

Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática

Which is the role of hope in personal health? – Systematic Review

Vera Sofia Joaquim Cavaco*

Helena Maria Guerreiro José**

Sérgio Pedro dos Reis Leite Pires Louro***

Ana Filipa Alves Ludgero, Enfermeira****

Andrea Filipa Marrachinho Martins***

Méllissande Clarissa Glaus dos Santos***

Resumo

Objectivo: compreender o papel da esperança na saúde da pessoa. Métodos: Pesquisa de estudos empíricos, entre Janeiro de 1999 e Fevereiro de 2009, realizada em bases de dados e outros, e seleccionados de acordo com o método PICOS. Conclusões: A esperança é um dos aspectos centrais no cuidar em enfermagem, dado que esta contribui para o aumento da capacidade da pessoa para lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, determinação de objectivos saudáveis e promoção da saúde. É encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Implicações para a Enfermagem: Os enfermeiros encontram-se, inevitavelmente, numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a esperança pelo que, esta deve ser uma componente imprescindível do seu agir profissional.

Palavras chave: esperança, enfermagem, enfermeiro, saúde, revisão sistemática.

Abstract

Aim: The aim of this systematic review was to identify empirical studies highlighting the role of hope in personal health. Method: Search for empirical studies in databases and other sources, and their selection according to the PICOS method. Conclusions: Hope is one of the central features in nursing care and contributes to increasing the ability to deal with crisis situations; it also contributes to the maintenance of quality of life, to determination of health goals and to health promotion. It is seen as offering a possible exit from the cycle of suffering and is experienced as a comfort. Implications for Nursing Care: Nurses are well-placed to influence hope positively or negatively, and therefore the ability to encourage hope should be an indispensable component of their professional skills.

Keywords: hope, nursing care, nurse, health, systematic review.

* Enfermeira, Licenciada em Enfermagem pela Universidade do Algarve: Escola Superior de Saúde. Enfermeira no Hospital Particular do Algarve.

** Professora na Universidade do Algarve: Escola Superior de Saúde; Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa.

*** Enfermeiro(a) Licenciado(a) em Enfermagem pela Universidade do Algarve: Escola Superior de Saúde. Enfermeiro(a) no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE.

**** Licenciada em Enfermagem pela Universidade do Algarve: Escola Superior de Saúde. Enfermeira no Hospital de Faro, EPE.

Recebido para publicação em 27.12.09

Aceite para publicação em 26.01.10

Introdução

A esperança apresenta, na vida humana, um papel primordial, sendo vivida de forma pessoal e única, apesar da influência do ambiente. A pessoa tem necessidade de alcançar um significado para a vida, tanto a nível do seu quotidiano, como em situações de crise, sendo uma dimensão essencial para lidar com a doença e/ou preparação para a morte (Miller, 2007; Pires, 2006).

Diversos autores desenvolveram estudos sobre este tema, procurando definir esperança e compreendê-la quanto à sua importância. O conceito de esperança, segundo Cutcliffe e Herth (2002), emergiu no âmbito da disciplina Enfermagem, após 1985, com autores como Stoner e Krampfer, Miller e Powers, Herth, Farran, Sallowat e Clarke. Na perspectiva de Ezra Stotzland, a esperança é essencial para o ser humano, na medida em que a existência, ou ausência desta, poderá influenciar o seu futuro (Polleti, 1980). Para Moore (2005), referindo-se a autores como Edey, Jevne e Miller, a esperança, apesar de ser um termo que grande parte das pessoas entende como algo que tem uma forte influência na vida, pode ser definida de forma diferente por cada pessoa. Este autor (2005), afirma, também, que a esperança pode ser a “faísca” que move o Homem na direcção de procurar ajuda, que é algo que não pode ser tocado ou visto, mas que tem o poder de nos suportar através de alguns dos momentos mais difíceis da vida. Segundo Miller (2007), fazendo alusão a autores como Dufault e Martoochio, a esperança é uma força de vida multidimensional e dinâmica, caracterizada por uma confiante, ainda que incerta, expectativa de atingir um futuro bom, realisticamente possível e pessoalmente significante.

A esperança é, descrita por Parse (1999), como um fenómeno universal, essencial para a qualidade de vida. Esta universalidade também é afirmada por Pires (2006) que, baseando-se em Lange, acrescenta a inerência da esperança à humanidade, particularmente em períodos críticos da vida, referindo, ainda, que é necessária à mobilização de forças para restabelecer a saúde. É importante referir que o conceito de saúde, de acordo com Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994) não é algo que se possui, nem algo estável ou imutável e também não pode ser entendida como sinónimo de ausência de doença, deve antes entender-se como uma experiência que engloba a pessoa e o ambiente em que está inserida.

No contexto dos cuidados de saúde, mais especificamente de enfermagem, a esperança parece assumir um papel fundamental ao permitir que a pessoa disponha da sua energia de modo a esperar restabelecer a sua saúde sendo que, para Sobel, o enfermeiro é visto como um agente impulsionador do bem-estar em geral e da esperança em particular (Polleti, 1980).

Método e estratégias

Esta revisão da literatura tem como principal objectivo compreender a relação existente entre a esperança e a saúde da pessoa, através da análise de fontes, no espaço cronológico de 1999 a 2009. Assim a questão a que se pretende responder, no contexto deste estudo, é: “Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?”. De forma a responder a esta questão foram realizadas pesquisas tendo como tema central a esperança, sendo que os critérios definidos, para inclusão ou exclusão dos artigos perscrutados, se encontram no Quadro 1.

