câncer de cavidade oral e orofaringe</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3.5</b>	<b>Câncer de pâncreas</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3.6</b>	<b>Câncer de fígado</b> .....	<b>24</b>
2.4	ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PACIENTE COM CÂNCER .....	25
2.5	ESPERANÇA NO PACIENTE COM CÂNCER.....	27
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
4.1	GERAL .....	31
4.2	ESPECÍFICOS .....	31
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>32</b>
5.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	32
5.2	LOCAL DO ESTUDO .....	32
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	33
<b>5.3.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	<b>33</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	<b>33</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Dimensão da amostra</b> .....	<b>33</b>
5.4	COLETA DE DADOS .....	34
<b>5.4.1</b>	<b>Operacionalização</b> .....	<b>34</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados</b> .....	<b>34</b>
5.4.2.1	<i>Questionário Sócio Demográfico e Clínico</i> .....	35
5.4.2.2	<i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)</i> .....	35
5.4.2.3	<i>Escala de esperança de Herth</i> .....	35
5.5	ANÁLISE DE DADOS.....	36
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	38
6.2	AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO .....	41
6.3	AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO .....	45
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
7.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	49
7.2	AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO .....	51

7.3	AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO .....	54
8	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>60</b>
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>62</b>
	Apêndice A - Questionário Sócio Demográfico e Clínico .....	71
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes Maiores de Idade.....	72
	Anexo A - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)....	74
	Anexo B - Escala de Esperança de Hert - Herth Hope Index .....	75
	Anexo C - Parecer do Comitê de Ética .....	76
	Anexo D - Aprovação Hospital Dr. Helio Angotti .....	77

## 1 INTRODUÇÃO

A palavra câncer (CA) se refere a uma abrangente gama de enfermidades que podem acometer diferentes órgãos e tecidos do organismo. Mundialmente, o CA é uma das doenças que mais amedrontam a população, devido ao seu poder metastático e incurável em algumas situações (HOLLAND et al, 2010; LIU; ROBINS, 2006).

Em 2015, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estimou que cerca de 600 mil casos novos de CA serão diagnosticados no biênio 2016-2017 no Brasil. Segundo o instituto, os tipos de CA mais detectados nos homens serão de próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres os seguintes foram apontados: mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%). Ainda de acordo com o INCA, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2030 haverá 27 milhões de novos casos de CA em todo o mundo, causando 17 milhões de mortes pela doença, sendo que os países em desenvolvimento serão os mais afetados, incluindo o Brasil.

Dentre os tipos de CA que mais acometem os brasileiros, é possível observar uma parcela significativa presente no sistema gastrointestinal (SGI). O CA gastrointestinal acomete o aparelho digestivo, incluindo órgãos como esôfago, estômago, fígado, pâncreas, cólon e reto e, em todo o mundo, se apresenta em maior prevalência e letalidade quando comparado a outros tipos (POURHOSEINGHOLI; VAHEDI; BAGHESTANI, 2015).

O CA, por ser uma doença já temida e estigmatizada, requer dos pacientes um preparo físico e emocional para lidar com os tratamentos propostos (INCA, 2012; BUETTO; ZAGO, 2015). O acompanhamento clínico destes pacientes sugere que eles apresentam sintomas de depressão e ansiedade desde o momento do diagnóstico (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014).

O paciente com CA pode sofrer agravos psicológicos devido às transformações que a doença causa em seu corpo, por meio de perdas em algumas funções vitais, além do sentimento de impotência e alteração em sua expectativa de vida, quando se depara com a possibilidade de finitude (CASTRO; SCORZA; CHEM, 2011).

O paciente vive um emaranhado de emoções e sintomas como a ansiedade, o medo do que pode acontecer, estresse, depressão, e a enfermagem, devido ao

contínuo e estreito contato com o doente, se torna capaz de auxiliar no levantamento e diagnóstico de transtornos mentais, afim de motivar o melhor ajustamento do indivíduo com sua patologia e tratamento (CRESPO; LOURENÇO, 2007; INCA, 2014).

Ansiedade e depressão foram descritos nos pacientes com CA colorretal submetidos à cirurgia e tratamento quimioterápico, atingindo, respectivamente, 73,7% e 26,3% de transtornos moderados (MEDEIROS; OSHIMA; FORONES, 2010).

A depressão parece ser mais expressiva em pacientes com CA gastrointestinal e na fase aguda da doença, apresentando um declínio ao longo do tratamento (KREBBER et al., 2014).

A doença pode trazer comprometimentos físicos, emocionais e sociais, além das dificuldades enfrentadas pelo tipo de tratamento ao qual o paciente é submetido, que pode ser agressivo ou mutilador e com diversos eventos adversos. Frente a este cenário, faz-se necessário um planejamento da assistência de saúde que considere as diversas demandas levantadas por esta clientela. Sendo assim, a enfermagem deve agir direcionando sua assistência a estes pacientes, objetivando sempre a melhoria da qualidade de vida dessa população (GARGIULO et al., 2007).

Em relação ao paciente oncológico que será submetido à cirurgia, é possível observar que, em algumas circunstâncias, os pacientes não estão preparados para lidar com o processo cirúrgico e as transformações provocadas em seu organismo e, conseqüentemente, em sua vida (MELLO et al., 2010).

Sendo assim, o cuidado de enfermagem deve estar direcionado a estabelecer condutas e técnicas que envolvam todo o período perioperatório e não apenas o ato cirúrgico em si. A assistência deve ser humanizada, voltada para o conforto, segurança e integração paciente/equipe/familiar, além de estar pautada em fundamentos técnicos, científicos, sociais e éticos adequados (RABÊLO; GOZZO, 2013).

O tratamento pode impor algumas dificuldades e limitações, porém, é possível manter a expectativa ao pensar na possibilidade de cura. A esperança impulsiona o paciente a continuar lutando, afim de retomar seus projetos de vida (BUETTO; ZAGO, 2015).

A esperança é considerada um estado de espírito que auxilia o ser humano no enfrentamento do estresse, a partir do momento em que cria expectativas positivas que direcionam o indivíduo ao futuro, por meio de seus planos individuais (O'CONNOR, 1996).

É essencial que o paciente com CA sinta esperança, porém nem sempre esse sentimento está voltado somente para o futuro. Em algumas situações, o paciente deseja apenas que seu estado de saúde não piore ou até mesmo que ele não sinta dor. Além disso, em situações de prognóstico reservado, a esperança pode se manifestar por meio da vontade que o paciente relata de ir para o céu e encontrar entes amados que já morreram (PROSERPIO et al., 2015).

## 2 APORTE TEÓRICO

A seguir será exposto o aporte teórico da pesquisa.

### 2.1 DEFINIÇÃO DE CÂNCER

Segundo o INCA (2012), o CA é a denominação geral dada a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. As causas podem ser internas ou externas aos organismos. As causas internas relacionam-se com características geneticamente pré-determinadas e à capacidade que o organismo possui de responder a ataques de agentes externos, enquanto que as causas externas estão relacionadas com o meio ambiente e ao modo de vida de uma sociedade. É um complexo problema de saúde pública que acomete o Brasil, sendo a segunda maior causa de morte no país.

Segundo Andrade e Silva (2007), a expressão tumor, que é utilizada como sinônima de neoplasia, significa intumescimento, que pode ser encontrado em processo inflamatório e infeccioso, nem sempre tendo relação com a multiplicação tecidual desordenada encontrada na neoplasia. Para as autoras, a palavra câncer se refere a todos os tumores malignos.

A doença se caracteriza pela alteração no controle de divisão celular, na qual as células cancerosas continuam crescendo de forma incontrolável ao invés de morrerem, e pela capacidade das mesmas de invadir outras estruturas do organismo. Pode acometer qualquer parte do corpo, existindo mais de 100 tipos diferentes, com características clínicas e biológicas específicas que, por isso, devem ser observadas afim de se realizar o diagnóstico e o tratamento corretos (INCA, 2012).

### 2.2 TIPOS DE TRATAMENTO

O INCA (2012) relata que existem basicamente três formas de tratamento para o CA: radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e cirurgia. Tais modalidades podem ser utilizadas concomitantemente ou separadas, dependendo do tipo de câncer.

### **2.2.1 Radioterapia (RT)**

A RT é um método de tratamento local ou locorregional que age por meio da irradiação de áreas do organismo que são previamente demarcadas, utilizando equipamentos e técnicas variadas (INCA, 2012).

Existem dois tipos de RT: a externa (teleterapia) e a interna (braquiterapia). No primeiro tipo, a fonte de radiação se localiza externamente ao paciente, enquanto que no segundo, a fonte é colocada dentro do seu organismo. Esta ainda se divide em intersticial, realizada por meio de implantes radioativos intersticiais temporários; intracavitária, na qual a fonte é colocada com o uso de aplicadores, dentro de cavidades anatômicas; e finalmente, a metabólica, na qual se administra a radiação por meio de soluções ou cápsulas ingeridas pelo paciente (SALGADO, 2013).

A RT pode ser classificada ainda de acordo com a sua finalidade, sendo curativa ou paliativa. A primeira normalmente se estabelece em um tratamento de longa duração (7 a 8 semanas) e pode ser subdividida em adjuvante, quando utilizada após o procedimento cirúrgico, ou neoadjuvante, quando utilizada no período pré-operatório, com a finalidade de reduzir o tumor, afim de adequá-lo às condições cirúrgicas. A paliativa pode ser de curta ou longa duração e seu objetivo principal é o alívio dos sintomas, podendo ainda ser subdividida, de acordo com a sua finalidade, em antiálgica, anti-hemorrágica ou no tratamento de compressões tumorais (SALGADO, 2013).

### **2.2.2 Quimioterapia (QT)**

Consiste em modalidade de tratamento sistêmico, na qual se utiliza medicações denominadas antineoplásicas ou quimioterápicas, que são infundidas em intervalos regulares de acordo com o protocolo terapêutico estabelecido (INCA, 2012).

A QT é classificada de acordo com a sua finalidade, podendo ser (INCA, 2012):

- a) QT prévia, neoadjuvante ou citorrredutora: recomendada nos casos em que se espera uma redução do tumor loco ou regionalmente avançado, afim de torná-lo ressecável ou favorecer o prognóstico do paciente;
- b) QT adjuvante ou profilática: utilizada posteriormente à realização da cirurgia curativa, na condição de o paciente não apresentar evidência de neoplasia maligna detectável por exame físico e complementar;

- c) QT curativa: indicada para promover a cura do paciente com neoplasia maligna, representando o principal tratamento proposto. Pode ser prescrita isoladamente ou associada à cirurgia e à radioterapia;
- d) QT para controle temporário de doença: empregada no tratamento dos tumores sólidos, avançados ou recidivados, ou nas neoplasias de origem hematopoiéticas de evolução crônica. Sendo assim, permite o aumento da sobrevida do paciente, aumentando sua sobrevida global, porém, sem promover a cura;
- e) QT paliativa: indicada para tumores considerados incuráveis (doença avançada, recidivada ou metastática), afim de amenizar sinais e sintomas apresentados pelo paciente, que interfiram na sua capacidade funcional;

### **2.2.3 Cirurgia**

Mesmo lançando mão de outras modalidades terapêuticas, a cirurgia ainda é o método de tratamento primário selecionado para cerca de 60% dos pacientes, sendo que em torno de 90% de pacientes com CA recebem algum tipo de procedimento cirúrgico durante o tratamento (JUNIOR; LOPES, 2005). Consiste em um dos principais métodos utilizados, podendo ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa (INCA, 2008).

Esta modalidade, enquanto tratamento, pode ser selecionada com intuito curativo ou paliativo. A primeira é indicada nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos (RABÊLO; GOZZO, 2013), e possui como princípio a ressecção do tumor, com uma margem de segurança caracterizada pela remoção de parte do tecido sadio (NAKAGAWA; LOPES, 2000). Já a paliativa atua com o intuito de reduzir a quantidade de células tumorais ou controlar sintomas que possam comprometer a qualidade de vida (RABÊLO; GOZZO, 2013).

Essa modalidade terapêutica é considerada invasiva, e em alguns casos mutiladora, podendo levar ao sofrimento e recusa por parte do paciente. No caso da realização da ostomia intestinal decorrente de um CA colorretal, por exemplo, o paciente pode vivenciar um luto pelo órgão perdido, além da alteração da sua imagem corporal, e é papel da equipe de saúde estimulá-lo na elaboração dos mecanismos de enfrentamento (INCA, 2014, 2015).

## 2.3 CÂNCER NO SISTEMA GASTROINTESTINAL

Segundo Brunner e Sudarth (2011) o SGI consiste em um trajeto do corpo humano que possui de 7 a 7,9 metros de comprimento, iniciando na boca, passando pelo esôfago, estômago, intestinos e finalizando no ânus. A função deste sistema é absorver os nutrientes derivados da ingestão de alimentos e eliminar o restante não digerido e não absorvido, juntamente com outros resíduos corporais.

De acordo com a estimativa apresentada pelo INCA (2015) para o biênio 2016-2017, os tipos de tumores do trato gastrointestinal que mais acometerão a população brasileira serão esôfago, estômago, cólon e reto.

