

## Eficácia da intervenção de enfermagem para aumento da esperança em pacientes com câncer: uma meta-análise<sup>1</sup>

Ping Li<sup>2</sup>  
Yu-Jie Guo<sup>3</sup>  
Qing Tang<sup>2</sup>  
Lei Yang<sup>2</sup>

**Objetivo:** meta-análise para avaliar a eficácia da intervenção de enfermagem, no nível de esperança para pacientes com câncer. **Método:** foram pesquisados bancos de dados eletrônicos. Dois dos autores, de forma independente, extraíram os dados dos estudos elegíveis e os agruparam no software Stata 13.0. **Resultado:** nove ensaios clínicos randomizados foram incluídos e a qualidade metodológica destes estudos foi avaliada utilizando as recomendações do manual Cochrane. Um modelo de efeito aleatório foi usado para combinar resultados dos estudos elencados. O agrupamento dos resultados por meio de um modelo de efeitos fixos mostrou primeiros escores revelaram um efeito significativamente maior após o uso da intervenção de enfermagem entre os grupos. Foi identificada heterogeneidade entre os estudos para pós-teste ( $df = 8, p = 0.000; I^2 = 76.1 \%$ ). Os resultados indicaram heterogeneidade significativa nos nove estudos selecionados. O teste para heterogeneidade não demonstrou homogeneidade entre os estudos de acompanhamento ( $df = 8, p = 0.328; I^2 = 12.9 \%$ ), mas sem significância estatística. **Conclusão:** as evidências atuais sugerem que a intervenção de enfermagem tem um efeito positivo no sentimento de esperança em pacientes com câncer. No entanto, são necessários mais ensaios controlados randomizados em maior escala e de alta qualidade para confirmar esses resultados.

**Descritores:** Neoplasia; Esperança; Meta-Análise.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Nantong Science and Technology Bureau, China, processo BK2013073.

<sup>2</sup> MSc, Pesquisador, School of Nursing, Nantong University, Nantong, Jiangsu, China.

<sup>3</sup> PhD, Professor Assistente, School of Nursing, Nantong University, Nantong, Jiangsu, China.

### Como citar este artigo

Li P, Guo YJ, Tang Q, Yang L. Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2937. [Access    ]; Available in:  URL  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1920.2937>

## Introdução

Esperança é definida como a possibilidade de um futuro melhor no contexto da incerteza<sup>(1)</sup>, e aumenta significativamente a qualidade de vida dos pacientes<sup>(2)</sup>. Tem sido identificada como um recurso psicológico valioso, que permite ao indivíduo se interessar por sua vida e seu futuro e encontrar significado na vida<sup>(3)</sup>. Um autor<sup>(4)</sup> relata que a característica mais importante da esperança é que ela propicia confiança ao indivíduo para que ele faça mudanças na vida.

Sabe-se que o diagnóstico de câncer, o tratamento e os desafios da sobrevivência aumentam os níveis de sintomas psicológicos dos pacientes em diferentes graus, afetando sua adaptação à doença<sup>(5)</sup>. A intervenção de enfermagem tem demonstrado melhora na esperança por meio da promoção de um maior bem-estar psicológico e diminuição de sintomas psicológicos, como depressão e ansiedade<sup>(5-6)</sup>.

O diagnóstico e o tratamento do câncer podem afetar o funcionamento físico, a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos doentes<sup>(7)</sup>. Vários estudos<sup>(8-9)</sup> demonstraram que os efeitos a longo prazo e tardios do diagnóstico de câncer têm grande impacto nos pacientes, incluindo deficiências funcionais, distúrbios do humor e insuficiência cardíaca relacionada à toxicidade da quimioterapia. Muitos desses fatores têm influência na esperança dos pacientes. A esperança foi considerada uma importante estratégia de enfrentamento entre pacientes com câncer. Pesquisadores<sup>(10-11)</sup> identificaram que um alto nível de esperança estava associado com menor nível de ansiedade e depressão, maior suporte social e melhor qualidade de vida.

Vários estudos demonstraram a influência dos profissionais de saúde para a potencialização da esperança de pacientes com câncer. Um estudo<sup>(12)</sup> avaliou uma intervenção de apoio psicológico, baseada na teoria chamada "Transformação da esperança", na qual pacientes com câncer foram orientados a assistir um filme sobre esperança e trabalhar em uma atividade de esperança. Após esta intervenção, foi identificada uma maior esperança e melhor qualidade de vida entre os pacientes. Outro estudo<sup>(13)</sup> sobre uma nova intervenção de tratamento que combina três atributos centrais, *mindfulness*, *terapia de esperança* e *componentes bio-comportamentais*, oferecida à mulheres com recorrência do câncer, demonstrou aumento da esperança e da *mindfulness* por dois, quatro e até sete meses após a intervenção. Ainda assim, a eficácia das intervenções de enfermagem no aumento da esperança entre os pacientes com câncer permanece questionável. Um autor<sup>(14)</sup> demonstrou

que o exercício promove grande melhora na força dos pacientes com câncer de pulmão, mas não na esperança. Outro pesquisador<sup>(15)</sup> estudou os efeitos da intervenção telefônica conduzida por enfermeiros e não encontrou diferença bem definida no nível de esperança destes pacientes durante a quimioterapia.

Do ponto de vista da enfermagem, ajudar pacientes que enfrentam situações difíceis e manter a esperança é objetivo essencial no atendimento daqueles que estão lutando com um diagnóstico de câncer. Além disso, estudos prévios utilizaram intervenções de enfermagem variadas o que dificulta determinar se a intervenção de enfermagem favorece a esperança em pacientes com câncer.