QUADRO 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos pesquisados.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Apresentar a palavra esperança no título;- Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo;- Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de analisar: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O) e Tipo de Estudo (S) e ainda, ano, país e autor(es);- Ter sido publicado entre Janeiro de 1999 e Fevereiro de 2009;- Ser referente a pessoas com alteração do estado de saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Ser uma revisão da literatura (meta-síntese/meta-análise);- Ser uma dissertação ou tese;- Referir-se a crianças ou exclusivamente a populações concretas como familiares e/ou profissionais de saúde.

Para a pesquisa dos estudos relevantes foram seleccionados termos que a conduziram e delimitaram: *hope, nurse, nursing, study, patient, health professional, esperanza, enfermería, estudio, salud*, esperança, enfermagem e enfermeiro. As bases de dados pesquisadas foram: EBSCO, PubMed, B-On, Scielo, LILACS, MEDLINE e BDEF. Como complemento, foi realizada pesquisa manual na Biblioteca da Universidade do Algarve e utilizado o motor de pesquisa *Google Scholar*. Consideraram-se, ainda, as referências bibliográficas dos artigos consultados.

No total foram identificados, por título, 100 artigos que se mostraram pertinentes para este estudo. Por meio da leitura do *abstract* e aplicando os critérios de exclusão e inclusão, rejeitaram-se 63 artigos. Através da leitura integral de cada artigo foram excluídos 14 artigos. Aceitaram-se, assim, 23 artigos para esta revisão da literatura.

Aquando da leitura integral dos artigos seleccionados foi identificado o ano, o país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo, sendo que a síntese de cada um deles se apresenta, mais adiante, em Tabela 1.

Apresentação, análise e discussão dos dados

Após a avaliação crítica dos estudos empíricos, quanto à credibilidade e à relevância dos dados, verificou-se que 6 deles (26,09%) se guiam por um paradigma dedutivo e 17 (73,91%) por um paradigma indutivo. Relativamente aos anos de publicação dos estudos pode constatar-se que, exceptuando o ano 2000, existe um aumento progressivo do número de artigos que ilustram este tema, indo ao encontro do que é declarado por Cutcliffe e McKenne (2005), quando afirmam que, nos últimos 20 anos, a investigação acerca da esperança tem crescido substancialmente. Também, em 2003 não se verificou publicação relevante, ao invés do ano 2008, onde surge o maior número (5) de estudos empíricos.

No que concerne ao país, constata-se que foi nos Estados Unidos da América que se publicou maior número de estudos empíricos (9), sendo precedido pela Noruega (6), Canadá (3), Suécia (2), Finlândia (2) e Inglaterra (1).

Dos artigos analisados verifica-se que o número de participantes nos estudos dedutivos variou entre 40 e 534 e nos indutivos entre 6 e 147. Relativamente à orientação paradigmática e ao tamanho da amostra, nos diversos estudos, não se verificaram discrepâncias significativas nos resultados obtidos, tomando como exemplo o estudo indutivo de Juvakka e Kylvä (2009), com 6 participantes e o estudo dedutivo de Gibson, 1999, com 305 participantes.

Todos os estudos recolhidos (Tabela 1) apresentam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa, uma vez que os dados obtidos revelaram o papel da esperança na saúde, as relações existentes com a esperança, os aspectos que a influenciam e as intervenções de enfermagem pertinentes.

Através da análise, dos distintos estudos, verificou-se a predominância do recurso à escala *Herth Hope Index* (HHI) (Ebright e Lyon, 2002; Buckley e Herth, 2004; Benzein e Berg, 2005; Vitale e Genge 2007; Pipe *et al.*, 2008 e Utne *et al.* 2008) que, segundo Herth (1992), é um instrumento cujo objectivo se prende com a avaliação dos níveis de esperança e um recurso que pode ser utilizado pelos profissionais de saúde. Apenas foi reconhecido um estudo (Gibson, 1999) que aplicou a *Herth Hope Scale*, versão anterior da HHI que, apesar de mais complexa, apresenta idênticos pressupostos (Herth, 1992). Foi ainda identificada outra escala (Reynolds, 2008), para avaliar os níveis de esperança: Escala Visual Analógica (VAS).

Avaliando os níveis de esperança, em pessoas com doença cardíaca (Rustøen *et al.*, 2005) e oncológica (Utne *et al.*, 2008), quando comparados com a população em geral, sobressaiu que as pessoas doentes apresentavam maior nível de esperança. De igual modo, no estudo de Benzein e Berg (2005), verificou-se que os níveis de esperança dos doentes são significativamente maiores do que nos seus familiares. Posto isto, e de acordo com Buckley e Herth (2004), a esperança permanece, nas pessoas em fim de vida contudo, Gibson (1999), demonstra que, os doentes com sensibilidade química múltipla, não apresentam os elevados níveis de esperança evidenciados noutros estudos.

De acordo com os artigos investigados verificou-se que, determinados aspectos, influenciam a esperança, sendo que uns contribuem para a manter/aumentar e outros para a diminuir (Diagrama 1).