### 2.3.1 Câncer de esôfago

De acordo com INCA (2015), o CA de esôfago é o sexto mais incidente no país, acomete ambos os sexos, e a sobrevida em cinco anos é baixa (de 15% a 25%). Os tipos mais frequentes são o carcinoma epidermóide e o adenocarcinoma, sendo o último o mais representativo quantitativamente. A doença se caracteriza pelo padrão agressivo, podendo desencadear invasão local, infiltração linfonodal e disseminação metastática por via hematogênica (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2014; PINHEIRO; MARCONDES; SOUSA, 2012).

A sintomatologia clássica da doença apresenta disfagia progressiva para comida sólida, principalmente quando acompanhada da perda de peso (KAHRILAS; SMOUT, 2012). Além disso, em pesquisa realizada por Pinheiro, Marcondes e Sousa (2012), os sintomas mais encontrados no CA de esôfago foram dor epigástrica, odinofagia, pirose, vômitos, regurgitação e tosse crônica. O método de escolha para o diagnóstico é a esofagoscopia, que pode ser complementada por biópsia e citologia (TERCIOTI JÚNIOR et al., 2009).

Para os pacientes com tumores ressecáveis e sem contraindicações clínicas, o tratamento de escolha é a cirurgia denominada esofagectomia, que consiste na ressecção total do órgão (PINTO et al., 2007).

### 2.3.2 Câncer de estômago

O CA de estômago geralmente é do tipo adenocarcinoma, ou seja, se desenvolve na camada que reveste o estômago internamente, e pode atingir qualquer parte do órgão. O tumor pode infiltrar linfonodos próximos, assim como outras áreas do organismo como pâncreas, intestino grosso, pulmões e ovários. Alguns fatores de risco podem estar relacionados, como infecção por *Helicobacter pylori*, uso de tabaco e álcool, ter 55 anos ou mais, tipo sanguíneo A, histórico familiar, cirurgia prévia no estômago, anemia perniciosa (deficiência de vitamina B12), ser homem (dobro das mulheres) e dieta que inclui grandes quantidades de carne vermelha, alimentos defumados, embutidos e bebidas que contenham nitratos e nitritos, fermentadas e destiladas (INCA, 2008).

Os sintomas quase não são observados nos estágios iniciais, porém posteriormente o cliente pode manifestar sensação vaga de estômago cheio, dificuldade de deglutição, eructação, mau hálito, excesso de gases e flatos, perda de peso, dor abdominal, perda de apetite, fraqueza, fadiga, sangramento (no vômito ou nas fezes), náuseas e vômitos. O diagnóstico é realizado por meio da anamnese do paciente e de exames de sangue oculto nas fezes, radiografia do esôfago, estômago e tórax, endoscopia e tomografia de abdômen (INCA, 2008).

O tratamento pode ser realizado por meio de QT, RT e cirurgia. Neste caso é realizado um procedimento chamado gastrectomia, que envolve a remoção de parte do órgão (parcial) ou ele todo (gastrectomia total). Os demais tratamentos são utilizados com as finalidades de aliviar os sintomas e reduzir a velocidade de progressão da doença, permitindo, por vezes, um aumento na sobrevida do paciente (INCA, 2008).

A maioria dos casos concentra-se nos países em desenvolvimento, além de ser possível observar maiores taxas de incidência em homens do que em mulheres. Esse tipo de CA não possui um bom prognóstico, o que se evidenciou por meio da queda de sobrevida em cinco anos entre 2000 e 2009 no Brasil, de 33% para 25% (INCA, 2015).

### 2.3.3 Câncer colorretal

O CA colorretal se refere aos tumores localizados no cólon e reto, predominantemente adenoma-adenocarcinoma, sendo que três quartos incidem no primeiro segmento e um quarto na junção retossigmoide. Globalmente, é um dos tipos de CA mais comuns e acredita-se que este fato esteja relacionado ao envelhecimento populacional, sedentarismo, e à ingestão de dietas pouco saudáveis, além do fator genético (DUARTE-FRANCO; FRANCO,2005).

Os sintomas apresentados variam de acordo com a localização e estágio do tumor, sendo os mais comuns: eliminação de sangue nas fezes, alteração do hábito intestinal e dor abdominal. O primeiro se apresenta por meio de sangue vivo nas evacuações e está mais relacionado a tumores de cólon esquerdo e reto. Já o segundo sintoma pode se manifestar por obstipação intestinal, evacuações com fezes afiladas, seguidas de dor tipo cólica e posteriormente diarreia. Além disso, o paciente também pode apresentar tenesmo, sensação de evacuação incompleta, dor perineal, exteriorização de massa através do ânus, anemia hipocrômica, fraqueza, anorexia e perda de peso. O diagnóstico pode ser realizado por meio de exame físico (palpação abdominal e toque retal), retossigmoidoscopia, exames laboratoriais (sangue oculto nas fezes), enema opaco e colonoscopia (AVERBACH; BORGES, 2005). Os tratamentos consistem em cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que são utilizadas de forma curativa ou paliativa (PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012). O prognóstico está diretamente relacionado ao estágio da doença, sendo que quanto mais precoce o diagnóstico é realizado, maior a sobrevida do paciente (INCA, 2015).

### 2.3.4 Câncer de cavidade oral e orofaringe

Dentre os menos incidentes, encontram-se o CA de cavidade oral e orofaringe. Normalmente são do tipo carcinoma de células escamosas e possuem como fatores de risco o tabagismo, etilismo e infecções pelo *Human papiloma virus* (HPV). Os sintomas normalmente apresentados são dor, odinofagia, disfagia, sensação de corpo estranho, sangramento, aumento no volume da língua, entre outros. O diagnóstico é realizado por meio de exame físico e biópsia da lesão. O tratamento depende da extensão da lesão, sendo a cirurgia a forma preferencial e, na inviabilidade da mesma,

ou de forma complementar, se utiliza radioterapia e quimioterapia (INCA, 2015; CHAVES et al., 2011).

### **2.3.5 Câncer de pâncreas**

Podemos citar também o CA de pâncreas. Este tem como fatores etiológicos o tabagismo, o aumento da ingestão de gordura animal e carne, a pancreatite crônica e fatores genéticos. Normalmente são adenocarcinomas e podem ser classificados de acordo com a extensão da lesão, sendo ela ressecável, localmente avançada ou metastática. Frequentemente o paciente não apresenta sinais e sintomas típicos no início da doença, mas eles podem se manifestar na forma de icterícia, dor localizada medialmente e no alto da região posterior do tórax, fadiga, emagrecimento, anorexia, má-absorção, esteatorreia e intolerância à glicose. O prognóstico é relativamente ruim, já que as metástases no fígado estão presentes na maioria dos casos no momento do diagnóstico. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica (pancreatoduodenectomia – Cirurgia de Whipple) em alguns casos em que ainda há uma chance de cura, além de quimiorradioterapia neoadjuvante e adjuvante, ou o paciente é encaminhado para receber cuidados paliativos (EVANS et al., 2006).

### **2.3.6 Câncer de fígado**

O CA de fígado possui como etiologia a cirrose hepática, hemocromatose, exposição ocupacional e a micotoxina *Asperillus flavus*. Pode ser de origem epitelial (maioria) ou mesenquimal. A maior incidência é de carcinoma hepatocelular, porém é possível encontrar também os carcinomas dos ductos biliares (colangiocarcinomas), mistos e hepatoblastomas (mais comum em crianças). Manifesta-se através da tríade clínica composta por emagrecimento progressivo, dor em hipocôndrio direito e presença de massa tumoral. Além disso, também pode apresentar ascite, icterícia e petéquias, síndrome de Budd-Chiari (obstrução ou trombose da veia hepática que leva a edema generalizado), hipoglicemia, hipercalcemia e hipercolesterolemia (RODRIGUES, 2007).

O diagnóstico é realizado por meio de exames como hemograma, provas de função hepática, coagulograma, dosagem sérica de albumina, marcador tumoral alfa-fetoproteína, sorologia para hepatite B e C, tomografia computadorizada, ressonância

magnética de abdome e mapeamento ósseo. O tratamento de escolha é o transplante hepático, porém apenas 10% dos pacientes possuem indicação para realizá-lo. Além disso, a QT pode ser utilizada via intra-artéria hepática ou sistêmica. O prognóstico é sombrio, sendo a sobrevida menor que três meses em pacientes que têm cirrose e cerca de um ano nos que não possuem (RODRIGUES, 2007).

#### 2.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PACIENTE COM CÂNCER

O CA do sistema gastrointestinal pode comprometer o indivíduo em vários aspectos, dentre eles, física e emocionalmente. A doença traz em si um estigma que resulta muitas vezes em medo por parte do paciente e seu familiar. Além disso, pode refletir em desafio na adaptação do paciente e sua família, na medida em que a terapêutica selecionada e o prognóstico da doença refletem em ameaça à saúde e à integridade do organismo. A evolução da doença pode ocasionar estresse, incitando o surgimento de sinais e sintomas como depressão, ansiedade, raiva e apatia (COSTA; LEITE, 2009).

A ansiedade é comum entre os pacientes oncológicos, já que o CA é considerado potencialmente fatal, e varia de intensidade durante o desenrolar da doença (SHIMIZU et al., 2015).

O paciente pode se deparar com situações causadoras de ansiedade como a realização de alguns procedimentos ou a espera de algum resultado de exame e o diagnóstico deve ser realizado com cautela, pois comumente pode ser confundido com problemas médicos, como a dificuldade no controle da dor. Além disso, o diagnóstico de depressão pode ser difícil, pois os sintomas físicos apresentados podem ser confundidos com aqueles apresentados pelo CA ou advindos do seu tratamento, que por vezes se sobrepõem (MEHTA; ROTH, 2015).

Para o paciente hospitalizado, essa situação pode se agravar, já que o mesmo possui sua rotina alterada, além de estar em um local que, normalmente, causa insegurança, medo, ansiedade e sensação de falta de controle sobre sua própria vida (INCA, 2014). Em um estudo conduzido com pacientes hospitalizados, observou-se que os pacientes apresentam tristeza, esperança, aceitação, mas principalmente, ansiedade (SOUSA et al., 2015).

No pré-operatório, as emoções podem se aflorar ainda mais, pois o paciente poderá passar por transformações que acarretem alteração em seu corpo e hábitos

de vida. Além disso, nesse período, há ainda a incerteza do diagnóstico, que poderá ser confirmado pela cirurgia. Por isso, acredita-se que o paciente oncológico cirúrgico possui seu estado físico e emocional modificados, o que pode culminar em sentimentos como ansiedade, angústia, medo e estresse emocional. Essa ansiedade extrapola para a família, que assim como o paciente, necessita de apoio para enfrentar o processo cirúrgico (SANTOS; PICCOLI; CARVALHO, 2007).

Os sintomas de depressão e ansiedade são os problemas psicológicos mais enfrentados por pacientes oncológicos, podendo acontecer antes, durante ou perdurar até depois da cura da doença (BERTAN; CASTRO, 2010).

Além disso, é possível identificar nos pacientes oncológicos ideias suicidas e pensamentos relacionados à morte que podem estar relacionados à depressão ou a um desejo de acabar com os sintomas físicos intoleráveis (MEHTA; ROTH, 2015). Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam, em algum estágio da doença, sintoma de dor que não é tratada de forma adequada, o que causa depressão, sensação de impotência e abandono (INCA, 2014).

Acredita-se também que de 20% a 30% dos pacientes oncológicos vivenciam uma depressão clinicamente significativa em algum momento da doença, e que essa, juntamente com o sentimento de desesperança, pode ser um fator de risco para ideias suicidas (SAHIN; TAN; POLAT, 2013). Portanto, sendo a depressão o problema psicológico mais diagnosticado, é importante que o paciente desenvolva mecanismos de enfrentamento para lidar com esse agravo (HASSAN et al., 2015).

Em uma pesquisa realizada com pacientes com CA colorretal metastático, identificou-se que a depressão está relacionada de forma negativa com a sobrevivência do paciente, sendo que pacientes mais depressivos apresentaram uma sobrevida pior (SCHOFIELD et al. 2016).

O paciente com CA apresenta sintomas de ansiedade, depressão e até mesmo estresse pós-traumático, que podem influenciar negativamente a postura adotada pelo mesmo perante seu tratamento e relações sociais (PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012). Mediante a ansiedade e depressão, pacientes também referem níveis menores de esperança (DUGGLEBY et al., 2013).

Normalmente, dentre os problemas psicológicos mais frequentes no CA encontramos a ansiedade e a depressão, e reconhecer, avaliar e tratar esses transtornos é essencial para a promoção do conforto e qualidade de vida do paciente

e seu familiar, favorecendo a adesão aos tratamentos propostos (MEHTA; ROTH, 2015).

Portanto, é imprescindível que a equipe de enfermagem saiba reconhecer sinais de ansiedade e depressão no paciente oncológico, para melhor atendê-lo. Ao entender as alterações emocionais dos pacientes no período pré-operatório, a equipe consegue ofertar um suporte emocional melhor (MATSUSHITA; MATSUSHIMA; MARUYAMA, 2005).

A literatura aponta alguns instrumentos que são utilizados afim de detectar esses transtornos, dentre eles o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), que foi validado no Brasil por Botega e colaboradores (1995) e subdivide-se em duas escalas que mensuram ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados.

Com a utilização da HADS, é possível identificar graus leves de desordens emocionais em ambientes não psiquiátricos, sendo constatado, inclusive, que essa escala possui grande valia na assistência em serviços de oncologia (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014).

