

O esperar no adoecimento pelo câncer: análise da esperança como recurso de enfrentamento do câncer por pacientes oncológicos

Hope when falling ill with cancer: analysis of hope as a resource for coping with cancer for cancer patients

 DOI: 10.55892/jrg.v6i13.874

 ARK: 57118/JRG.v6i13.874

Recebido: 12/09/2023 | Aceito: 16/12/2023 | Publicado: 22/12/2023

Luiza Gayão Araújo e Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8316-7214>

 <http://lattes.cnpq.br/5591527608814171>

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil

E-mail: luizagayao@gmail.com

Camila Guimarães Torres²

 <https://orcid.org/0009-0000-0194-2460>

 <http://lattes.cnpq.br/6114328197236243>

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil

E-mail: ctorres.camila@gmail.com

Gláucia Pretto Flores³

 <https://orcid.org/0009-0003-5847-8306>

 <http://lattes.cnpq.br/2288017407303931>

Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil

E-mail: glau.p.flores@gmail.com



Resumo

O diagnóstico de câncer ainda é encarado como uma sentença de morte, apesar dos avanços na medicina. O equilíbrio psicológico da pessoa diagnosticada fica ameaçado. Este estudo visou reconhecer nos pacientes oncológicos o esperar (expectativa otimista no futuro) como um recurso de enfrentamento. Entrevistou-se dez pacientes internados em um hospital com diagnóstico oncológico confirmado por meio de exames anatomopatológicos. Utilizou-se de questionário sociodemográfico, roteiro de entrevista semiestruturada e a Escala de Esperança de Herth (EEH). Cálculos de frequência e porcentagem caracterizaram socio demograficamente a amostra. Os dados da entrevista semiestruturada foram tabulados, utilizando a Epistemologia Qualitativa e o método construtivo para entender os processos humanos subjetivos. Dos entrevistados, quatro homens e seis mulheres com idade entre 37 e 76 anos, dois eram brancos, seis pardos e dois negros e, quatro solteiros,

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Câncer pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-DF).

² Assistente Social graduada Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social da mesma Universidade (PPGPS/UnB). É servidora pública do Governo do Distrito Federal e trabalha como assistente social na Secretaria de Estado de Saúde. Atua como tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/SES).

³ Psicóloga graduada pela Universidade Franciscana de Santa Maria (RS). Especialista em Psicologia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) no Rio de Janeiro (RJ) desde 2010. Tem Residência Multiprofissional em Cancerologia - Hospital Erasto Gaertner (PR) em 2014. Possui experiência em Psicologia Clínica, Hospitalar e Psicologia Oncológica. Foi psicóloga no Hospital Sírio Libânês (DF). Atua como docente em cursos de pós-graduação, onde ministra aulas em cursos de especialização em Psicologia Hospitalar e Psico-Oncologia.

cinco casados e um viúvo. Um indivíduo não tinha educação formal, um tinha ensino superior completo e o restante possuía ensino médio; sendo três empregados sob o regime de CLT, quatro trabalhadores informais, um aposentado, um autônomo, e um do lar; dois com renda igual a um salário-mínimo, cinco superior e três inferior a essa referência. Os diagnósticos oncológicos primários dos pacientes foram variados: colo de útero, próstata, gástrico, mama e testículo. A maioria dos pacientes havia recebido o diagnóstico há menos de seis meses e estavam em tratamento com quimioterapia isolada e quimioterapia combinada com radioterapia e cirurgia. Constatou-se que os pacientes oncológicos participantes deste estudo demonstraram índices satisfatórios de esperança, evidenciando otimismo em relação à vida e reconhecendo a importância de cada dia, mostrando capacidade de evocar lembranças de momentos felizes e prazerosos e de encontrar conforto e apoio na fé em momentos desafiadores no adoecimento. A esperança se apresentou como uma estratégia de enfrentamento, com elementos focados na espiritualidade e na rede afetiva de apoio.

Palavras-chave: Neoplasias. Paciente oncológico. Ajustamento emocional. Estratégia de adaptação. Esperança.