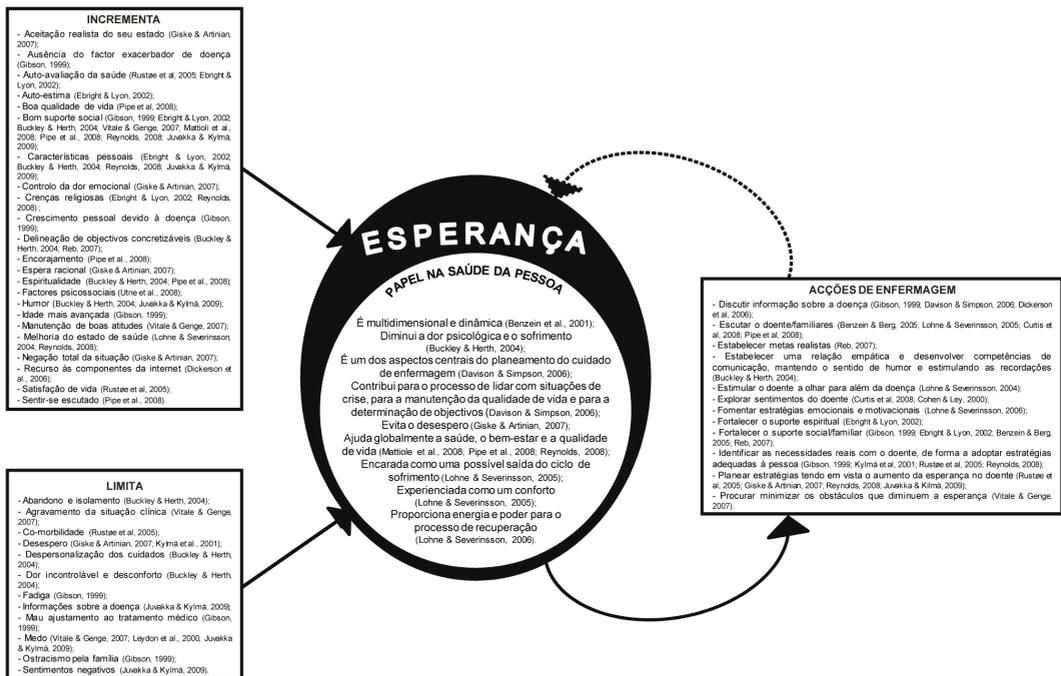


DIAGRAMA 1 – Representação do papel da esperança na saúde da pessoa.

Os aspectos identificados como promotores de esperança foram a espiritualidade (Buckley e Herth, 2004; Pipe *et al.*, 2008), crenças religiosas (Ebright e Lyon, 2002; Reynolds, 2008), bom suporte social (Gibson, 1999; Ebright e Lyon, 2002; Buckley e Herth, 2004; Vitale e Genge, 2007; Mattioli *et al.*, 2008; Pipe *et al.*, 2008; Reynolds, 2008; Juvakka e Kymä, 2009), humor (Buckley e Herth, 2004; Juvakka e Kymä, 2009), características pessoais (Ebright e Lyon, 2002; Buckley e Herth, 2004; Reynolds, 2008; Juvakka e Kymä, 2009), delineação de objectivos concretizáveis (Buckley e Herth, 2004; Reb, 2007), recurso às componentes da internet (Dickerson *et al.*, 2006), auto-estima (Ebright e Lyon, 2002), idade mais avançada (Gibson, 1999), crescimento pessoal devido à doença (Gibson, 1999), controlo da dor emocional (Giske e Artinian, 2007), espera racional (Giske e Artinian, 2007), negação total da situação (Giske e Artinian, 2007), aceitação realista do seu estado (Giske e Artinian, 2007), sentir-se escutado (Pipe *et al.*, 2008), encorajamento (Pipe *et al.*, 2008), melhoria do estado de saúde (Lohne e Severinsson, 2004; Reynolds, 2008), manutenção de boas atitudes (Vitale e Genge, 2007), a ausência do factor exacerbador de doença (Gibson, 1999), uma boa qualidade de vida (Pipe *et al.*, 2008), satisfação de vida (Rustøen *et al.*, 2005), auto-avaliação da

saúde (Ebright e Lyon, 2002; Rustøen *et al.*, 2005) e factores psicossociais (Utne *et al.*, 2008). Por sua vez, os aspectos que diminuem a esperança são o abandono e isolamento (Buckley e Herth, 2004), dor incontrolável e desconforto (Buckley e Herth, 2004), despersonalização dos cuidados (Buckley e Herth, 2004), fadiga (Gibson, 1999), ostracismo pela família (Gibson, 1999), mau ajustamento ao tratamento médico (Gibson, 1999), sentimentos negativos (Juvakka e Kymä, 2009), informações sobre a doença (Juvakka e Kymä, 2009), medo (Vitale e Genge, 2007; Lydon *et al.*, 2000; Juvakka e Kymä, 2009), agravamento da situação clínica (Vitale e Genge, 2007), desespero (Kymä *et al.*, 2001; Giske e Artinian, 2007) e co-morbilidade (Rustøen *et al.*, 2005). Outras investigações já realizadas neste âmbito, segundo Lazure (1997), remetem, efectivamente, para a existência de agentes que promovem a esperança e que a ameaçam.