## 2.5 ESPERANÇA NO PACIENTE COM CÂNCER

O diagnóstico de CA, recebido em qualquer idade, se mostra como um evento imprevisto e indesejado, particularmente vivido pelo paciente de forma desafiadora, já que interfere nos seus recursos cognitivos e emocionais. A descoberta da doença demanda do paciente uma alteração de papéis, onde o mesmo precisa recorrer a mecanismos para enfrentar o desequilíbrio físico e psíquico que a doença traz (INCA, 2014).

Diante do diagnóstico e evolução da doença, o paciente pode apresentar mecanismos de enfrentamento que resultam no sentimento de esperança. Esta, por sua vez, influencia diretamente na qualidade de vida e pode decidir como será o transcorrer do tratamento. No momento do diagnóstico, a esperança normalmente é focada na cura, enquanto na fase terminal, é focada na qualidade dos momentos vividos e na expectativa de uma morte tranquila (INCA, 2014).

O sentimento de esperança pode ser estimulado mesmo frente à terminalidade. Atitudes como enfatizar o que pode ser realmente realizado, estimular objetivos tangíveis, viver um dia de cada vez e oferecer suporte, assistência e dignidade podem promover a esperança, porém de maneira cuidadosa (CLAYTON et al., 2005).

O ser humano não vive sem a esperança, e esta, por sua vez, se manifesta de diversas formas. Alguns possuem a esperança da vida eterna, saúde, amor, enquanto outros esperam por posição social, riqueza material, entre outros. Esse sentimento é direcionado ao futuro e reflete a expectativa de ter suas vontades realizadas (MENEZES, 2013).

Esse mecanismo de enfrentamento detém potencial de cura e realização, assim como permite que as pessoas tenham confiança em relação ao futuro. Além disso, consegue proporcionar uma melhor capacidade adaptativa, influenciando na eliminação ou atenuação de sintomas físicos e psicológicos (SARAIVA, 2016).

A esperança é capaz de impulsionar o ser humano em seu dia-a-dia, e, em pacientes com doenças crônicas, nota-se que ela favorece o enfrentamento do processo de adoecimento. É esse sentimento que fortalece o doente frente às adversidades do tratamento, e não o deixa desistir (SARTORE; GROSSI, 2008).

Sendo assim, esse sentimento se torna um item essencial e vital à saúde humana. Alguns aspectos da vida do paciente crônico, como por exemplo, diminuição da capacidade funcional, sintomas desagradáveis, a própria evolução da doença e a possibilidade da morte iminente, podem fazer com que essa clientela vivencie a esperança de forma diferente das pessoas saudáveis (KIM et al., 2006).

A esperança pode se firmar em dois eixos (externo/interno e presente/futuro) e cinco padrões diferentes (orientação externa, orientação pragmática, orientação real, orientação futura e orientação interna). No primeiro padrão, o paciente deposita sua esperança em algo externo, como Deus ou a família; no segundo padrão, os pacientes não acreditam que a esperança esteja relacionada a coisas grandiosas, mas sim na capacidade de realizar pequenos objetivos; o terceiro padrão se refere à esperança que o paciente possui com base na sua patologia, sendo assim, ele realiza planos de acordo com a sua realidade; no quarto padrão o paciente sente a esperança, lançando mão de projeções futuras, fortemente relacionadas à Deus; no último padrão o paciente acredita que sua esperança está relacionada com propriedades intrínsecas como o uso do humor e o conhecimento sobre seu estado de saúde (KIM et al., 2006).

O sentimento de esperança é influenciado também pela espiritualidade do paciente, sendo expressa por meio de sua religião (LICHWALA, 2014, PINTO, 2011).

O paciente vive um processo contínuo de busca pela esperança, pois é esse sentimento que o fortalece para enfrentar a doença, permitindo-o vislumbrar seu futuro

através de um novo olhar, crendo que algo é possível, mesmo diante do CA (SALES et al., 2014).

O sentimento de esperança capacita o paciente a obter novas perspectivas e, mesmo diante da gravidade do CA, lhe permite acreditar que coisas boas estão por vir. Isso é possível pois a manutenção da esperança incita vitalidade aos dias dos acometidos pela doença (WAKIUCHI et al., 2015).

Em estudo realizado em pacientes oncológicos, muitos doentes afirmaram que a cor que eles relacionam com a doença é o verde, pois simboliza a esperança, tão necessária para o enfrentamento do CA (DÓRO et al., 2004).

Para o paciente oncológico cirúrgico, há esperança quando ele consegue vislumbrar o alcance da cura na cirurgia (MOTTA, 2013).

É importante que se estabeleça uma rede de apoio ao paciente, afim de auxiliá-lo na resolução de seus problemas. O apoio da família e o suporte ofertado pela equipe de saúde são importantes, pois auxiliam o paciente na superação de sentimentos de perda, negação, revolta e desesperança (SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

A esperança é vivenciada de forma única e diferente por cada paciente oncológico e está intimamente atrelada à qualidade de vida. Por isso, a equipe de enfermagem deve valorizar e reforçar esse sentimento do paciente, prestando sempre um cuidado humanizado (BUTT, 2011).

Os enfermeiros devem avaliar os níveis de esperança apresentados pelos pacientes, além de realizarem intervenções como escuta ativa, se portar de maneira empática e tratá-los com dignidade, afim de promover a esperança e uma melhor qualidade de vida no enfermo (LICHWALA, 2014).

Sendo assim, a equipe de enfermagem precisa ter um olhar diferenciado para o paciente oncológico, reconhecendo seus sentimentos, para assim conseguir estimular a esperança nessa clientela, afim de prestar uma melhor assistência de saúde.

Afim de entender melhor o conceito e mensurar a esperança, alguns estudos vêm sendo realizados mundialmente há alguns anos. A Escala de Esperança de Herth é um instrumento que avalia a esperança do paciente e foi validada para a população brasileira por Sartore e Grossi, em 2008, sendo uma escala autoaplicável, considerada fácil e rápida de ser preenchida.

### 3 JUSTIFICATIVA

O CA ainda assombra muito a população e, frente à confirmação do diagnóstico, a equipe de saúde precisa lembrar que, mais do que um órgão afetado, existe um ser humano único e singular, que está enfrentando seus medos e fragilidades. Para auxiliar nesse processo, a equipe de enfermagem precisa conhecer, entender e verificar os aspectos psicológicos que envolvem o doente, já que a eficácia do tratamento dependerá muito do seu estado emocional (INCA, 2014).

Hassan et al. (2015) afirmaram em seu estudo que, ultimamente, os profissionais têm voltado sua atenção para o aumento rápido da prevalência de problemas psiquiátricos em pacientes oncológicos. Sendo assim, é necessário que a equipe de saúde identifique a existência desses problemas para auxiliar os pacientes e seus familiares a lidarem com essas situações.

Muitos estudos vêm sendo realizados com pacientes oncológicos e seus aspectos físicos e psicológicos. Entretanto, a literatura é escassa referente ao impacto dos sintomas em relação ao sentimento de esperança vivenciado pelo paciente com CA. Além disso, pouco se discute em relação aos sentimentos do paciente no período pré-operatório, que naturalmente já é um fator estressante e muitas vezes decisivo em seu prognóstico.

Frente ao exposto, esta pesquisa se propôs a responder aos seguintes questionamentos:

- a) Os pacientes com CA gastrointestinal apresentam ansiedade e depressão no período pré-operatório?;
- b) As variáveis sócio-demográficas e clínicas influenciam nos escores de ansiedade e depressão levantados nos pacientes?;
- c) Os pacientes com CA gastrointestinal apresentam sentimento de esperança no período pré-operatório?;
- d) Há associação entre variáveis sócio-demográficas, clínicas, ansiedade, depressão, e o sentimento de esperança vivenciado pelos pacientes?.

## 4 OBJETIVOS

Abaixo estão descritos o objetivo geral e os específicos que foram desenvolvidos nesta pesquisa.

### 4.1 GERAL

Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, ansiedade, depressão e esperança de pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório.

### 4.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os pacientes considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Identificar os escores de ansiedade e depressão dos pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório;
3. Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre a ansiedade e depressão de pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório;
4. Analisar a frequência de respostas dos itens da Escala de Esperança de Herth;
5. Identificar os escores de esperança dos pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório;
6. Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas, ansiedade e depressão sobre a esperança de pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos foram detalhadamente descritos nos itens apresentados a seguir.

### 5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa transversal, analítica, com abordagem quantitativa.

O estudo transversal permite a coleta de dados da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseando-se na avaliação individual do estado de saúde de cada indivíduo de um determinado grupo. Essa abordagem é realizada em um único momento e possui como vantagens a rapidez, o baixo custo de identificação dos casos e o levantamento de grupos de risco. A pesquisa quantitativa baseia-se no método científico positivista, que utiliza raciocínio dedutivo afim de elaborar afirmações que serão testadas de forma sistemática, lançando mão de dados reais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) e no Hospital Doutor Hélio Angotti.

O HC-UFTM possui 302 leitos ativos e é referência para 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, onde atua como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade 100% pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A coleta aconteceu na Clínica Cirúrgica, setor composto por 61 leitos, estando 01 bloqueado no momento, destinados aos pacientes das seguintes especialidades cirúrgicas: Geral, Cabeça e pescoço, Torácica, Vascular, Cardíaca, Hemodinâmica, Marcapasso, Plástica, Aparelho digestivo, Proctologia, Urologia.

O Hospital Doutor Hélio Angotti é considerado referência na região. Contém atualmente 150 leitos ativos – dos quais 106 estão credenciados para atendimento ao SUS –, e seu intuito principal é prestar assistência aos pacientes oncológicos.

### 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo desta pesquisa foi constituída por 36 pacientes com CA no sistema gastrointestinal que estiveram internados para tratamento cirúrgico nas referidas instituições. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2016 a abril de 2017, sendo que neste período foram identificados 55 pacientes.

#### 5.3.1 Critérios de inclusão

- a) Ter idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos;
- b) Possuir CA gastrointestinal.
- c) Estar em pré-operatório de cirurgia eletiva para classificação e tratamento do CA.
- d) Ter ciência de sua patologia.

#### 5.3.2 Critérios de exclusão

- a) Instabilidade hemodinâmica;
- b) Confusão mental;
- c) Pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal.

Foram excluídos 19 pacientes da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão.

#### 5.3.3 Dimensão da amostra

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerado um coeficiente de correlação de Pearson negativo,  $r = 0,5$ , entre o escore total de depressão e o escore total de esperança, para um nível de significância de 0,05 e um erro tipo II de 0,2, resultando num poder apriorístico de 80%. Empregando-se o aplicativo Power Analysis and Sample Size (PASS, versão 13), chegou-se a um tamanho amostral mínimo de  $n = 29$ . Incluindo-se perdas de 20%, o número máximo de tentativas de entrevista a ser considerado foi de  $n = 37$  pacientes.

## 5.4 COLETA DE DADOS

As etapas e procedimentos para a realização da coleta de dados foram descritos a seguir.

### 5.4.1 Operacionalização

No HC-UFTM, a pesquisadora acompanhou semanalmente a visita médica da equipe de cirurgia do aparelho digestivo (CAD), para verificar a lista de pacientes que estavam internados para realização de cirurgia oncológica. Ao mesmo tempo, foi realizado contato com os residentes da CAD e com a equipe de coloproctologia para detecção de novos pacientes. O mapa cirúrgico foi verificado diariamente, afim de identificar as cirurgias agendadas.

No Hospital Doutor Hélio Angotti, foi realizado, semanalmente, contato via telefone com um dos cirurgiões responsáveis pela CAD, para captação de novos pacientes. Além disso, as listas de cirurgias agendadas pela equipe médica foram disponibilizadas pelo serviço a cada semana.

### 5.4.2 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos durante a coleta de dados: um, elaborado pelas pesquisadoras, contendo os dados sociodemográficos e clínicos do paciente, o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e a Escala de Esperança de Herth. A entrevista foi realizada com os pacientes internados nos referidos hospitais, no dia anterior à realização da cirurgia. Os impressos foram entregues aos pacientes e a pesquisadora permaneceu próxima ao participante, caso surgisse alguma dúvida no preenchimento. No caso de pacientes analfabetos ou com baixa escolaridade, os instrumentos foram lidos pela pesquisadora e respondidos verbalmente pelos mesmos. Nessas situações, foi solicitado para que acompanhantes aguardassem ao lado de fora do quarto, afim de se evitar qualquer possível constrangimento.

Quando detectado ansiedade, depressão ou o participante manifestou a necessidade de conversar sobre seu estado emocional, o mesmo foi encaminhado para o serviço de psicologia da respectiva instituição onde foram coletados os dados.

Os instrumentos possuem as seguintes características:

#### *5.4.2.1 Questionário Sócio Demográfico e Clínico (APÊNDICE A)*

Foi construído um instrumento próprio com a finalidade de obter os dados sociodemográficos (idade, gênero, procedência, vínculo empregatício, renda mensal, anos de estudo, estado civil, religião) e clínicos (localização do câncer, presença ou não de metástase e tratamento adotado) dos sujeitos.

#### *5.4.2.2 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (ANEXO A)*

A escala contém 14 questões do tipo múltipla escolha (pontuadas de 0 a 3), dividindo-se em duas subescalas, que avaliam ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D), com sete itens cada (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014). A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21 pontos. Uma pontuação igual ou maior a nove, tanto para ansiedade quanto para depressão, é indicativa de transtorno de ansiedade ou de depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Na validação para o português as subescalas de ansiedade e depressão apresentaram consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,68 e 0,77, respectivamente. Com ponto de corte 8/9, a sensibilidade e a especificidade foram 93,7% e 72,6% para a ansiedade, e 84,6% e 90,3%, para a depressão (BOTEGA et al., 1995).