Abstract

Cancer diagnosis is still seen as a death sentence, despite advances in medicine. The psychological balance of the person diagnosed is threatened. This study aimed to recognize hope in cancer patients (optimistic expectations for the future) as a coping resource. Ten patients admitted to a hospital with an oncological diagnosis confirmed through anatomopathological examinations were interviewed. A sociodemographic questionnaire, semi-structured interview script and the Herth Hope Scale (HEE) were used. Frequency and percentage calculations socio-demographically characterized the sample. Data from the semi-structured interview were tabulated, using Qualitative Epistemology and the constructive method to understand subjective human processes. Of the interviewees, four men and six women aged between 37 and 76 years old, two were white, six were mixed race and two were black, four were single, five were married and one was widowed. One individual had no formal education, one had completed higher education and the rest had secondary education; three employees under the CLT regime, four informal workers, one retired, one self-employed, and one housewife; two with income equal to the minimum wage, five higher and three lower than this reference. The patients' primary oncological diagnoses were varied: cervix, prostate, gastric, breast and testicle. Most patients had been diagnosed less than six months ago and were being treated with chemotherapy alone and chemotherapy combined with radiotherapy and surgery. It was found that the cancer patients participating in this study demonstrated satisfactory levels of hope, showing optimism in relation to life and recognizing the importance of each day, showing the ability to evoke memories of happy and pleasurable moments and to find comfort and support in faith in moments challenges in illness. Hope presented itself as a coping strategy, with elements focused on spirituality and the emotional support network.

Keywords: Neoplasms. Cancer patient. Emotional adjustment. Adaptation strategy. Hope.

1. Introdução

O câncer é o conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras partes do corpo (INCA, 2011). As causas para esse crescimento irregular podem ser internas ou externas ao organismo, estando ou não inter-relacionadas. Fatores como predisposição genética, irradiação e hábitos alimentares contribuem para desencadear o câncer. Porém, nenhum desses elementos isolados são fatores suficientes para o surgimento da doença. A interação entre eles é que pode aumentar a probabilidade de uma célula normal se transformar em maligna. (Ministério da Saúde, 1996).

O INCA (2019) aponta que o Brasil terá 625 mil novos casos da doença a cada ano no triênio 2020-2022. Os conceitos sobre o câncer foram sendo construídos historicamente pelos pacientes e sociedade, já que desde os primeiros diagnósticos era comum atribuir ao problema o sentido de uma doença incurável como uma sentença de morte (Silva, 2005). Existe um medo profundo das pessoas em adquirir algum tipo de câncer, como consequência da construção histórica dessas concepções sobre a doença.

Receber o diagnóstico de câncer ainda é encarado, muitas vezes, como sentença de morte, apesar dos avanços na medicina. Essa imagem ainda persiste entre os pacientes e familiares, embora seja comprovado que há uma taxa alta de sobrevivência e muitos casos de cura ou controle da doença (Kovács, 1992, citado por Silva et al. 2008)

O diagnóstico impactante de câncer traz consigo mudanças nas mais diversas dimensões da vida do paciente e de sua família, implicando em uma reestruturação das expectativas e do cotidiano. Essa reestruturação acontece nas alterações físicas, nos relacionamentos interpessoais, na autopercepção do paciente e na sua nova forma de estar no mundo. O paciente vivencia medos antes desconhecidos, como medo da mutilação corporal, da dor, do futuro incerto e da morte. Além disso, seu equilíbrio psicológico é ameaçado por todas as suas novas experiências e mudanças adaptativas, que acontecem durante o processo de adoecimento e o tratamento (Sette & Gradwohl, 2014).

Uma vez confirmado o diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão. Segundo Simonetti (2008), o processo de adoecimento ocorre quando o indivíduo, permeado de sua subjetividade, depara-se com uma realidade patológica, denominada "doença", que se manifesta em seu próprio corpo físico, desencadeando aspectos psicológicos que podem se manifestar no paciente, na família ou na equipe de profissionais de saúde.

O reconhecimento da doença é um momento de angústia e ansiedade, devido ao rótulo doloroso e mortal que a enfermidade carrega. Em seguida, ao longo do tratamento, o paciente experiencia perdas concretas e simbólicas, além de diversos sintomas que trazem prejuízos ao organismo, colocando-o diante de incertezas em relação ao seu futuro e aumentando sua angústia em relação ao adoecimento. (Assink & Barbosa, 2016)

A esperança tem sido explorada em estudos como significativa estratégia de enfrentamento, ou *coping*, utilizada por pacientes e famílias. Segundo Lorencetti e Simonetti (2005), *coping* é a adaptação do indivíduo, e está ligado ao enfrentamento de uma situação. Estar em *coping* indica que a pessoa está se esforçando para superar a fonte de estresse, sendo um processo no qual ela gerencia as exigências do ambiente para atender às demandas sociais, manter estabilidade nos aspectos biopsicossociais e controlar possíveis estressores antes que se tornem uma ameaça.