Apesar de não estar explicitamente afirmado, de acordo com Cutcliffe e Mckenne (2005), a maior parte dos estudos acerca da esperança, realizados nos últimos 20 anos, partilham a assunção de que esta é positiva. De facto, ao analisar os diversos artigos verificou-se que, grande maioria deles, partia do pressuposto que a esperança era benéfica para a saúde

das pessoas (Gibson, 1999; Kylmä *et al.*, 2001; Leydon *et al.*, 2000; Cohen e Ley, 2000; Ebright e Lyon, 2002; Rustøen *et al.*, 2005; Benzein e Berg, 2005; Dickerson *et al.*, 2006; Reb, 2007; Vitale e Genge, 2007; Curtis *et al.*, 2008), e deste modo, vários autores, concluíram que, independentemente do nível de esperança apresentado pelos participantes, esta estava sempre presente (Cohen e Ley, 2000; Benzein *et al.*, 2001; Ebright e Lyon, 2002; Lohne e Severinsson, 2004; Buckley e Herth, 2004; Benzein e Berg, 2005; Lohne e Severinsson, 2005; Rustøen, *et al.*, 2005; Lohne e Severinsson, 2006; Vitale e Gerge, 2007; Utne *et al.*, 2008; Reynolds, 2008). Assim, e respondendo parcialmente à questão formulada para este estudo, pode afirmar-se que a esperança é multidimensional e dinâmica (Benzein *et al.*, 2001). A esperança é o ponto central do planeamento dos cuidados dado contribuir para o processo de lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida (Reynolds, 2008) e para o delinear de objectivos (Davison e Simpson, 2006). Ela é, ainda, promotora da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida (Mattioli *et al.*, 2008; Pipe *et al.*, 2008), evitando o desespero (Giske e Artinian, 2007) sendo, portanto, encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto (Lohne e Severinsson, 2005). Por último, a esperança proporciona energia e dá poder para o processo de recuperação dos doentes (Lohne & Severinsson, 2006), diminuindo a dor psicológica e o sofrimento (Buckley e Herth, 2004).

Após a confirmação da importância da esperança é necessário reconhecer quais as intervenções de enfermagem que o enfermeiro deve adoptar, para manter/aumentar a esperança. De facto, as acções de enfermagem visam o cuidado holístico e humano com a pessoa o que, na actualidade, corresponde

a uma enfermagem como terapia, onde conceitos como a esperança estão efectivamente incluídos (McMahon e Pearson, 1998). Assim, através dos estudos analisados apurou-se que o enfermeiro deve identificar as necessidades reais com a pessoa, de forma a adoptar estratégias a ela adequadas (Gibson, 1999; Kylmä *et al.*, 2001; Rustøen *et al.*, 2005); escutar o doente/familiares (Benzein e Berg, 2005; Lohne e Severinsson, 2005; Pipe *et al.*, 2008; Curtis *et al.*, 2008; Reynolds, 2008); estabelecer uma relação empática e desenvolver competências de comunicação, mantendo o sentido de humor e estimulando as recordações (Buckley e Herth, 2004); fortalecer o suporte social/familiar (Gibson, 1999; Ebright e Lyon, 2002; Benzein e Berg, 2005; Reb, 2007); fortificar o suporte espiritual (Ebright e Lyon, 2002); explorar sentimentos dos doentes (Cohen e Ley, 2000; Curtis *et al.*, 2008); fomentar estratégias emocionais e motivacionais (Lohne e Severinsson, 2006); discutir informação sobre a doença (Gibson, 1999; Davison & Simpson, 2006; Dickerson *et al.*, 2006); estabelecer objectivos realistas (Reb, 2007) e estimular a pessoa a olhar para além da doença (Lohne e Severinsson, 2004). Em suma, o enfermeiro deve planear estratégias tendo em vista o aumento da esperança no doente (Rustøen *et al.*, 2005; Giske e Artinian, 2007; Reynolds, 2008; Juvakka e Kilmä, 2009), procurando minimizar os impedimentos que a coarctam (Vitale e Genge, 2007).

Desta forma, poder-se-á inferir que toda e qualquer acção de enfermagem se vai repercutir ao nível da esperança? Visto que, todas as acções de enfermagem, são dirigidas a um ser holístico e que têm um objectivo específico, poderemos concluir que essas acções são efectivamente importantes para a manutenção da esperança?

TABELA 1 – Artigos seleccionados, segundo PIOS.

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Benzein & Berg (2005) Suécia	40 pessoas com doença oncológica, submetidos a cuidados paliativos, e 45 familiares destas pessoas.	Para determinar os níveis de esperança, desesperança e fadiga, bem como as suas relações nos doentes oncológicos e nos familiares, foi aplicada uma escala subjectiva de níveis de fadiga (avaliada em nenhuma, pouca, moderada e severa); questionários contendo a versão suca da Herth Hope Index; e a The Hopelessness Scale (HS).	O estudo não demonstra correlação significativa entre esperança e fadiga nos doentes. Esta verificou-se negativa e moderada entre a desesperança e a esperança. Por sua vez, existe evidência de que os níveis de esperança dos familiares são significativamente menores do que nos doentes. Assim, verifica-se que os enfermeiros devem ter em atenção os níveis de esperança dos familiares de pessoas com doença terminal, pois os doentes e a sua família podem apoiar-se mutuamente e partilhar bons momentos nesta situação vulnerável.	Quantitativo