Portanto, é necessário sintetizar os resultados de ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia da intervenção de enfermagem sobre a esperança em pacientes com câncer. Para avaliar esta hipótese, realizamos a meta-análise e presumimos que a intervenção de enfermagem tem um efeito benéfico sobre a esperança em pacientes com câncer.

## Métodos

Para o relatório desta meta-análise foi utilizada a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), divulgada em 2009<sup>(16)</sup>. Os estudos relevantes foram identificados por meio de pesquisas sistemáticas nas bases de dados eletrônicas desde o seu início até janeiro de 2016.

Foram pesquisados os artigos publicados e disponíveis nos bancos de dados da Biblioteca Cochrane, PubMed, Ovid, Web of Science, CNKI e Wanfang Data. Qualquer estudo randomizado e controlado que avaliou a associação entre intervenção de enfermagem e o nível de esperança em pacientes adultos com câncer foi elegível para inclusão neste estudo. Não foram colocadas restrições a respeito da linguagem ou status da publicação. Foram utilizados como termos de busca os termos médicos (Medical Subject Headings - MeSH) e as palavras-chave cancer OR neoplasm", "hope", "nurseled OR nurse" AND "randomized controlled trial OR controlled clinical trial.". Além disso, examinamos as referências dos documentos recuperados para quaisquer estudos relevantes adicionais. Caso as publicações não apresentassem informações claras, os autores ou primeiro autor correspondente eram contatados para a obtenção das informações.

Os estudos foram elencados para inclusão na presente meta-análise caso preenchessem os seguintes critérios: (a) tipo de estudo controlado e; (b) incluir

somente sobreviventes adultos de câncer (idade $\geq$ 18); (c) comparar intervenções de enfermagem com cuidados habituais; (d) relatar resultados efetivos de esperança e intervalos de confiança de 95% (ICs) nos resultados para comparações.

Estudos que avaliaram o resultado da esperança por meio de escalas validadas (por exemplo, Herth Hope Index, HHI). O Herth Hope Index (HHI) contém 12 itens que medem três dimensões de esperança<sup>(17)</sup>. O HHI apresenta três fatores de esperança: a) temporalidade e futuro, b) disposição positiva e expectativa, c) interconectividade<sup>(18)</sup>. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 4 pontos que varia de "discordo fortemente (1)" para "concordo fortemente (4)". O escore total de HHI pode variar de 12 a 48; onde maiores pontuações indicam níveis mais altos de esperança. Tem sido utilizado com sucesso em estudos com pessoas com câncer e seus familiares cuidadores<sup>(19)</sup>. A versão chinesa da HHI demonstrou confiabilidade teste-reteste, consistência interna, validade de conteúdo e validade de construção para pacientes com câncer<sup>(20)</sup>.

Estudos que não forneceram dados originais ou com informações insuficientes sobre a esperança, foram excluídos. Os estudos em forma de cartas, comentários, correspondências, editoriais, revisões ou literatura cinzenta não foram elegíveis. Estudos envolvendo cuidadores de pacientes com câncer, também foram excluídos.

Dois pesquisadores examinaram de forma independente os resumos ou texto completo do artigo usando a estratégia de pesquisa descrita anteriormente para de forma padronizada avaliar a elegibilidade dos estudos.

Com base no detalhamento dos dados dos estudos incluídos, dois revisores avaliaram de forma independente a qualidade dos ensaios elencados utilizando a ferramenta de avaliação descrita no Manual Cochrane para Análises Sistemáticas de Intervenções. Os parâmetros de risco de viés foram classificados como altos, baixos ou pouco claros. Os seguintes domínios foram avaliados em relação ao risco de tendência: geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegamento (viés de desempenho, viés de detecção); dados incompletos de desfecho (viés de atrito); relatórios seletivos de desfecho (viés de relatório); e outras fontes de viés<sup>(21)</sup>. Qualquer discrepância foi resolvida por consulta ou julgada por um terceiro revisor que atuou como árbitro.

Os dados de cada estudo foram extraídos de forma independente pelos dois pesquisadores. Todos as divergências foram resolvidos por um terceiro revisor.

As informações extraídas de cada estudo incluíram o primeiro autor, ano de publicação, país, idade, tamanho da amostra, duração do seguimento, características da intervenção (por exemplo, tipo, frequência, duração), medida de desfechos primários. As discrepâncias foram revisadas pelo autor correspondente do artigo atual e o consenso foi alcançado por discussão.

As variáveis contínuas foram analisadas por meio da diferença média padronizada (DMP) e apresentadas com intervalos de confiança de 95% (IC). Métodos de efeitos aleatórios, apenas foram relatados caso a heterogeneidade entre os resultados combinados dos estudos fosse estatisticamente significativa por meio da avaliação Q de Cochrane e a estatística  $I^2$ , com  $p < 0,05$ <sup>(22)</sup>. Um valor de p para o teste Q de Cochrane  $< 0,1$  com valor  $I^2 > 50\%$  foram indicativos de heterogeneidade leve ou ausente nos estudos sendo então em seguida, aplicado o modelo de efeito fixo; caso contrário, o modelo de efeito aleatório foi adotado para agrupar os dados<sup>(23)</sup>. Caso os resultados estivessem apresentados em mediana e intervalos de valores, as médias e o desvio padrão foram calculados por meio de fórmulas<sup>(24)</sup>. Análises de subgrupos foram realizadas dividindo os estudos em grupos de acordo com (a) sexo, (b) tipo de câncer, (c) se a esperança foi o resultado primário, (d) qualidade do estudo incluído, (e) formato de intervenção e (f) provedores da intervenção. O viés de publicação foi avaliado usando os testes de Begg<sup>(25)</sup>, Egger<sup>(26)</sup> e gráfico de funil. O valor de p de bicaudal  $< 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Em vista da heterogeneidade significativa entre os estudos incluídos em nossa meta-análise, a avaliação da sensibilidade foi realizada pela remoção individual do estudo com maior tamanho de efeito para identificar se os resultados poderiam ter sido afetados por um único estudo. O software estatístico Stata 13.0 (StataCorp, College Station, TX) foi utilizado para agrupar os resultados nesta meta-análise.