A esperança se caracteriza como *coping* centrado na emoção e refere-se à tentativa de regular o impacto emocional do processo de adoecimento no sujeito, principalmente por meio de processos defensivos. Ela é a probabilidade subjetiva de resultados positivos e representa ainda uma expectativa de futuro otimista para o sujeito adoecido. (Lorencetti & Simonetti, 2005; Waikiuchi et al., 2015)

A esperança impulsiona o indivíduo a agir, mover-se e alcançar. A falta de esperança torna-o opaco, sem objetivos, aguardando a morte. Está relacionada ao bem-estar, à qualidade de vida e à sobrevivência. Provê força para resolver problemas e enfrentamentos como perda, tragédia, solidão e sofrimento. (Balsanelli et al., 2011, p. 355)

Sendo a esperança um recurso de enfrentamento que promove benefícios para o bem-estar físico e psíquico dos pacientes com neoplasias, fortalece sua capacidade de lidar com as crises decorrentes do processo de diagnóstico, tratamento e hospitalização, determina objetivos e promove a qualidade de vida e saúde (Sales et al., 2014)

O paciente oncológico enfrenta muitos desafios relacionados à sua saúde. Entender suas reações emocionais e suas estratégias de ajustamento é fundamental para proporcionar um cuidado em saúde e assistência multidisciplinar adequada. A compreensão das crenças relacionadas à esperança pode permitir que os pacientes tenham a melhor qualidade de vida possível durante o processo de adoecimento. O conhecimento produzido pode ter um impacto na programação terapêutica singular de cada paciente, seja ela numa perspectiva curativa ou paliativa. Este estudo é relevante para contribuir para a assistência e manejo de demandas relacionadas ao processo de adoecimento do paciente oncológico e ampliar as informações no cuidado e no acompanhamento psicológico.

O objetivo deste trabalho foi compreender a maneira pela qual a esperança se caracteriza como recurso de enfrentamento do câncer em pacientes oncológicos internados em uma enfermaria de oncologia de um hospital terciário na região de Taguatinga, Distrito Federal. Procurou-se caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes, identificar se há diferenças nos níveis de esperança evocados pelos pacientes de acordo com o tipo de câncer diagnosticado e, avaliar como os níveis de esperança evocados impacta na qualidade de vida deles.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de campo de natureza qualitativa e quantitativamente exploratória, conduzido com pacientes hospitalizados na ala de oncologia de um hospital terciário na região de Taguatinga (DF), durante o mês de agosto de 2023. Esta enfermaria possui quinze leitos e atende pacientes de ambos os sexos, diagnosticados com qualquer tipo de neoplasia (tumores sólidos).

A escolha deste local para a coleta de dados se justifica pelo fato de ser uma unidade de referência na prestação de serviços de oncologia no Distrito Federal. Além disso, foi onde a pesquisadora teve seu primeiro contato com a área durante seu programa de residência, onde pôde integrar a equipe multidisciplinar da enfermaria.

É importante ressaltar que este estudo seguiu todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que define diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, o estudo foi devidamente registrado e aprovado sob o protocolo CAAE de número 68848123.3.0000.5553 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS.

Participantes

Foram entrevistados dez pacientes internados na enfermaria de oncologia do hospital, independentemente da duração da internação ou do tipo de neoplasia. Inicialmente, a intenção da pesquisa era incluir quinze participantes. Porém, houve perda amostral devido à baixa rotatividade de pacientes na enfermaria durante o período da coleta de dados e à recusa ou impossibilidade de alguns em participar devido a fatores associados ao próprio adoecimento como dor, desconforto físico, dificuldades de comunicação ou simplesmente falta de motivação.

Os critérios de inclusão para os participantes compreenderam: idade acima de 18 anos completos na data da coleta de dados e diagnóstico oncológico confirmado por meio de exames anatomopatológicos, independentemente do estágio clínico da doença ou do local de origem (primário ou metastático). Os critérios de exclusão incluíram pacientes com déficits cognitivos ou dificuldades na comunicação que impossibilitassem a realização das entrevistas e a aplicação da escala.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos, sendo eles: questionário sociodemográfico (Quadro 1), roteiro de entrevista semiestruturada elaborado pela autora (Quadro 2) e a Escala de Esperança de Herth (EEH) adaptada e validada para o idioma português (Sartore & Grossi, 2008) (Quadro 3). Essa escala teve sua origem no Herth Hope Index, um instrumento norte-americano específico para avaliar a esperança (Sartore & Grossi, 2008; Wakiuchi, et al., 2015). A EEH tem sido aplicada em diversos contextos, desde casos de recidiva de neoplasias, intervenções no campo da enfermagem e avaliação de idosos. Ela desempenha um papel complementar no cuidado e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, buscando compreender suas perspectivas em relação ao futuro (Sartore & Grossi, 2008).