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Benzein, Norbert & Saveman (2001) Suécia	11 pessoas com doença oncológica, de idades compreendidas entre os 54 e os 83 anos, sob cuidados paliativos domiciliários.	Realizadas entrevistas abertas com recurso a gravação áudio, a fim de conhecer o significado das experiências de esperança nestes doentes. Os dados que emergiram da transcrição das entrevistas foram analisados de acordo com as etapas do método fenomenológico – hermenêutico - definido por Ricoeur e através de análise de conteúdo.	Viver com uma doença incurável não implica viver sem esperança, pelo que existem quatro dimensões da experiência de esperança: esperança de alcançar a cura, esperança de ter uma vida “normal”, presença de relacionamentos estáveis e aceitação da morte. Demonstrou-se, ainda, que a forma como a esperança é vivenciada é multidimensional e dinâmica, visto que se uma dimensão é alterada, as outras podem ser afectadas.	Fenomenológico Hermenêutico
Buckley & Herth (2004) EUA	16 pessoas em fim de vida, com idades entre os 56 e os 92 anos, em cuidados paliativos.	Utilizada a escala de Herth Hope Index (HHI) e realizadas entrevistas semi-estruturadas, que tinham como objectivo compreender o significado de esperança nos doentes terminais. Os primeiros 20 minutos da entrevista destinaram-se ao relato da experiência de doença da pessoa, sendo seguidas por 5 perguntas, baseadas no estudo de Herth (1990).	A esperança permanece, nas pessoas em cuidados paliativos, e se esta desaparece, aumenta a dor psicológica e o sofrimento. Existem sete categorias que promovem a esperança: amor pelas pessoas significativas, espiritualidade, relações positivas com os profissionais de saúde, humor, características pessoais, delinear objectivos concretizáveis e recordações positivas; e três que a limitam: abandono, dor incontrolável e despersonalização dos cuidados. Assim, o enfermeiro deve promover a independência, estabelecer relações empáticas, desenvolver as suas competências de comunicação, manter o sentido de humor e estimular as recordações.	Qualitativo
Cohen & Ley (2000) EUA	20 pessoas com doença oncológica, com uma média de idades de 46 anos, que foram submetidas a um transplante autólogo de medula óssea.	Realizadas entrevistas abertas, aos participantes ,para descrever quais as suas experiências após terem sido submetidos a um transplante autólogo de medula óssea.	As acções de enfermagem devem focar-se na dissipação do medo e na promoção da esperança, uma vez que os participantes referiram que o medo balanceado com a esperança de sobreviver é a realidade predominante após o transplante.	Fenomenológico Hermenêutico
Curtis et al. (2008) EUA	55 pessoas, com doença pulmonar obstrutiva crónica ou cancro, em fase avançada, 36 familiares destas pessoas, 31 médicos e 25 enfermeiros.	Com o objectivo de estudar as perspectivas dos doentes, familiares, médicos e enfermeiros, acerca da necessidade de esperança nos doentes e destes receberem informação sobre o seu prognóstico, foram realizadas duas entrevistas abertas com um intervalo de 4 a 6 meses.	Os dados sugerem que existe variabilidade no que concerne às necessidades e desejos, que os doentes e familiares têm de esperança e de informação explícita sobre o prognóstico. Os médicos e os enfermeiros referem que as emoções e preocupações destes doentes devem ser exploradas, ao invés de se questionar apenas a informação que pretendem receber.	Grounded Theory
Davison & Simpson (2006) Canadá	19 pessoas com diagnóstico médico de doença renal, em fim de vida, com idades entre os 44 e 88 anos.	Realizadas entrevistas em profundidade para compreender a experiência de esperança destes doentes, no contexto do planeamento dos cuidados.	Há evidência de que a esperança é o ponto central do planeamento dos cuidados. Esta contribui para o processo de lidar com situações de crise e a qualidade de vida destes doentes, ajudando-os a determinar os seus objectivos. Por vezes, os profissionais de saúde tendem a ser relutantes em iniciar discussões acerca do fim de vida com os doentes, por acreditarem que a sua esperança pode ser destruída, apesar de manifestarem estar preparados para esse passo.	Qualitativo