## Resultados

A busca resultou em 1119 artigos relevantes. A pesquisa por citação identificou outros 13 artigos. Dentre todas as publicações, 534 artigos foram excluídos por duplicação. Após a triagem do título e resumo usando os critérios de inclusão e exclusão, 589 artigos foram removidos. Ao final, nove ensaios clínicos randomizados<sup>(2,27-34)</sup> foram incluídos na meta-análise.

## Características dos estudos incluídos

Alguns detalhes dos estudos incluídos são apresentados na Figura 1. O tamanho da amostra do estudo variou de 20 a 116. De uma população total de 600 pacientes randomizados, 306 eram do grupo intervenção e 294 do grupo controle. Os ensaios clínicos controlados e randomizados foram publicadas entre 1998 e 2015. Destes, quatro estudos foram realizados na Ásia (um japonês<sup>(27)</sup> e três chineses<sup>(30,33-34)</sup>), dois europeus<sup>(2,32)</sup>, um norte americano<sup>(28)</sup>, um no Canadá<sup>(29)</sup> e um na Austrália<sup>(31)</sup>. Todos os estudos incluíram um grupo controle, que foi assistido com cuidados habituais. Um artigo dividiu a amostra em três grupos, incluindo uma intervenção adicional denominada grupo controle de atenção. O formato de tratamento mais comum foi a abordagem individual (n=7), e apenas dois estudos utilizaram abordagem em grupo. A medida de esperança mais utilizada foi a HHI. Em nove estudos, o atendimento consistiu em intervenções de enfermagem variadas. A maioria das intervenções foi realizada nos hospitais ou

nos domicílios dos pacientes. As intervenções foram realizadas por pessoal de saúde (ex. Enfermeiro) em seis estudos e nos outros três por outros profissionais. A duração média de cada intervenção foi de 3,2 semanas. O tempo médio total de intervenção foi de 86,5 minutos, com o tempo total de intervenção em cada estudo variando de 30 a 120 minutos. A qualidade dos estudos, avaliada por meio da ferramenta de risco de viés, é apresentada na Figura 2. No geral, um ensaio controlado e randomizado obteve pontuação 13<sup>(27)</sup>, um ensaio obteve 11 pontos<sup>(32)</sup>, um estudo atingiu 9 pontos<sup>(28)</sup>, três ensaios obtiveram uma pontuação de 8 pontos<sup>(29,33-34)</sup>, dois ensaios tiveram uma pontuação de 7<sup>(2,30)</sup>, e uma outra pesquisa obteve pontuação 6<sup>(31)</sup>. O escore médio foi de 8,5 pontos, sugerindo uma qualidade moderada dos relatórios incluídos nesta meta-análise. Entre todos os estudos selecionados, os participantes e profissionais não eram duplo-cegos. A avaliação dos desfechos não foi cega em todos os estudos. No geral, todos os estudos incluídos foram considerados como de alto risco de viés.

Estudo/ Ano de publicação	País	Tamanho amostra (GI*/GC*)	Idade, anos GI* GC*	Diagnóstico	Intervenções (GI*/GC*)	Duração da intervenção	Medidas do resultado	Tempo coleta de dados	Provedores da intervenção
Ando et al.(2010)	Japão	38/39	65±14 64±14	Câncer terminal	Análise de vida a curto prazo e suporte geral/ Apoio geral	Duas sessões de 30-60 minutos, com um intervalo de uma semana entre a primeira e segunda sessão	GDI#	Pré-teste e pós-teste	Terapeuta
Hansen et al.(2009)	EUA	10/10	73±7,36	Câncer terminal	Terapia do perdão/ CH <sup>§</sup>	4 semanas, uma vez por semana, 60 minutos cada sessão	HHI <sup>  </sup>	Pré-teste e quatro e oito semanas após o pré-teste	Interveniente
Duggle et al.(2007)	Canada	30/30	73,63±8,84 76,30±9,06	Câncer terminal	" Programa Living with Hope "(LWHP) / Cuidados Habituais	Uma semana	HHI <sup>  </sup>	Pré-teste e uma semana após a intervenção	Enfermeiro
Rustoen et al.(1998)	Norway	32/23/41	26-78	Vários tipos	Intervenção de esperança e "Aprender a viver com câncer"/ CH <sup>§</sup>	8 semanas, (1vez/semana, 2 horas cada sessão)	NHS <sup>†</sup>	Duas vezes antes, 2 semanas depois e então, 6 meses após a intervenção	Enfermeira oncologista
Jiang et al.(2013)	China	46/44	43±6,09	Câncer de Mama	"Abordagem centrada na solução, focada na esperança" / CH <sup>§</sup> e Educação em Saúde	Uma semana	HHI <sup>  </sup>	Pré-teste e uma semana depois após a intervenção	Enfermeiro
Lisbeth et al.(2005)	Austrália	20/22	51,3±8,82 56,5±8,72	Câncer de Mama	Terapia de grupo - Construção Pessoal / CH <sup>§</sup>	8 semanas, (1x semana, 2 horas cada vez)	GGCAS**	Pré-teste e uma semana e 12 semanas após a intervenção	Enfermeiro

(continua...)