#### *5.4.2.3 Escala de esperança de Herth (ANEXO B)*

A escala contém 12 questões escritas de forma afirmativa, do tipo Likert de 4 pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (4), sendo que quanto maior o escore, maior o nível de esperança. A pontuação global varia de 12 a 48 pontos, sendo que as questões 3 e 6 apresentam escores invertidos (SARTORE; GROSSI, 2008).

A confiabilidade foi confirmada pela aplicação do instrumento em dois momentos distintos, sendo avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassa, que apresentou um valor de 0,70. A escala também avaliou a consistência interna,

apresentada pelos resultados satisfatórios do coeficiente alpha de Cronbach com um total de 0,834 (SARTORE; GROSSI, 2008).

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram inseridos em uma planilha de dados eletrônicos, no programa *Excel XP®* da *Microsoft®*, através de dupla entrada (digitação). Em seguida, este banco de dados foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21, que foi utilizado tanto na análise exploratória quanto na inferencial.

Para a análise estatística das variáveis categóricas foram empregadas as distribuições de frequência absolutas e percentuais. As variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), bem como medidas de dispersão (amplitude e desvio padrão).

Para atender o segundo e o quinto objetivos, foram empregadas medidas de tendência central (média e mediana), assim como medidas de variabilidade (amplitude e desvio padrão). Foram calculadas as medidas de consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach) de cada um dos domínios da escala. Calculou-se também as medidas de prevalência de ansiedade e depressão apresentadas, empregando-se distribuições de frequência absoluta e relativa.

Para o quarto objetivo, empregou-se distribuições de frequência absoluta e relativa.

Para alcançar o terceiro e o sexto objetivos, a análise bivariada incluiu o Teste t de Student para amostras independentes quando a análise de normalidade assim permitia. Para desvios de normalidade, utilizou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney. Para preditores ordinais e quantitativos de ansiedade, depressão e esperança, a análise bivariada incluiu, respectivamente, as correlações de Spearman e Pearson. A análise da influência independente e simultânea de preditores demográficos e clínicos sobre os escores de ansiedade, depressão e esperança, empregou a regressão linear múltipla. É importante, além disso, destacar que o critério para a inclusão de preditores na análise de regressão considerou sua relevância conceitual e pertinência com base na literatura existente. Este trabalho considerou um nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, CAAE: 52501315.8.0000.5154, número de parecer: 1.786.546 (ANEXO C), respeitando-se os princípios do Decreto 93.933 de 14/01/1987 e da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam as atividades de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Além disso, a pesquisa também foi aprovada pela direção do Hospital Doutor Hélio Angotti (ANEXO D).

Para a entrevista, foi solicitada aos sujeitos a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia de anonimato, sigilo e privacidade. Dessa forma, foi requerido, por escrito, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

## 6 RESULTADOS

Os resultados alcançados pela pesquisa podem ser visualizados a seguir.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Para a realização desta pesquisa, foram entrevistadas 36 pessoas diagnosticadas com CA no sistema gastrointestinal, que seriam submetidas a procedimento cirúrgico.

Dentre a população estudada, 20 (55,6%) eram do sexo masculino. Foi observado um maior número de idosos (69,4%), sendo a média de idade encontrada 62,08 anos, variando de 42 a 84 anos. Quanto à procedência dos pacientes, houve apresentação exatamente igual entre os residentes em Uberaba (50%) e os de outras cidades (50%), (Tabela 1).

Ao analisar a condição do trabalho, descobriu-se que 14 (38,9%) pacientes são aposentados e 13 (36,1%) relataram trabalhar em tempo integral. Já em relação à renda mensal individual, 17 (47,2%) pacientes vivem com um a dois salários mínimos. A média de anos de estudo foi de sete anos, sendo que apenas quatro (11,1%) pacientes afirmaram ter terminado curso superior, enquanto 17 (47,2%) estudaram de cinco a oito anos, (Tabela 1).

A maior parte dos pacientes são casados (58,3%). Com relação à religião, 32 (88,9%) afirmaram ter, sendo a religião católica a de maior prevalência, com 20 pacientes (55,6 %), (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas de pacientes em período pré-operatório, com câncer gastrointestinal (n=36) - Uberaba (MG) – 2016/2017.

Variáveis		n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	20	55,6
	Feminino	16	44,4
<b>Faixa etária</b>	Adulto	11	30,6
	Idoso	25	69,4
<b>Procedência</b>	Uberaba	18	50
	Outra cidade	18	50
<b>Situação de trabalho atual</b>	Tempo integral	13	36,1
	Meio período	4	11,1
	Aposentado	14	38,9
	Desempregado	1	2,8
	Do lar	4	11,1
<b>Renda mensal</b>	Até 1 SM	2	5,6
	1 a 2 SM	17	47,2
	2 a 4 SM	16	44,4
	Mais de 4 SM	1	2,8
<b>Anos de estudo</b>	Sem escolaridade	2	5,6
	1 a 4 anos	8	22,2
	5 a 8 anos	17	47,2
	9 a 11 anos	5	13,9
	12 anos ou mais	4	11,1
<b>Situação conjugal (Possui companheiro)</b>	Sim	21	58,3
	Não	15	41,7
<b>Possui religião</b>	Sim	32	88,9
	Não	4	11,1

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

A Tabela 2 apresenta as variáveis clínicas da população estudada. É possível observar que a maioria dos pacientes apresentam CA colorretal (75%). Cinco pacientes (13,9%) apresentam metástase.

Em relação ao tempo de internação, 26 (72,2%) pacientes estavam internados há um dia no período pré-operatório, sendo que a média de dias internados antes da realização do procedimento foi de 1,75 dias.

Quanto ao tratamento prévio, somente oito (22,2%) receberam quimioterapia e sete (19,4%) realizaram radioterapia, sendo que estes realizaram os dois tratamentos concomitantemente (Tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização da amostra, segundo as variáveis clínicas de pacientes em período pré-operatório, com câncer gastrointestinal (n=36) - Uberaba (MG) – 2016/2017.

Variáveis		n	%
<b>Localização do câncer</b>	Estômago	7	19,4
	Cólon/Reto	27	75
	Fígado	1	2,8
	Pâncreas	1	2,8
<b>Apresenta metástase</b>	Não	31	86,1
	Sim	5	13,9
<b>Tempo de internação</b>	1 dia	26	72,2
	2 a 5 dias	9	25
	6 ou mais dias	1	2,8
<b>Tratamento prévio com quimioterapia</b>	Não	28	77,8
	Sim	8	22,2
<b>Tratamento prévio com radioterapia</b>	Não	29	80,6
	Sim	7	19,4
<b>Marcação da cirurgia</b>	Primeira marcação	35	97,2
	Segunda marcação (remarcada)	1	2,8

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

## 6.2 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Na Tabela 3, utilizando-se o ponto de corte 8/9, é possível observar que apenas uma pequena parcela dos pacientes apresenta ansiedade (16,7%) e depressão (8,3%).

**Tabela 3** – Análise dos escores de ansiedade e depressão, utilizando-se o instrumento HADS com ponto de corte 8/9, de pacientes com câncer gastrointestinal no período pré-operatório (n=36) - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Ansiedade		Depressão	
	n	%	n	%
<b>Sim</b>	6	16,7%	3	8,3%
<b>Não</b>	30	83,3%	33	91,7%

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

A Tabela 4 considera o escore total, aumentando assim o poder estatístico das análises subsequentes da escala. Foram encontrados valores máximos de 16 para a ansiedade e 11 para depressão, com médias de 5,41 e 3,13 respectivamente. Ao analisar o alfa de Cronbach, as escalas indicaram boa consistência interna ao atingirem valores de 0,75 para ansiedade e 0,78 para depressão.

**Tabela 4** – Análise dos escores de ansiedade e depressão, utilizando-se o instrumento HADS com escore total, de pacientes com câncer gastrointestinal no período pré-operatório (n=36) - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Ansiedade	Depressão
<b>Mínima</b>	0,00	0,00
<b>Máxima</b>	16,00	11,00
<b>Média</b>	5,41	3,13
<b>Mediana</b>	5,00	2,00
<b>Desvio padrão</b>	3,79	3,32
<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	0,75	0,78

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

**Tabela 5** – Comparações de medidas de tendência central para os escores de ansiedade, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas - Uberaba (MG) – 2016/2017.

Variáveis	Ansiedade				p*
	N	Média	Mediana	Desvio padrão	
<b>Sexo</b>					
Masculino	20	5,30	5,00	3,90	0,84
Feminino	16	5,56	5,00	3,75	
<b>Situação de trabalho atual</b>					
Trabalha	17	6,11	6,00	4,41	0,30
Não trabalha	19	4,78	5,00	3,11	
<b>Situação conjugal (Possui companheiro)</b>					
Sim	21	4,52	4,00	3,09	0,09
Não	15	6,66	6,00	4,40	
<b>Religião</b>					
Sim	32	5,15	5,00	3,45	0,50
Não	04	7,50	8,50	6,13	
<b>Metástase</b>					
Sim	5	6,40	7,00	4,66	0,54
Não	31	5,25	5,00	3,69	
<b>Realização de tratamento prévio (QT ou RT)</b>					
Sim	8	5,62	5,50	2,92	0,86
Não	28	5,35	5,00	4,04	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Nota: \*Teste t de Student

Quando as variáveis sociodemográficas e clínicas analisadas na Tabela 5 são consideradas, identifica-se baixos escores de ansiedade apresentados pelos pacientes. Descritivamente, observa-se as médias relacionadas à situação conjugal e religião, verificando-se que a média de ansiedade do paciente que não possui religião e não possui companheiro é maior em relação àquele que possui. Entretanto, observou-se que nenhuma variável apresenta diferença estatisticamente significativa quando se avalia a ansiedade.

Na Tabela 6, considerando-se as mesmas variáveis sociodemográficas e clínicas, observa-se, também, baixos escores de depressão apresentados pelos pacientes. Descritivamente, observou-se que a média de depressão do paciente com metástase é maior quando comparada aos outros. Entretanto, essa variável não apresentou diferença estatisticamente significativa. Identificou-se também que o paciente que possui companheiro apresenta média menor de depressão em relação ao que não tem, atingindo diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 6** – Comparações de medidas de tendência central para os escores de depressão, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas - Uberaba (MG) – 2016/2017.

Variáveis	Depressão				p
	n	Média	Mediana	Desvio padrão	
<b>Sexo</b>					
Masculino	20	3,35	1,50	3,67	0,93**
Feminino	16	2,87	2,50	2,91	
<b>Situação de trabalho atual</b>					
Trabalha	17	3,00	2,00	3,12	0,90**
Não trabalha	19	3,26	3,00	3,57	
<b>Situação conjugal (Possui companheiro)</b>					
Sim	21	2,14	1,00	2,66	0,03*
Não	15	4,53	4,00	3,71	
<b>Religião</b>					
Sim	32	3,12	2,50	3,13	0,82**
Não	04	3,25	1,00	5,18	
<b>Metástase</b>					
Sim	5	5,20	6,00	4,32	0,13*
Não	31	2,80	1,00	3,09	
<b>Realização de tratamento prévio (QT ou RT)</b>					
Sim	8	3,87	3,00	3,64	0,48*
Não	28	2,92	1,50	3,26	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Nota: \*Teste t de Student \*\* Teste Mann-Whitney

Avaliando as duas últimas tabelas, é possível verificar que as médias de ansiedade apresentadas pelos pacientes são maiores quando comparadas às médias de depressão.

A Tabela 7 indica que a correlação entre os anos de estudo e a ansiedade, além de positiva, é moderada, e demonstrou-se estatisticamente significativa. Sendo assim, quanto maior a escolaridade do paciente, maior o escore de ansiedade encontrado.

**Tabela 7** – Análise correlacional entre variáveis demográficas, clínicas e escores de ansiedade e depressão - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Ansiedade		Depressão	
	r	p	r	p
<b>Idade</b>	- 0,19	0,27*	0,18	0,29*
<b>Tempo de internação</b>	0,07	0,67*	- 0,01	0,93*
<b>Renda mensal</b>	- 0,12	0,47**	- 0,06	0,70**
<b>Anos de estudo</b>	0,35	0,03*	-0,02	0,88*

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Nota: \* Pearson \*\*Spearman

Na Tabela 8 é apresentado o resultado da análise de regressão linear múltipla, tendo-se como desfechos os escores totais de ansiedade e depressão e como preditores as variáveis sexo, idade, e realização de tratamento prévio. Foi possível observar que nenhum preditor apresentou-se estatisticamente significativo.

**Tabela 8** – Análise de regressão linear múltipla, tendo-se como desfecho a ansiedade e a depressão e como preditores as variáveis sexo, idade e realização de tratamento prévio - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Ansiedade		Depressão	
	$\beta$	p	$\beta$	p
<b>Sexo</b>	- 0,07	0,68	0,09	0,59
<b>Idade</b>	- 0,20	0,25	0,18	0,29
<b>Realização de tratamento prévio</b>	- 0,05	0,75	- 0,09	0,59

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

### 6.3 AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

A Tabela 9 apresenta as frequências absolutas e percentuais das respostas obtidas por meio da aplicação da Escala de Esperança de Herth. Detectou-se que 100% dos pacientes consideram ter uma visão otimista da vida. Outra afirmativa de destaque foi a que aborda a fé, na qual 97,3% dos pacientes afirmaram possuir uma fé que os conforta. Em contrapartida, observou-se que 22,2% dos pacientes relataram ter medo do futuro.