A Escala de Esperança de Herth (EEH) é composta por doze afirmativas originais, formuladas de maneira positiva, e a gradação dessas afirmativas é realizada por meio de uma escala tipo Likert de quatro pontos. As opções incluem "concordo completamente" (4), "concordo" (3), "discordo" (2) e "discordo completamente" (1). Cabe ressaltar que as afirmativas de números três e seis têm escores invertidos, e o escore total da escala varia de 12 a 48. Quanto mais alto o escore, maior é o nível de esperança do indivíduo. Essas afirmativas abordam questões relacionadas por exemplo a otimismo, fé, força e afeto, que se caracterizam como elementos cruciais para a manutenção da esperança (Sartore & Grossi, 2008).

Quadro 1 - Questionário Sociodemográfico

- | |
|--------------------------------------|
| 1) Número sequencial do entrevistado |
| 2) Sexo |
| 3) Idade |
| 4) Etnia |
| 5) Estado civil |
| 6) Local de moradia |
| 7) Tipo de moradia |
| 8) Nível de escolaridade |
| 9) Profissão/Vínculo empregatício |
| 10) Renda familiar |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Quadro 2 - Roteiro de Entrevista

- | |
|--|
| 1) Qual o seu diagnóstico oncológico? |
| 2) Há quanto tempo você foi diagnosticado com câncer? |
| 3) Como foi o processo de investigação do diagnóstico desde os sintomas iniciais de adoecimento? |
| 4) O que foi mais difícil no processo de investigação e diagnóstico? |
| 5) Atualmente, o que é mais difícil em relação ao tratamento? |
| 6) Você pode contar com o suporte de alguém nesse processo? De quem? |
| 7) Você tem alguma religião? Se sim, qual? Se não, possui algum outro tipo de crença? |
| 8) O que você ainda não fez durante a sua vida que ainda quer realizar? |
| 9) Atualmente, qual seu maior desejo? |
| 10) Você se sente esperançoso? |
| 11) Você pode me falar um pouco sobre as suas expectativas em relação à vida? |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Quadro 3 - Escala De Esperança De Herth (EEH)

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

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

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

Procedimentos

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, com base na análise dos prontuários eletrônicos dos pacientes (sistema TrakCare®). Após a identificação, os pacientes foram abordados beira leito para verificar o interesse em participar da pesquisa. Eles receberam orientações sobre os aspectos éticos envolvidos na pesquisa e foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D) para assinatura, seguindo as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), caso demonstrassem interesse na participação. Após a obtenção do consentimento, foram conduzidas as entrevistas individuais e aplicada a Escala de Esperança de Herth (EEH).

Análise dos dados

Em relação à análise dos dados, a caracterização do perfil da amostra nos aspectos sociodemográficos e de saúde foi realizada através do cálculo de frequência e porcentagem. Para a avaliação quantitativa dos dados da variável esperança foi calculada uma média para a análise descritiva dos participantes. Os dados da entrevista semiestruturada foram tabulados utilizando a Epistemologia Qualitativa e o método construtivo para entender os processos humanos subjetivos. O processo construtivo-interpretativo possibilita a geração de novos campos de inteligibilidade para o problema abordado no processo de pesquisa científica, com potencial para produzir novas zonas de sentido a partir da experiência do pesquisador com o fenômeno em análise (Alcântara & Oliveira, 2018; Oliveira & Caixeta, 2018). Levando em consideração essa perspectiva de análise, foi realizada a integração das informações relacionadas à experiência dos pacientes. Em seguida, buscou-se aprofundar na organização e na compreensão do processo de adoecimento dos sujeitos. A análise qualitativa das informações gerou eixos de análise que serão apresentados no tópico a seguir.

3. Resultados e Discussão

Perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos

A tabela 1 mostra dados referentes ao perfil dos entrevistados. Dentre os dez pacientes da amostra, quatro eram do sexo masculino (40%) e seis do sexo feminino (60%), com idades variando entre 37 e 76 anos. A composição étnica da amostra foi diversificada, contando com dois indivíduos de origem branca (20%), seis de origem parda (60%) e dois de origem negra (20%). A amostra apresentou variações quanto ao estado civil, sendo quatro pacientes solteiros (40%), cinco casados (50%) e um viúvo (10%). A maioria dos pacientes entrevistados reside em regiões administrativas do Distrito Federal em diferentes tipos de arranjos habitacionais, sete deles moram em residências próprias (70%) e três em imóveis alugados (30%). A maioria (80%) dos indivíduos possui ensino médio, um indivíduo não tem educação formal (10%) e um tem ensino superior completo (10%). As ocupações dos pacientes também mostraram diversidade, abrangendo aqueles empregados sob o regime de CLT (30%), trabalhadores informais (40%), aposentados (10%), autônomos (10%) e do lar (10%). Quanto à renda, cinco pacientes recebem rendimentos superiores a um salário-mínimo (50%), 3 pacientes têm renda inferior a essa referência (30%), e 2 pacientes têm renda igual a um salário-mínimo (20%).