Tabela 1 - continuação

Estudo/ Ano de publicação	País	Tamanho amostra (GI*/GC†)	Idade, anos GI* GC†	Diagnóstico	Intervenções (GI*/GC†)	Duração da intervenção	Medidas do resultado	Tempo coleta de dados	Provedores da intervenção
Sue Hall et al.(2015)	Grã-Bretanha	22/23	64,91±15,96 65,30±17,91	Câncer avançado	Intervenção – terapia da dignidade mais cuidados padrão / Cuidados padrão	2 semanas	HHI <sup>  </sup>	Inicial e acompanhamento em 1 e 4 semanas.	Terapeuta
Yao et al.(2015)	China	55/55	53,10±10,7 50,8 ± 11,2	Esôfago	Enfermagem Empática/CH <sup>§</sup>	Tempo de duração da internação hospitalar	HHI <sup>  </sup>	Pré-teste e pós- teste	Enfermeiro
Jin et al.(2010)	China	30/30	58,80±7,85 62,03±8,20	Pulmão	Intervenção -comportamento de saúde /CH <sup>§</sup>	3 semanas de quimioterapia	HHI <sup>  </sup>	O início do primeiro período de quimioterapia após a operação, o terceiro período de quimioterapia	Enfermeiro

\*Grupo Intervenção, †Grupo Controle, ‡The Good Death Inventory, §Cuidados Habituais, ||Herth Hope Index, ¶Nowotny Hope Scale, \*\*Gottschalk-Gleser Content Analysis

Figura 1 - Características de participantes e intervenções dos ensaios controlados randomizados. Nantong, Jiangsu province, China, 2016

Estudo/Ano de publicação	Geração de sequência aleatória (viés de seleção)	Ocultação de alocação (viés de seleção)	Cegamento de participantes e pessoal (viés de desempenho)	Cegamento Avaliação de desfecho (viés de detecção)	Dados incompletos de desfecho (viés de atrito)	Relatórios seletivos de desfecho (viés de relatório)	Outras fontes de viés
Ando et al. (2010)	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Baixo
Hansen et al. (2009)	Alto	Incerto	Alto	Alto	Baixo	Baixo	Baixo
Duggle et al. (2007)	Incerto	Incerto	Alto	Alto	Baixo	Baixo	Baixo
Rustoen et al. (1998)	Incerto	Incerto	Alto	Incerto	Baixo	Baixo	Baixo
Jiang et al. (2013)	Alto	Incerto	Incerto	Incerto	Baixo	Baixo	Baixo
Lisbeth et al. 2005	Incerto	Incerto	Incerto	Incerto	Baixo	Baixo	Baixo
Sue Hall et al. 2015	Baixo	Baixo	Baixo	Incerto	Alto	Baixo	Baixo
Yao et al. 2015	Baixo	Incerto	Incerto	Incerto	Baixo	Baixo	Baixo
Jin et al. 2010	Baixo	Incerto	Incerto	Incerto	Baixo	Baixo	Baixo

Figura 2 - Resumo de risco de viés de Cochrane. Nantong, Jiangsu province, China, 2016

### Intervenção de enfermagem sobre esperança

A Figura 3 apresenta a eficácia da intervenção de enfermagem sobre esperança desde a implementação até o pós-teste, e as diferenças estimadas entre grupos de intervenção e controle. Os resultados agrupados dos estudos incluídos indicaram que a intervenção de enfermagem contribuiu para um aumento significativo da esperança quando comparada com o tratamento de controle. A Figura 4 apresenta os resultados da enfermagem em esperança, desde a linha de base até o seguimento. Os resultados agrupados usando o

modelo de efeitos fixos demonstraram que os escores para o primeiro efeito aumentaram significativamente após a intervenção de enfermagem entre os grupos. Foi observada heterogeneidade dos estudos no pós-teste ( $df=8$ ,  $p=0,000$ ;  $I^2=76,1\%$ ). Os resultados indicaram heterogeneidade significativa nos nove estudos selecionados. O teste de heterogeneidade não mostrou homogeneidade entre os estudos para acompanhamento ( $df=8$ ,  $p=0,328$ ;  $I^2=12,9\%$ ), mas sem significância estatística.

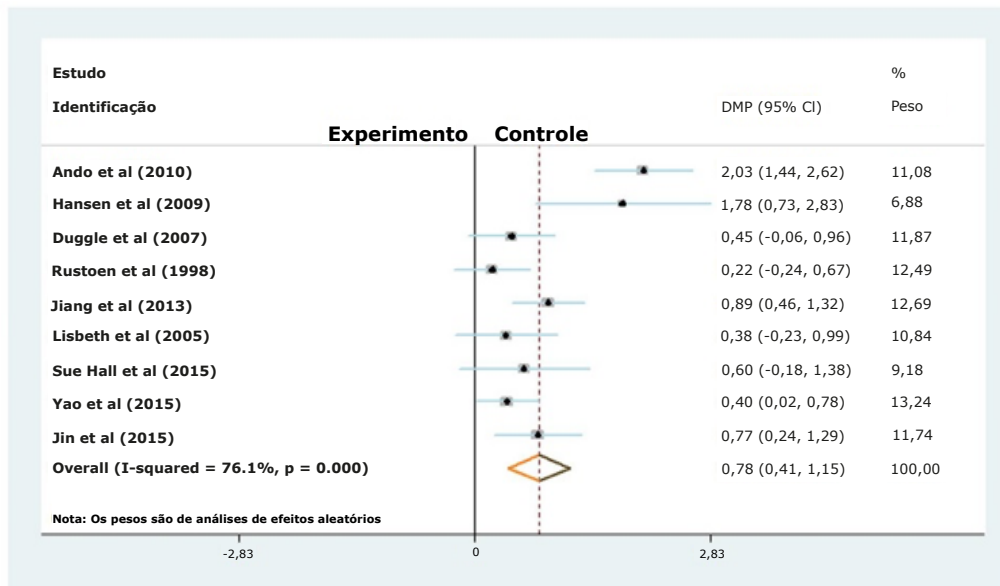


Figura 3 - A eficácia da intervenção de enfermagem em esperança desde a fase inicial até o pós-teste