Ao calcular o escore total de esperança, obteve-se média de 42,89, variando de 27 (mínimo) a 48 (máximo), mediana 44,50 e desvio padrão de 5,08. Encontrou-se o valor de 0,82 para o  $\alpha$  de cronbach, indicando também alta consistência interna.

**Tabela 9** – Distribuição de frequências das respostas aos itens da Escala de Esperança de Herth (n=36) - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Discordo fortemente		Discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu tenho uma visão otimista da vida.	0	0,0	0	0,0	10	27,8	26	72,2
Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos.	2	5,6	1	2,8	14	38,9	19	52,8
Eu me sinto completamente sozinho(a).	28	77,8	5	13,9	1	2,8	2	5,6
Eu posso ver possibilidades em meio às dificuldades.	1	2,8	4	11,1	13	36,1	18	50,0
Eu tenho uma fé que me conforta.	1	2,8	0	0,0	6	16,7	29	80,6
Eu tenho medo do futuro.	17	47,2	11	30,6	5	13,9	3	8,3
Eu posso recordar tempos felizes e prazerosos.	1	2,8	0	0,0	10	27,8	25	69,4
Eu tenho profunda força interior.	2	5,6	0	0,0	8	22,2	26	72,2
Eu sou capaz de dar e receber afeto/amor.	1	2,8	2	5,6	8	22,2	25	69,4
Eu sei onde eu quero ir.	2	5,6	3	8,3	6	16,7	25	69,4
Eu acredito que cada dia tem seu valor.	0	0,0	1	2,8	7	19,4	28	77,8
Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	1	2,8	0	0,0	4	11,1	31	86,1

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Ao se considerar as variáveis sociodemográficas e clínicas analisadas na Tabela 10, observa-se altos escores de esperança apresentados pelos pacientes. Descritivamente, observa-se médias relacionadas à situação conjugal, destacando-se que a média do paciente que possui companheiro é maior em relação àquele que não possui. Entretanto, observou-se que nenhuma variável apresenta diferença estatisticamente significativa quando se avalia a esperança.

**Tabela 10** – Comparações de medidas de tendência central para os escores de esperança, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas - Uberaba (MG) – 2016/2017.

Variáveis	Esperança				p
	n	Média	Mediana	Desvio padrão	
<b>Sexo</b>					
Masculino	20	42,50	43,00	5,25	<b>0,60**</b>
Feminino	16	43,38	45,00	4,99	
<b>Situação de trabalho atual</b>					
Trabalha	17	42,35	45,00	6,37	<b>0,57*</b>
Não trabalha	19	43,37	43,00	3,70	
<b>Situação conjugal (Possui companheiro)</b>					
Sim	21	43,81	45,00	4,43	<b>0,23*</b>
Não	15	41,60	43,00	5,79	
<b>Religião</b>					
Sim	32	42,69	43,50	5,13	<b>0,34**</b>
Não	4	44,50	46,50	5,06	
<b>Metástase</b>					
Sim	5	43,00	42,00	4,24	<b>0,95*</b>
Não	31	42,87	45,00	5,27	
<b>Realização de tratamento prévio (QT ou RT)</b>					
Sim	8	43,38	43,00	2,38	<b>0,65*</b>
Não	28	42,75	45,50	5,65	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

Nota: \*Teste t de Student \*\* Teste Mann-Whitney

A Tabela 11 indica que a correlação entre ansiedade, depressão e esperança, além de negativa, é forte e demonstrou-se estatisticamente significativa. Sendo assim, quanto maiores os escores de ansiedade e depressão, menor o escore de esperança encontrado.

**Tabela 11** – Análise correlacional entre variáveis demográficas, clínicas, ansiedade, depressão e escores de esperança - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Esperança	
	r	p
<b>Idade</b>	- 0,04	0,82*
<b>Tempo de internação</b>	0,05	0,78*
<b>Renda mensal</b>	0,14	0,38**
<b>Anos de estudo</b>	- 0,03	0,85*
<b>Ansiedade</b>	- 0,60	< 0,001*
<b>Depressão</b>	- 0,57	< 0,001*

Fonte: Dados coletados pela autora (2017).

Nota: \* Pearson \*\*Spearman

Na Tabela 12 é apresentado o resultado da análise de regressão linear múltipla tendo como desfecho o escore total de esperança e como preditores as variáveis religião, tratamento e depressão. De fato, é possível observar que apenas o escore total de depressão apresentou-se como preditor estatisticamente significativo, indicando que, à medida que os escores de depressão aumentam, diminuem os escores de esperança dos pacientes. Os demais preditores não foram estatisticamente significativos.

**Tabela 12** – Análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho a esperança e como preditores as variáveis religião, tratamento e depressão - Uberaba (MG) – 2016/2017.

	Esperança	
	$\beta$	p
<b>Se tem religião</b>	0,12	0,41
<b>Realização de tratamento prévio (QT ou RT)</b>	- 0,12	0,40
<b>Depressão</b>	- 0,58	< 0,001

Fonte: Dados coletados pela autora, 2017.

## 7 DISCUSSÃO

Nesta seção foi apresentado os resultados em contraste com outros estudos relacionados.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

No presente estudo, observou-se a predominância do sexo masculino (55,6%), comparável com outros trabalhos que avaliaram o perfil sociodemográfico da população com CA gastrointestinal. Em uma pesquisa realizada com pacientes portadores de CA colorretal, que objetivou avaliar uma modalidade de atendimento via telefone durante o seguimento terapêutico, verificou-se que o sexo masculino foi predominante (57,14%) (WILLIAMSON; CHALMERS; BEAVER, 2015).

Outro estudo, que avaliou a influência do índice de massa corporal na sobrevida após a gastrectomia em pacientes com CA gástrico, apontou também um maior número de homens acometidos (67,9%) (LEE et al., 2016). Hábitos de vida inadequados, como tabagismo e etilismo, podem estar associados ao surgimento do CA gastrointestinal, e estimativas realizadas no país apontam que tais hábitos são mais frequentes na população masculina (BRASIL, 2016; INCA, 2006), o que pode ser a causa para a prevalência nessa população.

Em relação à idade, a prevalência de idosos (69,4%) corroborou os dados encontrados em duas pesquisas realizadas com pacientes com CA gastrointestinal (HACKBARTH; MACHADO, 2015; HELLSTADIUS et al., 2015). Com o envelhecimento populacional acontecendo progressivamente no Brasil, identifica-se uma alteração do perfil epidemiológico das doenças, destacando-se o crescimento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o CA (SOUSA-MUÑOZ et al., 2015). Sendo assim, a equipe de saúde precisa saber reconhecer precocemente sinais e sintomas da doença nos pacientes idosos, afim de melhor atendê-los.

A baixa escolaridade se evidenciou por meio do número de anos estudados, sendo que a maioria dos pacientes relatou ter até oito anos de estudo (75%). Tal dado também pôde ser encontrado na pesquisa de Santos et al. (2014), na qual 72,5 % da população estudada afirmaram terem concluído apenas o primeiro grau. Esse dado aponta uma falha no nosso sistema educacional, evidenciada na esfera do SUS (PEREIRA et al., 2012). A somatória de baixa escolaridade e baixa renda familiar

predispõe o paciente a fatores de risco que podem interferir no processo saúde-doença, incluindo o CA (HADDAD; CARVALHO; NOVAES, 2015).

Outro ponto de destaque se refere à renda familiar, uma vez que a maioria dos pacientes (52,8%) afirmou receber até dois salários-mínimos para sobreviver. A baixa renda familiar destacada, associada à baixa escolaridade identificada no presente estudo, culmina em um percentual de trabalhadores ativos de 47,2%, mesmo que alguns já possuam idade para a aposentadoria. A vontade de permanecerem ativos, a aposentadoria defasada economicamente e a longevidade da população, favorecem a permanência de idosos no atual mercado de trabalho (COCKELL, 2014).

Em relação ao estado conjugal, houve uma predominância dos pacientes que possuem companheiro (58,3%). Tal resultado vai ao encontro dos estudos de Pereira et al. (2012) e Sim et al. (2015), os quais identificaram, respectivamente, que 55,1% e 86,1% da população estudada era casada. O companheiro possui um papel de grande importância na evolução do tratamento do doente, e na maioria das vezes, não se percebe apenas como cuidador, mas sim como parte integrante da família, acreditando que a assistência ao doente seria uma extensão do cuidado familiar que eles devem manter (SHAW et al., 2013).

Na pesquisa realizada por Giese-Davis et al. (2012), o estado civil demonstrou ser um fator protetivo para pacientes oncológicos, na medida em que o casamento favoreceu a capacidade de amenizar problemas práticos e psicossociais, possibilitando até mesmo que os pacientes demandem menos dos serviços de saúde.

Observou-se também pelos resultados dessa pesquisa que 88,9% dos pacientes afirmaram possuir algum tipo de religião. Em uma pesquisa realizada com pacientes sobreviventes de CA de estômago, identificou-se que 68% possuem algum tipo de religião, e em outro estudo conduzido no Brasil, essa porcentagem chega a 100% dos estudados (SIM et al., 2015, TONETI et al., 2014).

A religião se torna um recurso para os pacientes oncológicos, na medida em que os encoraja a lutar contra a doença, ao mesmo tempo que oferece respostas sobre o sentido da vida, e o processo de doença e morte. Por meio da fé, os pacientes se fortalecem e desenvolvem o sentimento de esperança, atingindo, assim, o equilíbrio emocional necessário para lidar com todo o tratamento proposto. Assim, os pacientes vivenciam a fé, afim de conseguirem lidar, de forma mais rápida com as circunstâncias estressantes da vida, como o aparecimento do CA (CORREIA et al., 2016).

O tipo de CA mais prevalente identificado neste estudo foi o colorretal (75%), seguido do CA de estômago (19,4%). Em um estudo que avaliou o estado nutricional dos pacientes em tratamento de CA gastrointestinal, os autores encontraram resultado semelhante, sendo os CA de cólon e reto responsáveis por 55%, e o de estômago, por 18,45% dos casos (HACKBARTH; MACHADO, 2015). Tais achados corroboram com a última estimativa realizada pelo INCA (2015), que salienta a prevalência de alguns tipos de CA nos países em desenvolvimento, dentre eles o CA de intestino no Brasil, além de preverem a persistência de tipos de CA relacionados a condições socioeconômicas precárias, como o CA de estômago.

A maioria dos pacientes não apresenta metástase (86,1%), já que se trata de um estudo realizado no período pré-operatório e a proposta terapêutica visa, inicialmente, a cura.

Em relação à realização de tratamento prévio, oito (22,2%) pacientes o realizaram e 28 (77,8%) não receberam QT ou RT. Em uma pesquisa realizada com pacientes com CA colorretal submetidos à cirurgia, 15,8% foram submetidos à RT pré-operatória e nenhum foi submetido à QT (MCCAUGHAN et al., 2011).

## 7.2 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

O diagnóstico e o tratamento do CA causam no paciente e em seus familiares uma imensa desordem física e emocional (CORREIA et al., 2016). A doença gera danos físicos, além de sofrimentos psicológicos e sociais (FENG et al., 2012).

Dentre os transtornos psicológicos, a ansiedade e a depressão são prevalentes no período pré-operatório e seus sintomas podem ser confundidos com os sintomas da própria doença que desencadeou a cirurgia (MARCOLINO et al., 2007).

A ansiedade se manifestou em seis (16,7%) pacientes e a depressão em apenas três (8,3%). Em pesquisa semelhante que avaliou a prevalência destes transtornos em pacientes com CA gástrico no período pré-operatório, foi identificada taxa semelhante para ansiedade (13,20%), mas quase o dobro (16,98%) para depressão, utilizando-se ponto de corte 11 para a escala HADS. Os autores acreditam que a prevalência é baixa, pois, no país em que a pesquisa foi realizada, observou-se aumento do acesso aos serviços de saúde e às informações ofertadas pelos

profissionais, além dos pacientes receberem o reembolso pelo tratamento (XU; PAN; LIN, 2016).

Identificou-se neste estudo que a média de ansiedade apresentada pelos pacientes oncológicos foi de 5,41, enquanto a média de depressão foi de 3,13, ambas compatíveis com as médias encontradas em outros trabalhos. Em trabalho realizado em pacientes com CA gastrointestinal avançado, a média de ansiedade foi de 2,60 e a de depressão, 5,49 (CHUNG et al., 2017). Em estudo semelhante conduzido por Gillis et al. (2014), as médias de ansiedade e depressão no pré-operatório de pacientes com CA colorretal foram, respectivamente, 5,6 e 3,2.

No presente estudo identificou-se que, dentre as variáveis analisadas (idade, sexo, situação de trabalho, religião, metástase, realização de tratamento prévio, tempo de internação e renda mensal) nenhuma mostrou diferença significativa com a ansiedade ou com a depressão ( $p > 0,05$ ), ou seja, esse achado sugere que estes atributos não estão essencialmente associados às variáveis supracitadas. Em estudo realizado com pacientes diagnosticados com CA gastrointestinal avançado, as variáveis idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, situação de trabalho e renda mensal também não indicaram diferenças estatisticamente significativas quando associadas à ansiedade ou à depressão (CHUNG et al., 2017).