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Dickerson, Boehmke, Ogle & Brown (2006) EUA	20 pessoas, com diagnóstico médico de cancro, com idades entre os 34 e os 65 anos, que utilizaram a internet para obter informação sobre a sua patologia.	Realizadas entrevistas informais a doentes com o objectivo de que descrevessem a sua experiência, como utilizadores da Internet para a obtenção de informação sobre o cancro, identificando os componentes da internet que transmitem esperança (sites, fóruns, salas de conversação, etc.).	Os doentes obtêm, através da Internet, informações relativas à sua doença, opções de tratamento, entre outros, permitindo-lhes saber o que esperar, o que fazer e o modo como a doença afecta as suas vidas. O conhecimento de testemunhos de pessoas, que sobreviveram, ajuda a combater os medos e a manter a esperança. O enfermeiro deve encorajar e discutir a informação recolhida pelos doentes e encontrar-se informado sobre os componentes da Internet, para os poder recomendar, promovendo assim a esperança.	Fenomenológico Hermenêutico
Ebright & Lyon (2002) USA	73 mulheres com idades entre os 20 e 73 anos, com diagnóstico médico de cancro da mama, sem antecedentes de cancro e que foram submetidas a cirurgia e quimioterapia, radioterapia, ou tamoxifeno.	Para verificar se os antecedentes pessoais de saúde e a auto-avaliação da situação actual influenciam os níveis de esperança nestes doentes, foram aplicadas as escalas Herth Hope Index; Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE); Likert adaptada de Brandt (1987); escala de Smith et al. (1993); método de Smith, Haynes, Lazarus e Pope (1993); e a Personal Resource Questionnaire (PRQ) 85-Part 2.	Nas mulheres com cancro existe mais esperança do que em pessoas com doença crónica. Por sua vez, a auto-avaliação da situação vivida, influenciada pela auto-estima e pelas crenças religiosas destas mulheres, potencia o mecanismo para lidar com situações de crise, favorecendo o aumento da esperança. Assim, o enfermeiro que cuida com estas mulheres, deve proporcionar o aumento da auto-estima e o fortalecimento do suporte social e das crenças religiosas.	Quantitativo
Gibson (1999) Canadá	305 pessoas com sensibilidade química múltipla e de idades compreendidas entre os 23 e 79 anos.	Para avaliar os níveis de esperança nestes doentes perante o suporte social e os cuidados de saúde existentes, foram realizados questionários, aplicados as escalas Herth Hope Scale (HHS); Healthcare Orientation subscale of the 46-item Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self Report (PAIS-SR); escala de Likert; e a Personal Resource Questionnaire (PRQ85).	Em geral, os doentes apresentam baixos níveis de esperança, contudo, existe uma correlação positiva entre nível de esperança e suporte social, idade, apoio do companheiro, crescimento pessoal devido à doença, lar com ambiente isento de químicos; e uma correlação negativa entre a esperança e a fadiga, ostracismo pela família e mau ajustamento ao tratamento médico. Assim, os profissionais de saúde, deverão adequar o suporte social, reencaminhar para cuidados médicos adequados e realizar educações para a saúde pertinentes.	Quantitativo
Giske & Artinian (2007) Noruega	15 pessoas com idades entre os 35 e 84 anos, internadas no Serviço de Gastroenterologia e com diagnóstico médico indeterminado.	Realizadas entrevistas em profundidade, com recurso a gravação áudio, acerca do balanceamento entre a esperança e o desespero, em pessoas que aguardam definição do diagnóstico médico.	Durante o processo de espera pelo diagnóstico, os doentes adoptam diferentes maneiras de agir, para manter a esperança e evitar o desespero, sendo estas o controlo da dor emocional; espera racional; negação total da situação; e aceitação realista do seu estado. É necessário que o enfermeiro esteja desperto para as diferentes estratégias adoptadas, para adequar a sua intervenção, reforçando a confiança e esperança destes doentes.	Grounded Theory
Juvakka & Kylmä (2009) Finlândia	6 adolescentes com idades entre os 16 e 21 anos, com diagnóstico médico de cancro.	Realizadas seis entrevistas abertas a cada participante, com áudio gravação, onde foram abordadas a fase em que ficou doente; a sua vida com cancro; o que a esperança significava para si; que tipo de factores aumentavam a sua esperança; que tipo de factores a diminuíam e quais eram os pensamentos relativos ao seu futuro. Na análise dos dados foi aplicado o método indutivo de Ricoeur.	Caracterizou-se esperança como intencional (planos de futuro) e experienciada (ajuda a enfrentar o tratamento), sendo incrementada pelos recursos pessoais (ex. humor); recursos envolventes (ex. informações positivas) e rede social (ex. "espaço" para a expressão de sentimentos). Os factores que a diminuem são: sentimentos negativos (ex. medo), conhecimento (ex. informações sobre a doença) e o próprio corpo (ex. efeitos secundários do tratamento). Assim, e porque a esperança é um recurso interno que deve ser fomentado, esta deve ser envolvida no cuidado de enfermagem.	Fenomenológico Hermenêutico

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta (2001) Finlândia	10 pessoas, com idades entre os 33 e os 35 anos e portadoras de VIH/SIDA.	Realizadas entrevistas para descrever as dinâmicas de esperança em pessoas que vivem com VIH/SIDA.	As dinâmicas de esperança descobertas apresentam uma nova conceptualização, onde esperança, desespero e desesperança se relacionam e onde desespero não é sinónimo de desesperança.	Grounded Theory
Leydon et al. (2000) Inglaterra	17 pessoas com cancro, diagnosticado 6 meses antes do estudo e com idades entre os 28 e os 79 anos.	Recolhidos dados socio-demográficos destas pessoas e realizadas entrevistas em profundidade, de modo a compreender porque é que estas, por vezes, não querem informação acerca da sua situação.	Apesar do desejo de obter informação, diferir de pessoa para pessoa, todas detinham informação sobre diagnóstico, tratamento e efeitos secundários. Na necessidade de demanda de informação, foram verificados três elementos-chave — fé, esperança e caridade —, podendo a esperança, em alguns casos, relacionar-se com o medo da morte.	Qualitativo
Lohne & Severinsson (2004) Noruega	10 pessoas, entre os 22 e os 76 anos de idade, com o diagnóstico médico de lesão vertebro-medular.	Realizadas entrevistas no sentido de explorar as experiências de esperança, nas pessoas, nos primeiros quatro meses após terem sofrido a lesão. As etapas do método fenomenológico de Ricoeur suportaram a análise de dados.	As pessoas tinham esperança na recuperação e cada progresso estimulava-as, ainda mais. O processo de esperança era orientado para o futuro e caracterizado por várias dicotomias, tais como coragem e incerteza ou desespero e felicidade. Assim, o enfermeiro, necessita de competências para fomentar a esperança e habilitar estas pessoas a olhar para lá da situação que vivem.	Fenomenológico - Hermenêutico
Lohne & Severinsson (2005) Noruega	10 pessoas, entre os 22 e os 76 anos de idade, com o diagnóstico médico de lesão vertebro-medular	Realizadas entrevistas ao longo de um ano, para explorar as experiências de esperança, nas pessoas, após terem sofrido a lesão. Os dados foram analisados através das etapas do método fenomenológico, definidas por Ricoeur.	A experiência do sofrimento cria esperança e ansiedade, sendo a esperança encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Devem, pois, os enfermeiros escutar o sofrimento e a ansiedade individual e proporcionar conforto, através do incentivo de possíveis caminhos de esperança.	Fenomenológico Hermenêutico
Lohne & Severinsson (2006) Noruega	10 pessoas, entre os 23 e os 77 anos de idade, com o diagnóstico médico de lesão ao nível da espinal-medula.	Realizadas entrevistas no sentido de explorar as experiências de esperança nos participantes, um ano após terem sofrido a lesão. Os dados foram analisados através das etapas do método fenomenológico definidas por Ricoeur.	As experiências de esperança foram importantes para todos os participantes, proporcionando energia e poder para o processo de recuperação. As intervenções de enfermagem devem ser dirigidas para as estratégias emocionais e motivacionais, de forma a promover o poder da vontade e o crescimento pessoal.	Fenomenológico Hermenêutico
Mattioli, Repinski & Chappy (2008) EUA	14 pessoas, entre os 51 e os 79 anos de idade, com doença oncológica e que se encontravam em tratamento ambulatorio.	Realizadas entrevistas semi-estruturadas para explorar e descrever o significado da esperança e do apoio social em doentes que realizam quimioterapia.	A esperança ajuda globalmente a saúde e o bem-estar. O apoio da família, amigos e prestadores de cuidados de saúde é importante para os participantes, durante o processo de doença e tratamento.	Qualitativo
Pipe et al. (2008) EUA	48 pessoas, em recuperação de uma alteração de saúde grave não especificada, com uma média de idades de 69,9 anos.	Realizados três questionários (24 horas após o internamento, 24 horas após a primeiro questionário e 6 semanas após a data da alta clínica), para avaliar a esperança, o bem-estar espiritual, a qualidade de vida e a capacidade de desempenhar as actividades de vida diárias. Realizadas questões de resposta aberta e aplicadas as escalas: versão reduzida da Orientation to Life Questionnaire, Herth Hope Index, Activities of Daily Living Subscale of the Memory and Behavior Problems Checklist – 1989 R e a versão 4 da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACT)-Sp e da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACT-G).	A esperança, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida estão correlacionados positiva e significativamente. Os cuidados de enfermagem influenciam a qualidade de vida, o tempo de internamento e a capacidade destes doentes para desempenhar actividades. Ressalta a importância da escuta, presença e encorajamento.	Quantitativo