Tabela 1 - Análise Descritiva da Amostra Geral: frequência e porcentagem das variáveis relacionadas a sexo, idade, etnia, estado civil, local de moradia, tipo de moradia, nível de escolaridade, vínculo empregatício e renda familiar.

Variável	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Masculino	4	40%
Feminino	6	60%
Idade		
> 60 anos	3	30%
< 60 anos	7	70%
Etnia		
Branca	2	20%
Parda	6	60%
Preta	2	20%
Estado Civil		
Solteiro	4	40%
Casado	5	50%
Viúvo	1	10%
Local de moradia		
Ceilândia (DF)	6	60%
Paranoá (DF)	1	10%
Vicente Pires (DF)	1	10%
Santo Antônio do Descoberto (GO)	1	10%
Mato Grosso (MT)	1	10%
Tipo de moradia		
Própria	7	70%
Alugada	3	30%
Nível de escolaridade		
Ensino Superior Completo	1	10%
Ensino Superior Incompleto	1	10%
Ensino Médio Completo	2	20%
Ensino Médio Incompleto	2	20%
Ensino Fundamental Completo	2	20%
Ensino Fundamental Incompleto	1	10%
Sem escolaridade	1	10%
Profissão/Vínculo Empregatício		
CLT	3	30%
Informal	4	40%
Aposentado	1	10%
Autônomo	1	10%
Do lar	1	10%
Renda familiar		
1 salário mínimo	2	20%
> 1 salário mínimo	5	50%
< 1 salário mínimo	3	30%

Fonte: Elaborada pelo próprio autor

Aspectos de saúde e adoecimento

Em relação aos diagnósticos oncológicos primários destes pacientes, foram verificados os seguintes tipos de câncer: colo de útero (20%), próstata (10%), gástrico (30%), mama (30%) e testículo (10%). No período da pesquisa, a maioria dos pacientes havia recebido o diagnóstico há menos de 6 meses (80%) e os tratamentos empregados variaram, sendo os mais frequentes a quimioterapia isolada (40%) e a quimioterapia combinada com radioterapia e cirurgia (40%). (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise Descritiva dos Aspectos de Saúde: frequência e porcentagem das variáveis diagnóstico, tempo de diagnóstico e tratamento realizado.

Variável	Frequência	Porcentagem
<i>Diagnóstico oncológico primário</i>		
Câncer de colo de útero	2	20%
Câncer de próstata	1	10%
Câncer gástrico	3	30%
Câncer de mama	3	30%
Câncer de testículo	1	10%
<i>Tempo de diagnóstico</i>		
< 6 meses	8	80%
> 6 meses	2	20%
<i>Tratamentos realizados</i>		
Apenas quimioterapia	4	40%
Quimioterapia e radioterapia	1	10%
Quimioterapia + radioterapia + cirurgia	4	40%
Apenas cirurgia	1	10%

Fonte: Elaborada pelo próprio autor

Avaliação da esperança

Na Figura 1 observa-se que a maioria dos sujeitos entrevistados apresentou uma perspectiva positiva e esperançosa, uma vez que as respostas das afirmativas associadas à valorização da vida, otimismo e força tiveram acima de 70% de concordância. Além disso, é digno de destaque que todos os pacientes afirmaram concordar em possuir uma "fé que me conforta", pois responderam "concordo" ou "concordo completamente", evidenciando a importância da espiritualidade na sustentação da esperança entre os pacientes oncológicos.

É relevante notar que a terceira e a sexta afirmativas que possuem escores invertidos, receberam respostas negativas. Ou seja, os pacientes expressaram não se sentirem sozinhos e não terem medo do futuro, o que ressalta a importância da existência de uma rede de apoio para a manutenção da esperança.