Porém, em um trabalho realizado com pacientes oncológicos idosos (acima de 65 anos), observou-se que a ansiedade estava associada com a idade, sendo que quanto maior a idade do paciente, menor o nível de ansiedade apresentado. Não foi observada, entretanto, a mesma relação com a depressão. Nesse mesmo estudo, ansiedade e depressão também não se relacionaram com sexo e escolaridade (WEISS WIESEL et al., 2015).

O envelhecimento associado ao diagnóstico de CA pode estar relacionado às altas taxas de depressão. Pacientes solteiros também apresentam taxas maiores de transtornos emocionais (GOLDZWEIG et al., 2009). Essa última afirmação vai ao encontro do que foi descoberto no presente estudo, no qual a variável situação conjugal apresentou diferença estatisticamente significativa para depressão, sendo que o paciente solteiro apresentou-se mais depressivo do que o paciente que possui companheiro.

A literatura tem relacionado a depressão como fator contribuinte nas doenças crônicas em idosos. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde se

atentem a esse transtorno ao prestarem assistência aos pacientes idosos oncológicos (TONETI et al., 2014).

No que tange à realização de tratamento prévio e à presença de metástase, um estudo semelhante apresenta resultados que divergem dos citados acima, afirmando que foi possível verificar que os escores de depressão foram significativamente maiores para pacientes que receberam RT e que possuíam doença metastática (SAHIN; TAN; POLAT, 2013).

A maioria dos pacientes neste estudo, no momento da coleta de dados, não havia realizado nenhum tratamento e aguardava a cirurgia. Em um estudo realizado em pacientes com CA colorretal, os resultados apontaram que os pacientes que foram submetidos apenas à cirurgia apresentaram níveis menores de depressão e ansiedade, quando comparados àqueles que foram submetidos a terapias complementares (PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHAM, 2012).

Os pacientes veem na cirurgia uma possibilidade de cura, por isso os transtornos de ansiedade e depressão são amenizados. Castro, Scorza e Chem (2011) observaram que, apesar da terapêutica invasiva ao qual o paciente com CA colorretal é exposto, a qualidade de vida não se altera e não são encontrados traços de ansiedade e depressão, pois o paciente entende o tratamento como uma chance de salvação.

Já em relação aos anos de estudo, verificou-se que quanto maior a escolaridade do paciente mais ansioso o mesmo se apresenta. Entretanto, esse dado diverge do encontrado por Legg et al. (2014), que verificou que quanto mais conhecimento o paciente possui, menos ansioso ele se torna.

No geral, mulheres apresentam taxas maiores de ansiedade e depressão. (SAHIN; TAN; POLAT, 2013). Apesar de apresentarem mais depressão, elas utilizam mais o enfrentamento religioso para lidar com a doença (BOTELHO; PEREIRA, 2015).

Descritivamente, pode-se perceber que no presente estudo a média de ansiedade do paciente que não possui religião é maior, evidenciando a importância dessa variável no enfrentamento do paciente. Em uma pesquisa realizada com pacientes oncológicos, 96,59% dos participantes afirmaram que a fé é extremamente ou muito importante para lidar com o CA (CORREIA et al., 2016).

É importante que o enfermeiro estabeleça uma boa relação com os pacientes, proporcionando assistência de qualidade também na saúde mental, por meio de ações

de educação que amenizem a ansiedade e o medo da morte vivenciados pelos pacientes oncológicos (MA; BA; WANG, 2013).

A literatura é escassa no que tange ao preparo psicológico do paciente no período pré-operatório. Entretanto, verificou-se que exercícios com finalidade de reduzir a ansiedade podem ser úteis para auxiliar o paciente a enfrentar o momento antes da cirurgia, que, por si só, é estressante (LI et al., 2013). Segundo Toneti et al. (2014), o enfermeiro pode lançar mão de intervenções seguras e baratas com os pacientes oncológicos, como por exemplo, a realização de sessões de relaxamento e atividade física, que promovem uma melhora na qualidade de vida.

A depressão é o transtorno psicológico mais encontrado em pacientes oncológicos e está fortemente associada ao sentimento de desesperança. É importante que o paciente elabore mecanismos de enfrentamento para lidar com a doença (SAHIN; TAN; POLAT, 2013).

Os pacientes que apresentam desesperança e depressão também demonstram desejo pela morte rápida (RODIN et al., 2009). Sendo assim, é fundamental que a equipe de saúde reconheça os sinais dos transtornos psicológicos nos pacientes oncológicos, além de estimular o estabelecimento de mecanismos de enfrentamento pelos mesmos.

### 7.3 AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA NOS PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

A doença gera uma ruptura no processo natural evolutivo e a esperança surge como um recurso auxiliar da recuperação da saúde, permitindo ao paciente viver no presente, porém com expectativas para o futuro (TUTTON; SEERS; LANGSTAFF, 2009).

A esperança é um constructo difícil de ser definido e pode estar relacionada a diversos aspectos. Entender e estimular esse sentimento em pacientes oncológicos é muito importante, pois é mais difícil para eles enfrentarem a doença e o tratamento na ausência desse mecanismo de enfrentamento (PICCINELLI et al., 2015).

A média de esperança da amostra estudada foi de 42,89, variando de 27 a 48 pontos. Outros trabalhos com pacientes oncológicos encontraram resultados semelhantes como 41,57 no estudo de Balsanelli, Grossi e Herth (2011), 41,63 no de Geiser et al. (2015), 44,40 no de Silva (2015) e 40,80 no de Schuster et al. (2015), o

qual verificou também que a média de esperança foi menor nos pacientes acometidos por depressão.

Em relação às respostas referentes à Escala de Esperança de Herth no presente estudo observou-se que 100% dos pacientes relatam possuir uma visão otimista da vida. Tal dado corrobora outras pesquisas que verificaram que 91,8% e 94% dos doentes se consideram otimistas (SILVA, 2015; PINTO, 2011).

Após o processo de consultas, realização de exames diagnósticos e tratamento, o paciente se depara com o procedimento cirúrgico e vislumbra a possibilidade da resolução de seu problema, por meio da ressecção do tumor. Inicialmente o paciente se depara com o medo da doença, mas passado o susto inicial, começam a surgir mecanismos de enfrentamento, como o pensamento positivo, confiança e otimismo (MOTTA, 2013).

O pensamento negativo, ao contrário, pode gerar ansiedade e depressão, afetando a continuidade do tratamento (MA; BA; WANG, 2013). Os pacientes mais otimistas utilizam mais mecanismos de enfrentamento para lidar com a doença. Em contrapartida, os menos otimistas apresentam mais ansiedade e depressão (BOTELHO; PEREIRA, 2015).

Em relação aos planos de vida, foi possível observar que 91,7% dos pacientes concordam que possuem metas a curto, médio e longo prazos. Em outro trabalho realizado, 78,2% afirmaram também possuir essas metas (PINTO, 2011). Normalmente, pacientes com doenças graves se deparam com prognósticos reservados, e por isso, lançam mão de planos subjetivos para manterem a esperança. Esse mecanismo de enfrentamento oferece a oportunidade de continuidade da vida ao invés da interrupção ou de um ponto final (PICCINELLI et al., 2015; SACHS et al., 2013).

Na afirmativa “Eu me sinto completamente sozinho”, apenas 8,4% dizem se sentir assim. Esse dado contradiz o achado de outra pesquisa que avaliou pacientes oncológicos submetidos à QT, o qual observou que 55% concordaram com a frase supracitada (WAKIUCHI et al., 2015). O apoio e a proximidade da família são fundamentais para que os doentes se sintam acolhidos. As boas relações familiares influenciam fortemente a capacidade do paciente em manter o sentimento de esperança, aceitação da doença, e inibir sentimentos de desesperança (SACHS et al., 2013).

Diante dos obstáculos, 86,1% afirmaram que conseguem vislumbrar possibilidades. Este resultado corrobora com o encontrado por outro estudo realizado em Portugal, com pacientes oncológicos, que verificou que 93,4% de seus participantes também agem assim. Frente ao diagnóstico de CA, essa postura adotada pelo paciente demonstra que a esperança se mantém mesmo mediante os diversos percalços encontrados. A esperança possibilita que o paciente acredite que, mesmo perante as dificuldades apresentadas pela doença, a vida continua a ter sentido e valor (PINTO, 2011).

Em diversos estudos, a fé se mostra importante para os pacientes oncológicos. Observou-se que 97,3% relataram possuir uma fé que os conforta. Outros trabalhos verificaram que 88,1% e 100% dos pacientes responderam com concordo ou concordo totalmente a afirmativa “eu possuo uma fé que me conforta” (PINTO, 2011, SILVA, 2015).

A maioria dos pacientes relataram ter fé, o que está em consonância com o trabalho de Sales et al. (2014), no qual foi possível observar que os pacientes depositam sua esperança em uma força maior, através da crença em Deus. Muitos pacientes depositam sua fé em Deus e pedem que Ele lhes dê a esperança de viver mais um dia de vida (DÓRO et al., 2004).

Por meio da fé o paciente desenvolve seu pensamento com a confiança de que irá alcançar o que se deseja. A esperança pode se relacionar com a fé religiosa, na medida em que proporciona a possibilidade de ir para o céu e ser salvo (COSTA; LEITE, 2009, PICCINELLI et al., 2015).

Um dado relevante encontrado no estudo diz respeito ao medo sentido por 22,2% dos doentes. Em outra pesquisa, 63% dos pacientes afirmaram ter medo do futuro (PINTO, 2011).

Quando o paciente é diagnosticado com o CA e é orientado a respeito da realização da cirurgia, inicia-se um processo de aceitação da doença e dos tratamentos que serão realizados. Contudo, esse processo não exclui a presença de sentimentos negativos como o medo da morte e das transformações físicas (MOTTA, 2013). O impacto do diagnóstico pode ser trágico, suscitando sentimentos de medo, ansiedade, depressão e desesperança (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

Os pacientes podem apresentar medo do diagnóstico, do tratamento que está por vir, e inclusive da morte. Em estudo conduzido com pacientes recém-

diagnosticados, 33,3% afirmaram ter medo do que estava por vir (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

O período que antecede a doença pode ser lembrado com alegria e, neste estudo, 97,2% dos pacientes afirmaram que conseguem se recordar de tempos felizes e prazerosos. O paciente consegue lembrar do seu passado como um momento livre da doença e repleto de sentimentos que dão significado a cada instante vivido – inclusive a infância, que remete a alegrias e liberdade (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

O empoderamento do paciente o auxilia na busca pela esperança e 94,4% dos pacientes acreditam ter uma profunda força interior. Tal dado vai ao encontro de outra pesquisa que identificou que 93,5% dos pacientes também afirmaram possuí-la (PINTO, 2011). A esperança, para a enfermagem, é o sentimento que empodera o paciente e o capacita a adaptar-se a diversas situações, inclusive de sofrimento, como o diagnóstico de CA (LICHWALA, 2014).

Outro ponto de destaque no estudo foi o fato de 94,4% acreditarem ter uma profunda força interior. Dentre as estratégias de enfrentamento, encontram-se a atitude, positividade, autoestima e força interior. No decorrer da doença, apesar da importância do profissional médico, é o paciente que se destaca por sua força de ação que culmina na superação da doença (LERNER; VAZ, 2017).

Verificou-se que 91,6% dos pacientes afirmou que são capazes de dar e receber afeto/amor. Em outros estudos, 97,8% e 81% também concordaram com essa afirmativa (PINTO, 2011, WAKIUCHI et al., 2015).

A esperança se baseia na vontade que o paciente tem de retomar o estado de saúde que ele tinha antes da doença, além do estabelecimento dos vínculos afetivos de carinho e atenção com as pessoas mais íntimas. Sendo assim, a equipe de saúde deve tecer uma rede de apoio ao paciente com a finalidade de estreitar esses laços (WAKIUCHI et al., 2015, LICHWALA, 2014).

Os pacientes deste estudo também se mostraram decididos, sendo que 86,1% disseram saber onde querem ir.

Em relação à frase “Eu acredito que cada dia tem o seu valor”, 97,2% dos estudados concordaram com a afirmativa. Resultado semelhante pôde ser identificado no estudo de Pinto (2011), que verificou que 93,4% dão importância aos dias vividos. Em outro trabalho, essa foi uma das afirmativas que apresentou maior média de esperança (SCHUSTER et al., 2015).

Já em relação à valorização da vida, 97,2% acreditam que sua vida tem valor e utilidade. Em outra pesquisa, 97,9% apresentaram resultado semelhante, e em outro estudo, essa afirmação foi a que apresentou o maior escore de esperança (SCHUSTER et al., 2015, PINTO, 2011). Ainda na pesquisa de Wakiuchi et al. (2015), os autores encontraram que 71% dos pacientes concordaram com essa frase.

Neste estudo verificou-se que, dentre as variáveis analisadas (sexo, situação de trabalho, situação conjugal, religião, metástase, realização de tratamento prévio, idade, tempo de internação, renda mensal e escolaridade) nenhuma mostrou diferença significativa com a esperança ( $p > 0,05$ ), resultado que corrobora alguns outros estudos realizados. Em estudo conduzido com pacientes oncológicos em QT, a esperança obteve média de 44,4 e não se relacionou a sexo, situação conjugal, idade, escolaridade, renda mensal e tipo de tratamento (SILVA, 2015). A esperança não variou em função de sexo, idade e escolaridade (PINTO, 2011).