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Reb (2007) USA	20 mulheres, de idades entre os 42 e 73 anos, com diagnóstico médico de cancro do ovário, que concluíram a fase inicial da quimioterapia e não tiveram recidiva.	Para descrever a experiência de esperança, das mulheres com cancro do ovário, em fase avançada, recolheram-se dados pessoais e realizaram-se entrevistas abertas.	A experiência de doença está frequentemente associada à perda de controlo, pelo que o enfoque em objectivos realistas e tentativa de encontrar sentido na experiência actual, são as principais dimensões que providenciam o controlo e apoio que potencia a esperança.	Grounded Theory
Reynolds (2008) EUA	12 pessoas, entre os 20 e os 59 anos de idade, com diagnóstico médico de cancro e fim de vida.	Para descrever a esperança experienciada pelos jovens e adultos com cancro e em fim de vida, foram recolhidos os dados sócio-demográficos e realizadas três entrevistas semi-estruturadas, uma vez por mês, durante três meses consecutivos, com recurso a gravação áudio. Aplicaram-se, também, a Escala Visual Analógica (VAS) da Esperança e da Dor.	O nível de esperança avaliado pela VAS é harmónico com as respostas verbais. A melhoria dos sintomas, bom suporte social, crenças espirituais e características pessoais, são as categorias que influenciam positivamente a esperança. O enfermeiro deve planear estratégias eficazes visando a esperança individual do doente.	Qualitativo
Rustøen, Howie, Eidsmo & Moum (2005) Noruega	93 pessoas internadas com doença cardíaca, entre os 48 e os 93 anos de idade, e 441 pessoas sem doença cardíaca, entre os 48 e os 81 anos de idade.	Aplicado um questionário a todos os participantes, para comparar a experiência de esperança entre doentes internados com patologia cardíaca e a população em geral. Avaliou-se, ainda, a satisfação de vida e expectativas futuras nos doentes internados.	Os níveis de esperança são mais elevados em doentes com patologia cardíaca do que na amostra da população em geral. A esperança é influenciada por três variáveis: a satisfação de vida, a auto-avaliação da saúde e a co-morbilidade, sendo que as duas primeiras a aumentam e a última a diminui. Os profissionais de saúde deverão realizar intervenções, direccionadas para o reconhecimento do significado de esperança e aumentá-la no cuidado com as pessoas.	Quantitativo
Utne et al. (2008) Noruega	225 pessoas com mais de 18 anos de idade e com diagnóstico médico de cancro.	Para verificar a relação entre esperança e dor, nas pessoas com doença oncológica, foi aplicado questionário baseado nas escalas Karnofsky Performance Status (KPS), 30-item European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) e nas versões norueguesas do Brief Pain Inventory (BPI) e da Herth Hope Index.	As pessoas com doença oncológica, experienciando dor, revelaram ter maior nível de esperança, quando comparadas com a população em geral. Não existe, contudo, relação entre a esperança e a intensidade da dor. Os dados revelaram, ainda, que existe uma pequena, mas significativa, correlação entre esperança e factores psicossociais.	Quantitativo
Vitale & Genge (2007) Canadá	13 pessoas, com idades entre os 35 e os 73 anos e diagnóstico médico de esclerose amiotrófica lateral.	Realizadas entrevistas semi-estruturadas para que estas pessoas expressassem as experiências pessoais de esperança, no contexto da doença. No final de cada entrevista foram, ainda, aplicadas a versão inglesa e francesa da escala Herth Hope Index.	Apesar dos níveis de esperança obtidos serem, em geral, elevados, o seu conceito não foi claramente definido pelos participantes. Os dados revelaram que existem formas de aumentar a esperança (manter relacionamentos, manter boas atitudes, etc.) e de a diminuir (medo e agravamento da situação clínica). Assim, devem incluir-se, no cuidado de enfermagem, momentos para explorar abordagens que promovam a esperança e debater óbices que a impeçam.	Fenomenológico

Considerações finais

A esperança, tal como foi consolidado ao longo desta revisão sistemática da literatura, tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo um dos aspectos centrais no cuidado de enfermagem, ao contribuir para a capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para manutenção da

qualidade de vida, para a determinação de objectivos saudáveis e para a promoção da saúde. A esperança pode, ainda, ser encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Como tal, torna-se imprescindível que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, no progresso do estado de saúde da pessoa com quem cuidam, uma vez que se encontram, inevitavelmente,

numa posição que a pode influenciar positiva ou negativamente.