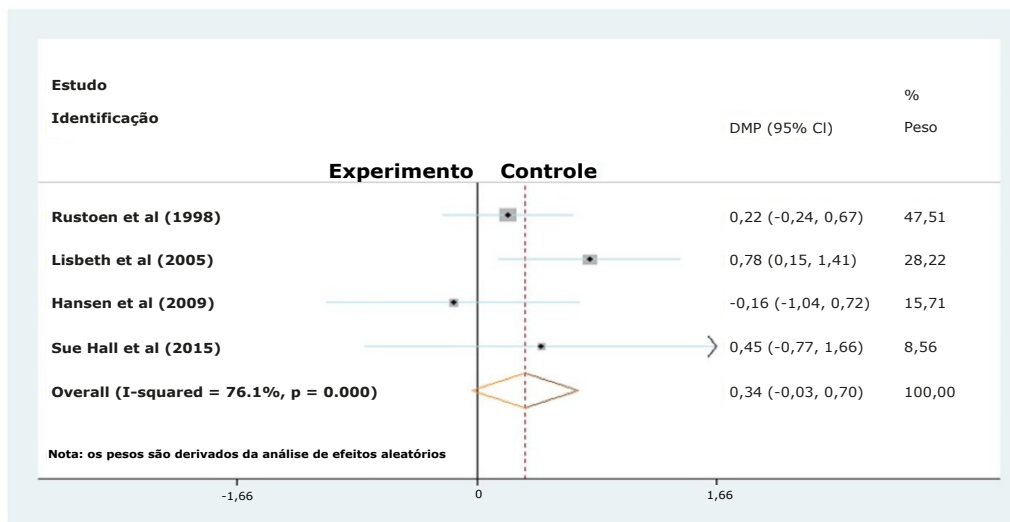


Figura 4 - Resultados de intervenções de enfermagem em esperança do início ao seguimento

### Análise de subgrupos

A tabela 1 apresenta os resultados das análises de subgrupos por sexo, tipo de câncer, se a esperança foi o resultado primário, qualidade da pesquisa, o formato e os provedores da intervenção. Nas análises estratificadas, o sexo masculino e feminino foram estatisticamente significativos (DMP=0,83; IC 95%=0,35-1,32). Nos estudos em que o efeito esperança foi desfecho secundário (DMP=1,18; IC 95%=0,29-2,07) os resultados foram estatisticamente significativos. A intervenção de enfermagem melhorou significativamente a esperança em indivíduos com câncer terminal (DMP=1,39; IC 95%=0,25-2,53). Nas

análises de subgrupos por formato de intervenção, a abordagem individual, em sete estudos, mostrou efeitos significativos na esperança ( $I^2=77,6\%$ , IC 95%= 0,49-1,38;  $p=0,000$ ). A terapia em grupo foi avaliada em dois estudos e não demonstrou diferenças significativas na esperança ( $I^2=0,0\%$ , IC 95%= -0,09-0,64;  $p=0,670$ ). Nas análises de subgrupos, seis estudos nos quais as intervenções foram realizadas pela equipe de saúde apresentaram efeitos significativos na esperança ( $I^2=17,5\%$ , IC 95%= 0,30-0,73;  $p=0,300$ ). Em contraste, três estudos onde as intervenções foram realizadas por outros profissionais também indicaram diferenças significativas na esperança ( $I^2=76,5\%$ , IC 95% = 0,54- 2,41;  $p=0,014$ ).

Tabela 1 - Análise de subgrupos e resultados globais de intervenção de enfermagem em esperança. Nantong, Jiangsu province, China, 2016

Subgrupos	Nº. de estudos	DMP*	IC 95%	I <sup>2</sup> %	valor p
Global	9	0,78	0,41-1,15	76,1	0,000
Sexo					
Feminino	2	0,68	0,19-1,17	43,5	0,183
Masculino e feminino	7	0,83	0,35-1,32	81,0	0,000
Tipo de câncer					
Mama	2	0,68	0,19-1,17	43,5	0,183
Terminal	3	1,39	0,25-2,53	88,3	0,000
Outros	4	0,44	0,20-0,69	0,0	0,450
Esperança como resultado primário					
Sim	5	0,54	0,29-0,78	31,7	0,210
Não	4	1,18	0,29-2,07	83,3	0,000
Qualidade do estudo					
Escore > 8	3	1,48	0,54-2,41	76,5	0,014
Escore < 8	6	0,52	0,30-0,73	17,5	0,300
Formato da intervenção					
Abordagem individual	7	0,93	0,49-1,38	77,6	0,000
Terapia em grupo	2	0,28	-0,09-0,64	0,0	0,670
Provedores da intervenção					
Equipe de Saúde	6	0,52	0,30-0,73	17,5	0,300
Outros profissionais	3	1,48	0,54-2,41	76,5	0,014

\*Diferença média padronizada, †Intervalo de Confiança, ‡Inconsistência

## Análise da sensibilidade

Devido a heterogeneidade entre os estudos elencados, foi realizada análise de sensibilidade excluindo qualquer estudo individual e, os dados dos estudos restantes foram agrupados. Após excluir o estudo de menor pontuação<sup>(31)</sup>, o resultado não apresentou alteração significativa (DMP=0,83; IC 95%=0,42-1,24).