A média de esperança encontrada em outro estudo realizado com pacientes oncológicos foi de 38,2. Não se identificou correlação com idade, sexo, situação conjugal, presença de metástase e religião (RAWDIN; EVANS; RABOW, 2013). Em outra pesquisa semelhante, situação de trabalho, estado conjugal e estágio do tratamento também não se relacionaram com a esperança (DUGGLEBY et al., 2013). Outra pesquisa também demonstrou não haver associação entre sexo, cor, situação conjugal, local do tumor, tipo e tempo de tratamento (SCHUSTER et al., 2015).

Ainda assim, algumas variáveis associaram-se com a esperança em alguns desses estudos. A religião se associou positivamente, ou seja, aqueles que praticam alguma religião apresentaram um nível maior de esperança. A prática religiosa aumenta a esperança e a satisfação do paciente com a vida, reduzindo os níveis de depressão (CORREIA et al., 2016; SCHUSTER et al., 2015). Em uma pesquisa conduzida com pacientes recém diagnosticados com CA, a idade se relacionou negativamente com a esperança, ou seja, pacientes com 65 anos ou mais apresentaram menos esperança do que pacientes mais novos. Em relação ao sexo, o homem mostrou-se mais esperançoso que a mulher (DUGGLEBY et al., 2013). A metástase apresentou correlação negativa com o escore de esperança (WAKIUCHI et al., 2015).

A escolaridade se associou positivamente à esperança em três estudos, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o escore de esperança identificado (RAWDIN; EVANS; RABOW, 2013; SCHUSTER et al., 2015; WAKIUCHI et al., 2015).

Em apenas um estudo, que avaliou o estado mental de pacientes oncológicos antes e após a consulta com um médico cirurgião, observou-se que pacientes com maior nível de escolaridade apresentaram menos esperança após a consulta (LEGG et al. 2014).

Descritivamente, pode-se perceber que no presente estudo os pacientes que possuem companheiro apresentam escores maiores de esperança. Um estudo que comparou pacientes oncológicos recém diagnosticados e doentes com recidivas, identificou que pacientes casados apresentam maiores escores de esperança (BALLARD et al., 1997). Esse achado vai ao encontro do estudo realizado por Rustoen e Wiklund (2000), segundo o qual doentes que viviam sozinhos apresentavam taxas menores de esperança quando comparados aos que viviam acompanhados.

Os pacientes buscam nos familiares o suporte emocional necessário para lidar com a doença (COSTA; LEITE, 2009). A presença e o apoio dos familiares são muito importantes para o paciente com CA, e por isso a equipe de saúde deve estimular a esperança também na família, pois é ela que, na maioria das vezes, dará o maior suporte emocional para o doente. Uma pesquisa realizada com pacientes oncológicos em estado terminal revelou que 20% dos familiares não estavam conseguindo manter a esperança, assim como não estavam preparados para a morte do paciente (SHIRADO et al., 2013).

As únicas variáveis que se relacionaram com a esperança no estudo foram a ansiedade e a depressão. Essa associação se mostrou forte e negativa, ou seja, quanto menores as médias de ansiedade e depressão, maiores os escores de esperança. Esse achado corrobora com vários artigos da literatura acerca do tema (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011; DUGGLEBY et al., 2013; GEISER et al., 2015; RAWDIN; EVANS; RABOW, 2013; SJOQUIST et al., 2013; YANG et al., 2014).

Na análise de regressão linear múltipla, podemos confirmar que a religião e a realização de tratamento prévio não foram preditores para a esperança. Já a depressão se associou à esperança, como evidenciado também em outras pesquisas (BERENDES et al., 2010; SCHUSTER et al., 2015).

## 8 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar a ansiedade, a depressão e a esperança de pacientes com câncer gastrointestinal no período pré-cirúrgico. Realizou-se a caracterização sociodemográfica e clínica e verificou-se a influência dessas variáveis sobre ansiedade e depressão, e a de todas essas sobre a esperança.

Dentre os 36 pacientes entrevistados a maioria foi composta por homens, idosos (60 anos ou mais), baixa escolaridade, aposentados, renda mensal de um a dois salários mínimos, casados e com religião. Em relação aos aspectos clínicos, a maioria dos pacientes apresentou CA colorretal, sem metástase, e sem realização de tratamento prévio à cirurgia. Estavam internados há um dia e era o primeiro procedimento cirúrgico para abordagem do tumor.

No geral, os pacientes apresentaram médias baixas de ansiedade (5,41) e depressão (3,13) com alfa de Cronbach de 0,75 e 0,78 respectivamente. Na análise univariada, observou-se que a escolaridade influenciou a ansiedade, sendo que, quanto mais anos de estudo evidenciados, maior o escore de ansiedade apresentado. Já em relação à depressão, o paciente que tem companheiro apresenta escore menor de depressão. Entretanto, na análise multivariada, nenhuma variável apresentou diferença estatisticamente significativa.

A maioria dos pacientes apresentou nível elevado de esperança, evidenciado pela média encontrada (42,89). É importante ressaltar que 100% dos pacientes afirmaram ser otimistas e 97,3% possuem uma fé que os conforta. Entretanto, deve-se observar que 22,2% dos pacientes relataram ter medo do futuro.

Quando analisada a relação da esperança com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se diferenças significativas para ansiedade e depressão. Quanto menor o escore de ansiedade e depressão, maior o escore de esperança encontrado. Nenhuma outra variável apresentou diferença estatisticamente significativa.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes oncológicos enfrentam diversos percalços desde o momento do diagnóstico até a realização do tratamento. Assim, transtornos psicológicos como a ansiedade e a depressão podem ser comuns nessa clientela, agravando ainda mais o estado geral de saúde.

Diversos mecanismos de enfrentamento podem surgir, dentre eles a esperança, que vem sendo tema de estudos por profissionais da enfermagem. A esperança promove um ânimo novo no paciente e o capacita para lidar com as incertezas que envolvem a doença.

Observamos que os sujeitos do estudo, mesmo diante de um procedimento cirúrgico, mostravam-se tranquilos e esperançosos. No decorrer das entrevistas, a maioria dos pacientes afirmou que tinha muita fé em Deus e que a cura com a cirurgia era certa.

Muitas vezes o percurso do diagnóstico à realização da cirurgia acontece de forma rápida, deixando o paciente com a sensação de que não possui mais o controle de sua vida, restando a plena convicção de que a cirurgia irá lhe proporcionar a cura da doença.

A enfermagem, devido ao estreito vínculo que possui com o paciente, deve auxiliar no reconhecimento dos sinais de transtornos emocionais e na promoção da esperança nos pacientes, que deve ser feita forma cuidadosa e realista, sem gerar expectativas que sejam excessivamente improváveis ou muito difíceis de se realizar. Quando os pacientes esperam por algo que não acontece, existe o risco da expectativa culminar em ansiedade ou depressão.

Consideramos como limitação deste estudo o número reduzido de sujeitos. Além disso, no que se refere à avaliação da esperança em pacientes com câncer gastrointestinal, a literatura é bastante escassa, o que também nos leva a observar a importância de futuros estudos com esse tema.

Sugerimos ainda a realização de estudos posteriores que abordem o paciente no período pós-operatório, afim de verificar se, diante o processo de recuperação e das possíveis complicações, o estado emocional se altera e a esperança se mantém.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.; SILVA, S. R. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 331-335, 2007.
- AVERBACH, M.; BORGES, J. L. A. Diagnóstico de Câncer Colorretal. In: ROSSI, B. M. et al. **Câncer de Cólon, Reto e Ânus**. 1. ed. São Paulo: Lemar e Tecmedd Editora, 2005. p. 03-21.
- BALLARD, A. et al. A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. **Oncol Nurs Forum**, v. 24, n. 5, p. 899-904, 1997.
- BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A.; HERTH, K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 354-358, 2011.
- BERENDES, D. et al. Hope in the Context of Lung Cancer: Relationships of Hope to Symptoms and Psychological Distress. **J Pain Symptom Manage**, v. 40, n. 2, p. 174-182, 2010.
- BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 2, p. 187-197, ago. 2014.
- BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. de. Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. **Revista Salud & Sociedad**, v. 1, n. 2, p. 76-88, maio-ago. 2010.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.
- BOTELHO, A. S. C.; PEREIRA, M. G. Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. **Estud. psicol.**, v. 20, n. 1, p. 50-60, mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 466/2012**. nº 2. Brasília: Ministério da Saúde, 20 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 427-434, 2015.

BUTT, C. M. Hope in adults with cancer: State of the Science. **Oncologing Nursing Forum**, v. 38, n. 5, p. 341-350, 2011.

CASTRO, E. K. de; SCORZA, A.; CHEM, C. Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 12, n. 1, p. 131-142, 2011.

CHAVES, A. L. F. et al. Câncer de cabeça e pescoço. In: WIERMANN, E. G. (Org.). **Manual de condutas: Oncologia Clínica**. Belo Horizonte: SBOC, 2011. 592p

CHUNG, J. et al. Prevalence of and factors associated with anxiety and depression in Korean patients with newly diagnosed advanced gastrointestinal cancer. **The Korean Journal of Internal Medicine**, p. 1-10, fev. 2017.

CLAYTON, J. M. et al. Fostering Coping and Nurturing Hope When Discussing the Future with Terminally Ill Cancer Patients and Their Caregivers. **Cancer**, v. 103, n. 9, p. 1965-1975, 2005.

COCKELL, F. F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 461-471, 2014.

CORREIA, D. S. et al. The importance of religiosity/spirituality in the perspective of cancer patients. **J Nurs UFPE**, Recife, v. 10, n. 8, p. 2895-2905, ago. 2016.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

CRESPO, A. S.; LOURENÇO, M. T. C. No impacto psicológico da doença. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007. p. 141- 148.

DÓRO, M. P. et al. O Câncer e Sua Representação Simbólica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 120-134, 2004.

DUARTE-FRANCO, E.; FRANCO, E. L. Epidemiologia e fatores de risco em câncer colorretal. In: ROSSI, B. M. et al. **Câncer de Cólon, Reto e Ânus**. 1. ed. São Paulo: Lemar e Tecmedd Editora, 2005. p.03-21.

DUGGLEBY, W. et al. Hope in Newly Diagnosed Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 46, n. 5, p. 661-670, 2013.

EVANS, D. B. et al. Câncer de Pâncreas. In: POLLOCK, R. E. et al. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. p. 463–486.

FENG, R. et al. Ten Year Literature on Psychological and Behavioral Interventions Against Cancer: a Terms Analysis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 13, n. 10, p. 5171-5176, 2012.

GARGIULO, C. A. et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.4, p. 696-702, out-dez. 2007.

GEISER, F. et al. The German Version of the Herth Hope Index (HHI-D): Development and Psychometric Properties. **Oncol Res Treat**, v. 38, p. 356-360, 2015.

GIESE-DAVIS, J. et al. Screening for distress, the 6th vital sign: common problems in cancer outpatients over one year in usual care: associations with marital status, sex, and age. **BMC Cancer**, v. 12, p. 1-12, 2012.

GILLIS, C. et al. Prehabilitation versus Rehabilitation A Randomized Control Trial in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer. **Anesthesiology**, v. 121, n. 5, p. 937-947, 2014.

GOLDZWEIG, G. et al. How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 18, p. 866-874, 2009.

HACKBARTH, L.; MACHADO, J. Estado nutricional de pacientes em tratamento de câncer gastrointestinal. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 30, n. 4, p. 271-275, 2015.

HADDAD, N. C.; CARVALHO, A. C. A.; NOVAES, C. O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 28-35, 2015.

HASSAN, M. H. et al. Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients in an Urban Setting in Malaysia. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 16, n. 9, p. 4031-4035, 2015.

HELLSTADIUS, Y. et al. Aspects of emotional functioning following oesophageal cancer surgery in a population-based cohort study. **Psycho-Oncology**, v. 24, p. 47-53, 2015.

HOLLAND, J. F. et al. Cardinal manifestations of cancer. In: HOLLAND, J. F. **Cancer Medicine**. 8. ed. PMPH-USA, 2010. p. 1-4.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Centro de Oncologia. **Oncologia Clínica: terapia baseada em evidências**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2012. 815 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 120p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2016

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Sofrimento psíquico do paciente oncológico**: o que há de específico?. Cadernos de Psicologia; 2. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JUNIOR, S. A.; LOPES, A. Princípios do tratamento cirúrgico. In: LOPES, A. et al. **Oncologia para a graduação**. 1. ed. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005. p. 143–148.

KAHRILAS, P. J.; SMOUT, A. J. P. M. Transtornos esofágicos. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 49, supl. 1, p. 11-20, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032012000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 28 maio 2017.

KIM, D. S. et al. The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, p. 547–556, 2006.

KREBBER, A. M. H. et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. **Psycho-Oncology**, v. 23, p. 121-130, 2014.

LEE, H. H. et al. Survival impact of postoperative body mass index in gastric cancer patients undergoing gastrectomy. **European Journal of Cancer**, v. 52, p. 129-137, 2016.

LEGG, A. M. et al. Patients' anxiety and hope: predictors and adherence intentions in an acute care context. **Health Expectations**, v. 18, p. 3034-3043, 2014.

LERNER, K.; VAZ, P. “Minha história de superação”: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 153-163, mar. 2017.