Escala de Esperança de Herth (EEH)

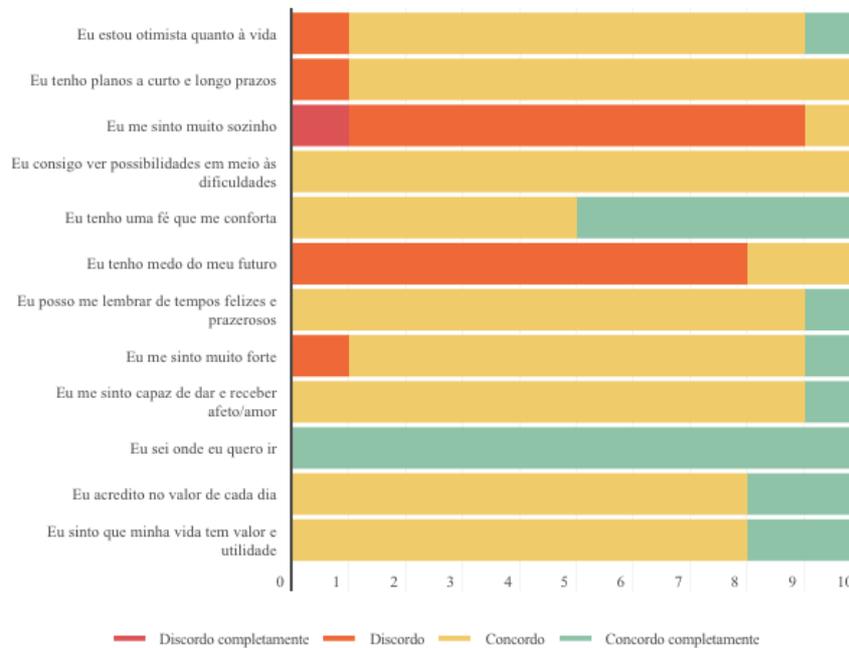


Figura 1 - Frequência das variáveis da Escala de Esperança de Herth em pacientes oncológicos internados na enfermaria de um hospital terciário da região de Taguatinga, Distrito Federal. Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

4. Discussão

No que diz respeito aos dados sociodemográficos obtidos, observa-se uma amostra praticamente equilibrada de homens e mulheres, porém predominantemente jovem, com idade inferior a 60 anos, e que na sua maioria se autodeclara pardos. Há um certo equilíbrio entre os casados e solteiros, e somente um viúvo. Os pacientes se originam, em sua maioria, de várias regiões administrativas do Distrito Federal, e possuem moradia própria. Um paciente veio de um estado vizinho devido a que o hospital no qual a pesquisa foi conduzida é uma referência no cuidado oncológico na região Centro-Oeste. Possuindo ensino médio completo ou incompleto e ensino fundamental completo, a amostra apresenta predominantemente vínculo empregatício informal ou é autônomo/ aposentado e recebe um salário-mínimo ou mais.

Porém, de acordo com Aranda (2015), é importante ressaltar que a análise socioeconômica isolada não é suficiente para compreender a questões de desigualdade social e sua relação com o adoecimento pelo câncer. Para uma compreensão abrangente, seria necessário considerar não apenas a condição socioeconômica, mas também relacionar a situação de saúde ao contexto social e político, incluindo o acesso à educação, trabalho, renda e condições de saúde relacionadas à habitação. Essas condições são determinantes e podem influenciar no nível de esperança dos pacientes. Fatores que contribuem para a exposição a riscos e vulnerabilidades requerem intervenções públicas para enfrentamento e superação.

O gênero é um aspecto que determina diferentes formas individuais e subjetivas de sentir e se expressar que são delineadas pelo processo de construção social. Homens e mulheres abordaram, cada qual à sua maneira, os momentos vivenciados desde os primeiros sintomas e diagnóstico até o estágio atual do

tratamento. Os pacientes descreveram esse percurso como um processo marcado por medo, incertezas, mas sobretudo, de esperança e otimismo frente ao futuro. Não foram identificadas diferenças na manifestação da esperança como mecanismo de enfrentamento do câncer com base no gênero. Xavier et al. (2010) recomenda que os profissionais de saúde estejam sensíveis às dinâmicas de gênero que permeiam as experiências dos pacientes.

O local de moradia da amostra em áreas administrativas menos favorecidas do Distrito Federal não demonstrou ter um impacto adverso na mobilização da esperança como estratégia de enfrentamento do câncer. É importante ressaltar, no entanto, que Almeida (2018) avaliou o câncer como uma expressão dos determinantes estruturais da realidade brasileira, nas quais se refletem as desigualdades sociais, a desestruturação das políticas sociais e de saúde. O próprio processo de adoecimento, para além das características e fatores biológicos da doença em si, revela também a manifestação direta da precariedade das condições de vida, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e da falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, além da configuração atual das políticas de proteção social no país.

A natureza heterogênea quanto ao tipo de câncer, a precocidade quanto ao tempo de diagnóstico e a diversificação no tratamento utilizado no seu enfrentamento, têm o potencial de subsidiar a formulação de estratégias de apoio e de tratamento psicológico individualizado.