## Discussão

Com a crescente pressão nas alterações emocionais e a necessidade de melhorar os cuidados realizados, intervenção de enfermagem para aumentar a esperança é de significativa importância. Esperança é o fator psicológico mais comum após o diagnóstico de câncer e é um dos principais fatores a contribuir para a qualidade de vida. No entanto, a evidência dos benefícios das intervenções de enfermagem em esperança de pacientes com câncer é raramente apresentada. Realizamos essa meta-análise, incluindo nove ensaios controlados randomizados visando avaliar o efeito da intervenção de enfermagem dirigida à esperança em pacientes com câncer.

Em geral, os resultados do nosso estudo indicaram que as intervenções de enfermagem podem melhorar significativamente o nível de esperança entre os

pacientes com câncer. Cuidados atenciosos prestados por enfermeiros tem sido sugeridos para manter e estimular a esperança em pacientes com câncer. Ademais, o mecanismo pelo qual a intervenção de enfermagem pode influenciar o nível de esperança em pacientes com câncer é obtido por meio do incentivo oferecido pelas enfermeiras aos pacientes com câncer para construir e reconstruir estratégias apropriadas para aumentar a esperança. Além disso, as intervenções de enfermagem podem ajudar os pacientes a encontrar significado e determinação com uma doença grave, inspirar a capacidade para lidar com a doença de forma significativa e atender às necessidades dos pacientes com câncer<sup>(35)</sup>.

## De acordo com as características clínicas

De acordo com o resultado das análises de subgrupos por sexo, homens e mulheres apresentaram resultados significativos na esperança, similar a um estudo, em que o autor comparou a relação entre as origens urbanas e rurais e as atitudes de saúde dos pacientes oncológicos recém-diagnosticados, evidenciando valores significativamente maiores para a crença em homens<sup>(36)</sup>. Estudos mais bem desenhados devem ser conduzidos para corroborar nossa conclusão.

Nas análises de subgrupos por tipo de câncer, quando foi utilizada a intervenção de enfermagem um nível significativamente maior de esperança foi encontrado em indivíduos com câncer terminal do que em outros tipos de câncer. Este efeito não foi identificado por dois estudos com pacientes com câncer de mama e quatro estudos com outros tipos de câncer. O resultado é consistente com um estudo neste campo<sup>(37)</sup>. No entanto, serão necessários mais ensaios clínicos randomizados com diferentes tipos de câncer para ratificar nossa conclusão.

### **De acordo com as características das intervenções**

Os achados desta meta-análise baseada em estudos com 600 participantes, indicaram que a intervenção de enfermagem tem influência positiva sobre a esperança e os efeitos positivos foram consistentes tanto no pós-teste quanto no seguimento, ou em ambos. A duração das intervenções para a maioria dos estudos incluídos nesta meta-análise foi inferior a oito semanas. Este resultado é significativo e está de acordo com outros estudos de meta-análise. Buscando identificar se as intervenções podem reduzir o sofrimento emocional em pacientes e seus cuidadores, um estudo<sup>(38)</sup> analisou 29 ensaios clínicos randomizados. O resultado demonstrou que 6,7 sessões é a média necessária de encontros para a suprir a demanda de intervenções satisfatórias. Os achados de nosso estudo sustentam a hipótese de que a intervenção de enfermagem pode aumentar significativamente a esperança em pacientes com câncer. Os participantes que foram expostos à intervenção designada a aumentar o sentimento de esperança obtiveram maior escore em esperança do que aqueles que não foram expostos a qualquer forma de intervenção suplementar, além do atendimento regular e do acompanhamento hospitalar.

Nas análises de subgrupos de acordo com o formato de intervenção, os resultados mostram que a terapia individual é melhor do que a terapia em grupo em pacientes com câncer. Mesmo que as intervenções com abordagem grupal fossem efetivas em alguns aspectos, os resultados atuais estão de acordo com os de uma meta-análise anterior, ao concluir que as intervenções psicossociais usando tratamentos individuais (n=4) foram mais efetivas para o aumento do tempo de sobrevivência do que a intervenção em grupo (n=11)<sup>(39)</sup>.

Apenas dois artigos que utilizam a terapia em grupo estão disponíveis, o que é muito pouco. Consequentemente, desenvolvimento de estudo mais aprofundado abordando este formato de intervenção é essencial no futuro.

### **Implicação para pesquisa**

Algumas das evidências sobre a eficácia da intervenção de enfermagem em domínios de esperança relatados neste artigo encontram suporte na literatura<sup>(40)</sup>. No entanto, existem diferenças na comparação dos achados com outras análises, uma vez que outras revisões incluíam pessoas saudáveis ou não saudáveis. Semelhante a outras revisões, os autores documentaram os efeitos positivos das intervenções de enfermagem na esperança. As variações nos achados relatados pelas revisões podem ser explicadas por diferenças nos critérios de inclusão, status do tratamento, duração da intervenção de enfermagem e medidas utilizadas para avaliar a esperança. Várias áreas para pesquisas futuras podem melhorar a compreensão dos efeitos das intervenções de enfermagem sobre a esperança. É também necessário compreender a frequência, duração e formato das intervenções de enfermagem para um efeito ótimo e sustentável.

Devido à característica da esperança ser um recurso psicológico dinâmico ainda multidimensional, a maioria dos estudiosos tendem a fazer pesquisas qualitativas. Autores<sup>(41)</sup> desenvolveram uma meta-síntese de pesquisa qualitativa envolvendo vinte artigos publicados sobre a experiência de esperança de pessoas idosas com doença crônica. Os achados indicaram que o conceito de esperança é diferente para adultos mais velhos em relação à adultos mais jovens, quando em sofrimento. Além disso, os recursos para a esperança são tanto internos como externos. Outra revisão sistemática foi conduzida com 16 estudos que analisaram evidências sobre as intervenções psicológicas positivas no câncer de mama<sup>(42)</sup>. Os resultados demonstram que a esperança era uma entre cinco grupos de terapias, utilizados para estruturação de psicologia positiva.