LI, C. et al. Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colorectal cancer surgery: a pilot study. **Surg Endosc**, v. 27, p. 1072–1082, 2013.

LICHWALA, R. Fostering Hope in the Patient With Cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 3, p. 267-269, 2014.

- LIU, G.; ROBINS, H. I. A. História Natural e a Biologia do Câncer. In: POLLOCK, R. E. et al. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2016. p. 1-17.
- MA, YAN-MEI; BA, CAI-FENG; WANG, YU-BIN. Analysis of factors affecting the life quality of the patients with late stomach cancer. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 1257-1262, 2013.
- MARCOLINO, J. A. M. et al. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 57, n. 2, p. 157-166, 2007.
- MARUYAMA, S. A. T.; ZAGO, M. M. F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 216-222, 2005.
- MATSUSHITA, T.; MATSUSHIMA, E.; MARUYAMA, M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 59, p. 576–583, 2005.
- MCCAUGHAN, E. et al. Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer at diagnosis and during surgery. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 7, p. 1591-1600, 2011.
- MEDEIROS, M.; OSHIMA, C. T. F.; FORONES, N. M. Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients. **J Gastrointest Canc**, v. 41, p. 179-184, 2010.
- MEHTA, R. D.; ROTH, A. J. Psychiatric Considerations in the Oncology Setting. **Ca Cancer J Clin**, v. 65, n. 4, p. 299-314, jul-ago, 2015.
- MELLO, B. S. et al. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 803-11, dez. 2010.
- MENEZES, R. A. A medicalização da esperança: reflexões em torno da vida, saúde/doença e morte. **Amazon. Rev. Antropol**, v. 5, n. 2, p. 478-498, 2013.
- MOTTA, T. T. D. **A experiência cirúrgica de ressecção do câncer colorretal e suas consequências na perspectiva do paciente**. 2013. 101f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- NAKAGAWA, W. T.; LOPES, A. Conceitos Básicos em Oncologia. In: AYOUB, A. C. et al. **Bases da Enfermagem em Quimioterapia**. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2000. p. 1-19.
- O'CONNOR, P. Hope: A concept for home care nursing. **Home Care Provider**, v. 1, n. 4, p. 175- 179, 1996.

PEREIRA, A. P. S. et al. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 93-100, jan-fev. 2012.

PEREIRA, M. G.; FIGUEIREDO, A. P.; FINCHAM, F. D. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 16, p. 227-232, 2012.

PICCINELLI, C. et al. Hope in severe disease: a review of the literature on the construct and the tools for assessing hope in the psycho-oncologic setting. **Tumori**, v. 101, n. 5, p. 491-500, 2015.

PINHEIRO, F. A. S.; MARCONDES, C. A.; SOUSA, M. P. Análise Epidemiológica das Neoplasias de Esôfago Atendidas no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC) - período de 2001 a 2010. **GED gastroenterol. endosc. dig.**, v. 31, n. 1, p. 1-6, 2012.

PINTO, S. M. O. **A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia**. 2011. 127f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto, Portugal, 2011.

PINTO, C. E. et al. Tratamento Cirúrgico do Câncer de Esôfago. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 425-430, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a práticas de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POURHOSEINGHOLI, M. A.; VAHEDI, M.; BAGHESTANI, A. R. Burden of gastrointestinal cancer in Asia; an overview. **Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench**, v. 8, n. 1, p. 19-27, 2015.

PROSERPIO, T. et al. Hope in cancer patients: the relational domain as a crucial factor. **Tumori**, v. 101, n. 4, p. 447-454, 2015.

RABÊLO, P.; GOZZO, T. O. Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico em Tratamento Cirúrgico. In: GOZZO, T. O. **Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 57-71.

RAWDIN, B.; EVANS, C.; RABOW, M. W. The Relationships among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 2, p. 167- 172, 2013.

RODIN, G. et al. Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. **Social Science & Medicine**, v. 68, p. 562-569, 2009.

RODRIGUES, A. B. Câncer gastrintestinal. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). **Enfermagem oncológica**. 1. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 141-148.

RUSTOEN, T.; WIKLUND, I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. **Cancer Nurs**, v. 23, p. 214-219, 2000.

SACHS, E. et al. On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 30, n. 2, p. 121-127, 2013.

SAHIN Z, A.; TAN, M.; POLAT, H. Hopelessness, depression and social support with end of life Turkish cancer patients. **Asian Pacific J Cancer Prev**, v. 14, n. 5, p. 2823-2828, 2013.

SALES, C. A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Rev. Rene**, v. 15, n. 4, p. 659-67, jul-ago, 2014.

SALGADO, N. A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, [S.l.], n. 22, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/334/346>>. Acesso em: 29 maio 2017.

SANTOS, L. J. F. et al. Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. **Arq. Bras. Cir. Dig.**, v. 27, n. 2, p. 96-100, jun. 2014.

SANTOS, R. R.; PICCOLI, M.; CARVALHO, A. R. S. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 1, p. 52-61, jan-mar, 2007.

SARAIVA, I. **Esperança viva**: uma escolha inteligente. 2. ed. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2016. 97p

SARTORE, A. C.; GROSSI, A. A. Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 227-232, 2008.

SCHOFIELD, P. E. et al. Hope, optimism and survival in a randomised trial of chemotherapy for metastatic colorectal cancer. **Support Care Cancer**, v. 24, p. 401-408, 2016.

SCHUSTER, J. T. et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, v. 59, n. 2, p. 84-89, 2015.

SHAW, J. et al. Coping with newly diagnosed upper gastrointestinal cancer: a longitudinal qualitative study of family caregivers' role perception and supportive care needs. **Support Care Cancer**, v. 21, p. 749-756, 2013.

- SHIMIZU, K. et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 45, n. 5, p. 456–463, 2015.
- SHIRADO, A. et al. Both Maintaining Hope and Preparing for Death: Effects of Physicians' and Nurses' Behaviors From Bereaved Family Members' Perspectives. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 45, n. 5, p. 848-858, 2013.
- SILVA, N. M. **Idoso em Tratamento Oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse**. 2015. 153f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 73-88, 2008.
- SIM, B. Y. et al. Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 19, p. 230-336, 2015.
- SJOQUIST, K. M. et al. Hope, Quality of Life, and Benefit From Treatment in Women Having Chemotherapy for Platinum-Resistant/Refractory Recurrent Ovarian Cancer: The Gynecologic Cancer Intergroup Symptom Benefit Study. **The Oncologist**, v. 18, p. 1221–1228, 2013.
- SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002.
- SOUSA, M. F. et al. O paciente hospitalizado à luz da teoria cognitivo-comportamental. **Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 1, p. 19-41, 2015.
- SOUSA-MUÑOZ, R. L. de et al. Hospitalizações por neoplasias em idosos no âmbito do sistema Único de saúde na Paraíba/Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 479-491, set-dez, 2015.
- TERCIOTI JUNIOR, V. et al. Aspectos atuais da terapêutica neo-adjuvante no carcinoma epidermóide do esôfago: revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 33-40, 2009.
- TONETI, B. F. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Rev Rene**, v. 15, n. 6, p. 1030-1038, nov-dez. 2014.
- TUTTON, E.; SEERS, K.; LANGSTAFF, D. An exploration of hope as a concept for nursing. **Journal of Orthopaedic Nursing**, v. 13, p. 119-127, 2009.
- WAKIUCHI, J. et al. Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 202-208, 2015.

WEISS WIESEL, T. R. et al. The Relationship Between Age, Anxiety, and Depression in Older Adults With Cancer. **Psychooncology**, v. 24, n. 6, p. 712-717, jun. 2015.

WILLIAMSON, S.; CHALMERS, K.; BEAVER, K. Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 19, p. 237-243, 2015.

XU, L.; PAN, Q.; LIN, R. Prevalence rate and influencing factors of preoperative anxiety and depression in gastric cancer patients in China: Preliminary study. **Journal of International Medical Research**, v. 44, n. 2, p. 377-388, 2016.

YANG, YI-LONG. et al. Prevalence and Associated Positive Psychological Variables of Depression and Anxiety among Chinese Cervical Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. **Plos One**, v. 9, n. 4, e94804, 2014.

ZIGMOND A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

## Apêndice A - Questionário Sócio Demográfico e Clínico

1 – Idade (anos completos): \_\_\_\_\_

2- Gênero: 1- ( ) Masculino 2- ( ) Feminino

3 - Procedência: 1 ( ) Uberaba 2- ( ) Outro

4 - Seu trabalho é:

1- ( ) tempo integral 2- ( ) meio período 3- ( ) aposentado

4- ( ) desempregado 5- ( ) do lar 6- ( ) outro: \_\_\_\_\_

5 - Renda mensal:

1- ( ) até 1 salário mínimo 2- ( ) 1 a 2 salários mínimos

3- ( ) 2 a 4 salários mínimos 4- ( ) mais 4 salários mínimos

6 – Anos de estudo: \_\_\_\_\_ anos

7- Estado civil:

1- ( ) casado 2- ( ) solteiro 3- ( ) divorciado 4- ( ) viúvo

8- Religião:

1- ( ) Católico 2- ( ) Protestante 3- ( ) Espírita 4- ( ) Outro 5- ( ) Não possui

9- Qual é a localização do seu câncer? a) \_\_\_\_\_

b) Apresenta metástase? 1- ( ) Não 2- ( ) Sim – Local \_\_\_\_\_

10- Tempo de internação \_\_\_\_\_ dias

11- Em relação ao tratamento

a) Quimioterapia: 1 – ( ) Não 2 – ( ) Sim

b) Radioterapia: 1 – ( ) Não 2 – ( ) Sim

c) Cirurgia: 1 – ( ) 1ª marcação 2 – ( ) 2ª marcação 3 – ( ) 3ª marcação 4 – ( ) 4ª  
marcação ou acima

## **Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes Maiores de Idade**

Título do projeto:

Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal.

### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal”, por vir a submeter-se à uma cirurgia relacionada ao câncer. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a influência de variáveis demográficas, clínicas, ansiedade e depressão sobre a esperança de pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório, e caso você participe, será necessário responder a um questionário na unidade de internação, cujo tempo médio será em torno de 30 minutos. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os benefícios decorrentes da participação nesta pesquisa seja nortear a equipe de saúde a conhecer e entender melhor os sentimentos dos pacientes com câncer, afim de melhorar a assistência prestada.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do projeto:

Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal.

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste termo.

Uberaba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

**Telefone de contato dos pesquisadores:**

Prof<sup>a</sup> Dra Elizabeth Barichello: (34) 99174-0297

Enf<sup>a</sup> Luana Barbosa Zago (34) 99693-9600

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

## Anexo A - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o 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 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**

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

**D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de 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 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

**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 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

**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 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

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

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

**D 6) Eu me sinto alegre:**

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

**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

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

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

**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 B - Escala de Esperança de Herth - *Herth Hope Index*

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

	<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Eu tenho uma visão otimista da vida.				
2. Eu tenho metas a curto, médio e longo prazos.				
3. Eu me sinto completamente sozinho(a).				
4. Eu posso ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do futuro.				
7. Eu posso recordar tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu tenho profunda força interior.				
9. Eu sou capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito que cada dia tem seu valor.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

## Anexo C - Parecer do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ESPERANÇA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER NO SISTEMA GASTROINTESTINAL

**Pesquisador:** Elizabeth Barichello

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60047716.5.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.786.546

#### Apresentação do Projeto:

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Madre Maria José, 122  
**Bairro:** Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100  
**UF:** MG **Município:** UBERABA  
**Telefone:** (34)3700-6776 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.786.546

UBERABA, 21 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Marly Aparecida Spadotto Balarin**  
**(Coordenador)**

## Anexo D - Aprovação Hospital Dr. Helio Angotti



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE - Mestrado

### CARTA DE SOLICITAÇÃO

Uberaba (MG), 01 de agosto de 2016

Ilmo. Dr. Vitor Carvalho Lara  
Diretor de Desenvolvimento Institucional do Hospital Hélio Angotti

Venho por meio desta solicitar vossa autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação da esperança, ansiedade e depressão em pacientes com câncer no sistema gastrointestinal". Os participantes da pesquisa serão os pacientes com câncer no sistema gastrointestinal, que estiverem internados para realização de procedimento cirúrgico, de ambos os sexos e maior ou igual a 18 anos.

Os objetivos do estudo são:

1. Caracterizar os pacientes considerando as variáveis sócio demográficas e clínicas.
2. Identificar os escores de ansiedade e depressão dos pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório.
3. Identificar os escores de esperança dos pacientes com câncer no trato gastrointestinal no período pré-operatório.
4. Verificar a influência de variáveis demográficas e clínicas sobre a ansiedade, depressão e esperança.
5. Verificar a influência dos escores de ansiedade e depressão em relação à esperança.

Para atingir os objetivos do estudo, serão utilizados instrumentos validados para a literatura brasileira.

Sandra M. V. R. Silva  
Núcleo de Educação Permanente - NEP  
A.C.C.B.C

Atenciosamente,

*Sandra*

*Elizabeth Barichello*

25438409/0001-15

Profª Drª Elizabeth Barichello

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO  
CÂNCER DO BRASIL - CCB

RUA GOVERNADOR VALADARES, 454  
FABRÍCIO - CEP 13045-400

UBERABA - MG

*Vitor Carvalho Lara*  
Diretor de Desenvolvimento Institucional  
03/08/2016