Este estudo procurou concentrar-se no entendimento de como a esperança se caracteriza como um recurso de enfrentamento do câncer. Verificou-se que a esperança se manifesta como uma estratégia de adaptação que proporciona aos pacientes oncológicos uma maior capacidade de enfrentar as dificuldades e os desafios do adoecimento. Através das entrevistas realizadas com os pacientes foi possível analisar como eles lidaram com os desafios do processo. Suas respostas englobaram diversos aspectos, como o processo de descoberta do diagnóstico, as dificuldades enfrentadas, o apoio recebido, a filiação religiosa, os desejos pessoais e a esperança. Eles compartilharam suas experiências desde os primeiros sintomas até o estágio atual do tratamento, destacando emoções como aceitação e medo.

P1: “(...) Abriu um buraco no chão” [descoberta do diagnóstico]

P2: “Tive medo de morrer pela demora [do tratamento]”

P3: “Tenho boa aceitação. Estou tendo assistência, confortável e bem tratada (...)”

Muitos pacientes mencionaram o apoio provido por amigos e familiares constatando que uma ferramenta de apoio essencial é a família, a qual mesmo impactada pela doença, necessita desenvolver estratégias de suporte para restaurar o equilíbrio durante o enfrentamento (Marcon et al., 2010 citado por Menezes et al., 2021). Observou-se resultados positivos em relação a aspectos como interação emocional, ausência de solidão e perspectivas para o futuro, além da capacidade de expressar e receber amor e afeto. Entretanto, mesmo que a amostra do estudo tenha demonstrado pontuações favoráveis ao questionamento sobre o sentimento de solidão, de acordo com Menezes et al. (2021), é importante se atentar que os pacientes podem mascarar sua experiência de sofrimento por preocupação com o bem-estar da sua rede de apoio. É essencial que os profissionais de saúde que acompanham o paciente oncológico estejam atentos a esse comportamento, pois o sentimento de estigma em relação ao câncer e o receio de causar sofrimento às pessoas próximas podem prejudicar a adaptação psicológica à doença.

Os maiores desejos dos entrevistados incluíam tanto a recuperação da saúde quanto a realização de metas pessoais e atividades laborais. Ilustrando as complexidades e individualidades das experiências desses pacientes e as perspectivas que enfrentam após o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer, enfatiza-se a importância do apoio social e espiritual ao longo do processo de enfrentamento da doença oncológica.

P3: “Posso contar com minha família, filhas, amigos do trabalho (...)”

P4: “[suporte da] esposa, filhos, netos, irmãos, sobrinhos (...)”

P1: “[desejo de] ter uma vida financeira estável e ter saúde (...)”

P3: “[desejo de ter] minha saúde de volta, andar, correr, ver as pessoas de novo.”

P4: “(...) já fiz tudo [que queria fazer], mas quero viajar para Bonito (MS).”

P2: “[desejo de] Deus promover uma limpeza em mim e em todos e curar quem está sofrendo (...)”

P8: “(...) quero ser uma mulher diferente.”

Os resultados da aplicação da Escala de Esperança de Herth também corroboraram para a perspectiva. Níveis elevados de esperança são reconhecidos como uma ferramenta que proporciona maior capacidade de enfrentar os impactos do processo de adoecimento. A esperança não tem o poder de cura, mas pode trazer ânimo ao paciente, incentivando-o a perseverar em busca de sua recuperação. Ela está diretamente ligada a perspectivas positivas em relação ao futuro e exerce um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes (Sartore & Grossi, 2008). A relação pode ser estabelecida ao considerar os dados que revelam as respostas dos pacientes com pontuações elevadas em afirmações associadas ao otimismo, planos a curto e longo prazos, visão de possibilidades diante das dificuldades, recordação de momentos felizes e prazerosos, sensação de força e valorização da própria vida.

Outro aspecto de importante destaque de acordo com os resultados das entrevistas e da EEH, é o impacto da espiritualidade nos níveis de esperança. Foram dadas respostas 100% positivas na variável "eu tenho uma fé que me conforta", mostrando que a religião desempenha um papel significativo na vida da maioria dos entrevistados. Todos os participantes afirmaram professar alguma religião e tinham a fé como importante suporte no processo de adoecimento. Esses resultados corroboram com o de uma pesquisa anterior (Sales et al., 2014), na qual diante do processo de adoecimento pelo câncer, os pacientes buscavam esperança em uma força maior por meio da valorização de sua fé ou crença em Deus. Portanto, a espiritualidade se apresenta como uma estratégia de enfrentamento para o paciente oncológico, especialmente em momentos desafiadores, proporcionando alívio da dor emocional e do sofrimento, além de fortalecer a esperança para superar a doença.