Os cuidadores familiares estão envolvidos em todos os aspectos do atendimento ao pacientes. Um estudo transversal recentemente demonstrou que os cuidadores familiares de pessoas com câncer avançado têm um menor nível de esperança associado a um maior nível de pressão<sup>(43)</sup>. Estes resultados sugerem que algumas populações deveriam ser priorizadas em intervenções públicas de saúde mental para evitar a ocorrência de desesperança, assim como intervenções para aumentar a esperança poderiam ser implementadas.

Esta revisão identificou vários efeitos benéficos das intervenções de enfermagem dirigidas à esperança. Além disso, à medida que a evidência se acumula, pesquisas se tornarão cada vez mais precisas na identificação de quais tipos de intervenções de enfermagem beneficiam os sobreviventes de câncer. Por enquanto, as evidências atuais apoiam a transferência para a prática de



conhecimentos básicos acumulados. A evidência relatada neste artigo deve auxiliar a informar profissionais de saúde, sobreviventes de câncer e educadores, de que as intervenções de enfermagem têm efeitos benéficos sobre a esperança.

### Limitações

A maioria dos estudos incluídos nesta meta-análise incluiu indivíduos com câncer de mama e câncer terminal; adicionais ensaios clínicos randomizados que analisem os efeitos benéficos da intervenção de enfermagem em esperança de indivíduos com diferentes tipos de câncer são necessários. Além disso, apenas um artigo nesta meta-análise revelou que a intervenção de enfermagem melhorou significativamente o nível de esperança entre indivíduos com câncer antes, durante e após o tratamento. Sabe-se que o câncer é uma doença complexa e heterogênea, com variações globais dos marcadores para etiologia, incidência e controle<sup>(44)</sup>.

Consequentemente, pode haver certa quantidade de heterogeneidade clínica, apesar de não ter sido detectado heterogeneidade estatística em nosso estudo. A meta-análise é considerada geradora de hipóteses e não é conduzida para testar uma hipótese ou estabelecer um padrão de cuidado<sup>(45)</sup>. Além disso, a meta-análise é um estudo secundário, baseado em estudos primários e a presença de viés é inevitável<sup>(46)</sup>. Ainda, a qualidade da meta-análise depende da qualidade e comparabilidade das informações dos estudos primários. Caso informação individual estivesse disponível, uma análise mais precisa, como a meta-análise individual dos dados do paciente, poderia ser realizada, no lugar de uma meta-análise convencional.

Este é um grande projeto e precisa que os autores dos artigos publicados compartilhem seus dados. Uma vez que a desesperança é altamente prevalente entre os pacientes com câncer, deve ser dada maior ênfase ao estabelecimento de programas de enfermagem que aumentem o acesso aos cuidados de saúde mental, bem como aos pacientes em diferentes estágios de sua doença e trajetória de tratamento.

### Conclusões

As evidências deste estudo indicam que as intervenções de enfermagem são estratégias úteis para aumentar a esperança nas pessoas com câncer. Os prestadores de cuidados de saúde devem divulgar a eficácia das intervenções de enfermagem a indivíduos com câncer, que enfrentam problemas de esperança. Além disso, as análises estratificadas sugeriram que os pacientes com câncer terminal apresentavam um IC

significativamente maior do nível de esperança total do que qualquer outro câncer. Estudos futuros devem se concentrar em populações específicas. No entanto, são necessários mais ensaios clínicos randomizados de alta qualidade para confirmação destas informações.

### Referências

1. Duggleby W, Williams A, Wright K, Bollinger S. Renewing everyday hope: the hope experience of family caregivers of persons with dementia. *Issues Ment Health Nurs*. 2009; 30(8):514-21. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840802641727>
2. Rustøen T, Wiklund I, Hanestad BR, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs*. 1998; 21(4):235-45. doi: <https://doi.org/10.1097/00002820-199808000-00003>
3. Tokem Y, Ozcelik H, Cidik A. Examination of the Relationship Between Hopelessness Levels and Coping Strategies Among the Family Caregivers of Patients with Cancer. *Cancer Nurs*. 2015; 38(4):E28-34. doi: <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000189>
4. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992; 17(10):1251-9. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
5. Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2011; 15(4):351-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.09.001>
6. Ho SM, Ho JW, Pau BK, Hui BP, Wong RS, Chu AT. Hope-based intervention for individuals susceptible to colorectal cancer: a pilot study. *Fam Cancer*. 2012; 11(4):545-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s10689-012-9545-3>
7. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*. 2008; 112(11Suppl):2577-92. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>
8. Utne I, Miaskowski C, Bjordal K, Paul SM, Rustoen T. The relationships between mood disturbances and pain, hope, and quality of life in hospitalized cancer patients with pain on regularly scheduled opioid analgesic. *J Palliat Med*. 2010; 13(3):311-8. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0294>
9. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008; 27:32. doi: <https://doi.org/10.1186/1756-9966-27-32>
10. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological

- distress. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 40(2):174-82. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.014>
11. Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(1):571-8. doi: <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.1.571>
12. Duggleby W, Wright K. Transforming hope: how elderly palliative patients live with hope. *Can J Nurs Res.* [Internet]. 2009 Mar [cited Apr 14, 2016]; 41(1):204-17. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2005/00000037/00000002/art00006.pdf>
13. Thornton LM, Cheavens JS, Heitzmann CA, Dorfman CS, Wu SM, Andersen BL. Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence. *J Consult Clin Psychol.* 2014; 82(6):1087-100. doi:<https://doi.org/10.1037/a0036959>
14. Wall LM. Changes in hope and power in lung cancer patients who exercise. *Nurs Sci Q.* 2000; 13(3):234-42. doi: <https://doi.org/10.1177/08943180022107627>
15. Boucher J. Telephone intervention: hope for cancer patients. Amherst: University of Massachusetts. [Internet]. 2002. [cited Apr 20, 2016]. Available from: <http://pqdt.lib.sjtu.edu.cn/Fulltext.ashx?pid=dhCjBbPQtuw%3d&t=view&countAbs=0.pdf>
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010; 8(5):336-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2010.02.007>
17. Solano JP, da Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliat Care.* 2016; 15:70. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>
18. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Sch Inq Nurs Pract.* [Internet]. 1991 Spring [cited Apr 26, 2016]; 5(1):39-51; discussion 53-6. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-70717-001.pdf>
19. Duggleby WD, Williams A, Holstlander L, Thomas R, Cooper D, Hallstrom LK, et al. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. *Rural Remote Health.* [Internet]. 2014 Mar 3 [cited May 12, 2016]; 14:2561. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2561.pdf>
20. Wang Y. Study on feasibility of Chinese version of Herth hope index for cancer patients. *Chinese Nursing Research.* 2010; 24(1):20-21. doi: <https://chinadoi.org/10.3969/j.issn.1009-6493.2010.01.008>
21. Higgins JPT, Green S (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011). The Cochrane Collaboration. [Internet]. 2011 Mar 20 [cited May 21, 2016]; 14:2561. Available from: <http://www.cochrane-handbook.org.pdf>
22. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ.* 2003; 327(7414):557-60. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
23. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med.* 2002; 21(11):1539-58. doi: <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
24. Huang HP, He M. Usefulness of chewing gum for recovering intestinal function after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015; 54(2):116-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2014.10.004>
25. Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics.* 1994; 50(4):1088-101. doi: <https://doi.org/10.2307/2533446>
26. Egger M, Smith GD. Bias in location and selection of studies. *BMJ.* [Internet]. 1998 Jan 3 [cited May 28, 2016]; 316(7124):61-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665334/pdf/9451274.pdf>
27. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T, Japanese Task Force for Spiritual Care. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 39(6):993-1002. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320>
28. Hansen MJ, Enright RD, Baskin TW, Klatt J. A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *J Palliat Care.* [Internet]. 2009 Spring [cited May 28, 2016]; 25(1):51-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19445342.pdf>
29. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33(3):247-57. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.013>
30. Jiang Zi-fang. The intervention to improve the hope level of breast cancer patients by "Solution focused approach". Zhejiang University. [Internet]. 2013 [cited Jun 3, 2016]. Available from: [http://222.192.60.12/D/Thesis\\_y2420861.aspx.pdf](http://222.192.60.12/D/Thesis_y2420861.aspx.pdf)
31. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 2005; 73(2):284-92. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.2.284>
32. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Support Palliat Care.* 2011; 1(3):315-21. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>
33. Yao Aiyang, Xu Zhenzhen. Empathy nursing on level of hope and the subjective well-being in patients with esophageal cancer. *Chinese J Modern Nurs.* 2015;

- 21(4):397-400. doi: <https://chinadoi.org/10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2015.04.008>
34. Jin Yubin, Xiu Xiaoqing, Chen Xudong. Influence of health behavior intervention on coping strategy and level of hope in lung cancer patients with chemotherapy. *Chinese J Practical Nurs*. 2010; 26(20):17-19. doi: <https://chinadoi.org/10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2010.07.046>
35. Chu-Hui-Lin Chi G. The role of hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34(2):415. doi: <https://doi.org/10.1188/07.onf.415-424>
36. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin*. 2010; 60(5):317-39. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
37. Holt J. A Systematic Review of the Congruence Between People's Needs and Nurses' Interventions for Supporting Hope. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2001; 8(1):9-18. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1524-475x.2001.00009.x>
38. Howat A, Veitch C, Cairns W. A descriptive study comparing health attitudes of urban and rural oncology patients. *Rural Remote Health*. [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited Jun 15, 2016]; 6(4):563. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=563.pdf>
39. Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. *Nurs Stand*. 2004; 19(10):33-41. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.19.10.33.s56>
40. Oh PJ, Shin SR, Ahn HS, Kim HJ. Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychol Health*. 2016; 31(4):396-419. doi: <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111370>
41. Duggleby W, Hicks D, Nekolaichuk C, Holtslander L, Williams A, Chambers T, et al. Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *J Adv Nurs*. 2012; 68(6):1211-23. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x>
42. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psychooncology*. 2014; 23(1):9-19. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3353>
43. Lohne V, Miaskowski C, Rustøen T. The relationship between hope and caregiver strain in family caregivers of patients with advanced cancer. *Cancer Nurs*. 2012; 35(2):99-105. doi: <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31821e9a02>
44. Shah MA, Ajani JA. Gastric cancer--an enigmatic and heterogeneous disease. *JAMA*. 2010; 303(17):1753-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.553>
45. Hennekens CH, Demets D. The need for large-scale randomized evidence without undue emphasis on small trials, meta-analyses, or subgroup analyses. *JAMA*. 2009; 302(21):2361-2. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1756>
46. Zeng X, Zhang Y, Kwong JS, Zhang C, Li S, Sun F, et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. *J Evid Based Med*. 2015; 8(1):2-10. doi: <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>

Recebido: 04.12.2016

Aceito: 04.07.2017

Correspondência:  
Yu-Jie Guo  
Nantong University. School of Nursing.  
19, Qixiu Rd  
CEP: 226001, Nantong, Jiangsu, China  
E-mail: 570068767@qq.com

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.