A esperança surge, de modo inegável, como um conceito central em enfermagem e como uma componente fundamental do agir profissional dos enfermeiros.

Sugere-se, portanto, um maior investimento na investigação com o intuito de aclarar o significado da esperança, o seu papel na saúde da pessoa e, conseqüente, a sua aplicação no cuidado de enfermagem. As possíveis repercussões das acções de enfermagem, na esperança da pessoa e na sua capacidade de a ter/manter deverão, também, ser passíveis de investigação.

Referências bibliográficas

- BENZEIN, E.; NORBERG, A.; SAVEMAN, B. I. (2001) - The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*. Vol. 15, nº 2, p. 117-126.
- BENZEIN, E.; BERG, A. (2005) - The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*. Vol. 19, nº 3, p. 234-240.
- BUCKLEY, J.; HERTH, K. (2004) - Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*. Vol. 19, nº 10, p. 33-41.
- COHEN, M.; LEY, C. (2000) - Bone marrow transplantation: the battle for hope in the face of fear. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 27, nº 3, p. 473-480.
- CURTIS, J. [et al.] (2002) - The concept of hope in nursing I: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. Vol. 11, nº 12, p. 832-840.
- CUTCLIFFE, J.; MCKENNE, H. (2005) - *The essential concepts of nursing*. London : Elsevier.
- DAVISON, S.; SIMPSON, C. (2006) - Hope and advanced care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *British Medical Journal*. Vol. 333, nº 7574, p. 886-889.
- DICKERSON, S. S. [et al.] (2006) - Seeking and managing hope: patients' experiences using the internet for cancer care. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 33, nº 1, p. 8-17.
- EBRIGHT, P.; LYON, B. (2002) - Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 29, nº 3, p. 561-568.
- GIBSON, P. (1999) - Hope in multiple chemical sensitivity: social support and attitude towards healthcare delivery as predictors of hope. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 8, nº 3, p. 275-283.
- GISKE, T.; ARTINIAN, B. (2007) - Patterns of 'balancing between hope and despair' in the diagnostic phase: a grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 62, nº 1, p. 22-31.
- HERTH, K. (1992) - Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 17, nº 10, p. 1251-1259.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.
- JUVAKKA, T.; KYLMÄ, J. (2009) - Hope in adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. Vol. 13, nº 3, p. 193-199.
- KEROUAC, S. [et al.] (1994) - *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Québec : Éditions Maloine.
- KYLMÄ, J.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; LÄHDEVIRTA, J. (2001) - Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33, nº 6, p. 49-54.
- LAZURE, H. (1997) - O processo da transplantação de órgãos: quando os cuidados de enfermagem enxertam a esperança. *Servir*. Vol. 45, nº 1, p. 37-42.
- LEYDON, G. [et al.] (2004) - Hope during the first months after acute spinal cord injury. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 47, nº 3, p. 279-286.
- LOHNE, V.; SEVERINSSON, E. (2005) - Patients' experiences of hope and suffering during the first year following acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 14, nº 3, p. 285-293.
- LOHNE, V.; SEVERINSSON, E. (2006) - The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15, nº 3, p. 315-323.
- MATTIOLI, J.; REPINSKI, R.; CHAPPY, S. (2008) - The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, nº 5, p. 822-829.
- MCMAHON, R.; PEARSON, A. (1998) - *Nursing as therapy*. 2ª ed. Cheltenham : Nelson Thornes.
- MILLER, J. (2007) - Hope: a construct central to nursing. *Nursing Forum*. Vol. 42, nº 1, p. 12-19.
- MOORE, S. (2005) - Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 12, nº 1, p. 100-105.
- PARSE, R. (1999) - *Hope: an international human becoming perspective*. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers.
- PIPE, T. [et al.] (2008) - Prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *Medsurg Nursing*. Vol. 17, nº 4, p. 248-257.
- PIRES, A. (2006) - *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. Loures : Lusociência.
- POLLETTI, R. (1980) - O conceito de esperança nos cuidados de enfermagem. *Servir*. Vol. 29, nº 3, p. 124-128.
- REB, A. (2007) - Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 34, nº 6, p. 70-81.
- REYNOLDS, M. (2008) - Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. *Palliative and Supportive Care*. Vol. 6, nº 3, p. 259-264.

RUSTØEN, T. [et al.] (2005) - Hope in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*. Vol. 14, nº 5, p. 417-425.

UNIVERSITY OF YORK. Centre for Reviews and Dissemination (2009) - **Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. University of York : Centre for Reviews and Dissemination.

UTNE, I. [et al.] (2008) - The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. *Palliative and Supportive Care*. Vol. 6, nº 4, p. 327-334.

VITALE, A. ; GENGE, A. (2007) - Codman award 2006: the experience of hope in ALS patients. *Axon*. Vol. 28, nº 2, p. 27-35.