É crucial ressaltar que a esperança integra todas as fases do processo de adoecimento oncológico. É um sentimento que oferece suporte ao paciente ao longo do tratamento, contribui para o estabelecimento de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, e possui o poder de aliviar dores emocionais. É a força que capacita o paciente a lutar e viver de maneira ativa até o fim (Rezende et al., 2014).

5. Conclusão

A esperança se manifesta de maneira multifatorial nas experiências dos pacientes oncológicos em uma enfermaria de um hospital terciário, independentemente do tipo de neoplasia ou de aspectos sociodemográficos. Os pacientes oncológicos demonstraram índices satisfatórios de esperança, evidenciando otimismo em relação à vida e pela importância de cada dia, capacidade de evocar lembranças de momentos felizes e prazerosos, além de encontrar conforto e apoio. Ela tem potencial de se apresentar como uma estratégia de enfrentamento, com elementos focados na espiritualidade e na rede afetiva de apoio, sendo capaz de favorecer a maneira como os pacientes lidam com os desafios do processo de adoecimento pelo câncer.

Contudo, é fundamental reconhecer que o estudo possui limitações significativas, tais como o tamanho reduzido da amostra, a seleção dos participantes por conveniência e a opção de não transcrição das entrevistas, que limita sua generalização para a população em geral.

Existe a necessidade de futuras pesquisas voltadas para a compreensão da esperança em pacientes oncológicos em diferentes cenários, como em ambientes de internação hospitalar, ambulatorios ou cuidados paliativos, a fim de oferecer novas estratégias para melhorar a qualidade de vida destes.

Referências

Alcântara, R., & Oliveira, A. M. do C. (2018). Epistemologia Qualitativa e o Método Construtivo-Interpretativo: Contribuições à Pesquisa em Educação. *CIAIQ2018*, 1. <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1635>

Almeida, K. I. V. de. (2018). Desigualdade social e câncer do colo do útero: uma revisão sistemática. In *Anais do 16o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*.

Aranda, A. L. B. (2015). DESIGUALDADE SOCIAL E CÂNCER: QUESTÕES PARA O DEBATE. *Revista Libertas*, 14(2).

Assink, A., & Barbosa, C. W. M. (2016). Vivências emocionais durante o tratamento quimioterápico.

Balsanelli, A., Grossi, S., & Herth, K. (2011). Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores [Review of Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores]. *Acta Paul Enferm*, 24(3), 354-8.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

Cristina Silva Rezende, L., Sansoni Gomes, C., & Eugênia da Costa Machado, M. (2014). A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Revista Psicologia E Saúde*, 6(1). <https://doi.org/10.20435/psa.v6i1.321>

Instituto Nacional do Câncer. (2011). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.

Instituto Nacional do Câncer. (2019). Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.

Lorencetti, A., & Simonetti, J. P. (2005). Estratégias de enfrentamiento de pacientes durante el tratamiento de radioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 944–950. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600005>

Menezes, R. R., Kameo, S. Y., Santos, D. K. da C., Almeida, K. A. de, Santos, L. P., Santos, L. de J., Valença, T. dos S., & Mocó, G. A. A. (2021). Esperança de vida de pessoas com câncer acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, 10(4), e12510413644. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13644>

Ministério da Saúde (1996). Falando sobre o câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br> >

Tayana, A., Barroso, M., Gilberto, F., & Dias, V. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 921–926. <https://doi.org/10.1590/s003471672010000600008>

Sales, C. A., Cassarotti, M. da S., Piolli, K. C., Matsuda, L. M., & Wakiuchi, J. (2014). O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. *Rev Rene*, 15(4). Retrieved from <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/1098>

Sartore, A. C., & Grossi, S. A. A. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42(2), 227–232. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000200003>

Sette, C. P., & Gradwohl, S. M. O. (2014). Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Revista de Psicologia Da UNESP*. 2(13).

Silva, V. C. E. (2005). O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.

Silva, S. de S., Aquino, T. A. A. de, & Santos, R. M. dos. (2008). Patients with cancer: cognitions and emotions coming from diagnosis. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080016>

Simonetti, A. (2008). *Manual de psicologia hospitalar o mapa da doença*. São Paulo Casa Do Psicólogo.

Oliveira, A. M. do C., & Caixeta, T. (2018). A Epistemologia Qualitativa de González Rey e o Estudo da Subjetividade: Novos Campos Epistemológicos na Pesquisa Qualitativa. *CIAIQ2018*, 3. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1749>

Wakiuchi, J. et al. (2015) Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Acta Paulista de Enfermagem, 28(3), p. 202-208.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>