ISSN-E 2322-7028 / ISSN-L 1794-9831
Vol. 21 Nº 2 / may - ago 2024 / Cúcuta, Colombia.
https://doi.org/10.22463/17949831.4327

Reflexão

Esperança no cuidado de pacientes com câncer avançado

Esperanza en el cuidado de pacientes con cáncer avanzado

Hope in the care of patients with advanced cáncer

*Leonel dos Santos-Silva[1]**
Tangriane Hainiski-Ramos[2]
Luciana Puchalski-Kalinke[3]

Resumo

A esperança é um constructo multidimensional, orientado por atributos motivacionais e cognitivos do indivíduo, trata-se uma dimensão intrínseca no cuidado de pacientes com câncer nos diferentes ambientes de prática clínica. Esta análise tem como objetivo refletir sobre o constructo da esperança no paciente com câncer avançado, apoiado nas etapas do ciclo de reflexão da experiência (descrição; sentimentos; avaliação; análise; plano de ação e conclusões). Nos diferentes contextos de cuidados, somos confrontados com pacientes que desconhecem o estágio de câncer avançado e os objetivos do tratamento. Tal situação resulta em múltiplos vieses, esperança exacerbada ou de cura não realista e potencializa o sofrimento psicoemocional. A comunicação compreensível promove a sobrevida com qualidade, autotranscendência e a morte pacífica. Para (não) concluir, a compreensão da experiência humana da pessoa com câncer e a comunicação qualitativa devem ser a base para nortear o plano de cuidados na promoção da esperança para além da doença avançada, visto que a esperança é algo positivo e essencial para a salutogênese.

Palavras-chave: Câncer; Cuidados Paliativos; Esperança; Comunicação em Saúde.

Abstract

La esperanza es un constructo multidimensional, guiado por los atributos motivacionales y cognitivos del individuo; es una dimensión intrínseca en la atención del paciente con cáncer en diferentes ambientes de práctica clínica. Este análisis tiene como objetivo reflexionar sobre el constructo de la esperanza en pacientes con cáncer avanzado, respaldado por las etapas del ciclo de reflexión de la experiencia (descripción, sentimientos, evaluación, análisis, el plan de acción y conclusiones). En diversos contextos de cuidados, nos encontramos con pacientes que desconocen la etapa avanzada del cáncer y los objetivos del tratamiento. Esta situación resulta en múltiples sesgos, como una esperanza exacerbada o una cura poco realista, y potencia el sufrimiento psicoemocional. La comunicación comprensible promueve la supervivencia con calidad, la autotrancendencia y una muerte pacífica. Para (no) concluye, la comprensión de la experiencia humana de la persona con cáncer y la comunicación cualitativa deben ser la base para orientar el plan de cuidados en la promoción de la esperanza más allá de la enfermedad avanzada, ya que la esperanza es algo positivo y esencial para la salutogénesis.

Palabras clave: Neoplasias; Cuidados Paliativos; Esperanza; Comunicación en Salud

Autor de correspondencia*

[1]* Enfermeiro e Doutorando em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. Correo: leoneldss@gmail.com 0000-0002-8359-5622

[2] Professora do Instituto Federal de Educação do Paraná e Pós-Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. Correo: tangriane.ramos@ifpr.edu.br 0000-0002-6641-9715

[3] Professora e Pesquisadora. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. Correo: lucianakalinke@yahoo.com.br 0000-0003-4868-8193

Recibido: 14 enero 2024
Aprobado: 8 marzo 2024

Para citar este artículo

Santos-Silva L, Hainiski-Ramos T, Puchalski-Kalinke L. Esperança no cuidado de pacientes com câncer avançado. Rev. cienc. cuidad. 2024; 21(2):122-129. https://doi.org/10.22463/17949831.4327

© Universidad Francisco de Paula Santander. Est e es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND

IN PRESS

Revista
CienciaCuidado
Scientific Journal of Nursing

Abstract

Hope is a multidimensional construct, guided by the individual's motivational and cognitive attributes; it is an intrinsic dimension in the care of cancer patients in different clinical practice environments. This analysis aims to reflect on the construct of hope in patients with advanced cancer, supported by the stages of the experience reflection cycle (description; feelings; evaluation; analysis; action plan and conclusions). In different care contexts, we are faced with patients who are unaware of the stage of advanced cancer and the goals of treatment. This situation results in multiple biases, exacerbated hope or unrealistic cure and increases psycho-emotional suffering. Comprehensible communication promotes quality survival, self-transcendence and peaceful death. To (not) conclude, understanding the human experience of people with cancer and qualitative communication must be the basis to guide the care plan in promoting hope beyond the advanced disease, since hope is something positive and essential for salutogenesis.

Keywords: Keywords: Neoplasms; Palliative Care; Hope; Health Communication.

IN PRESS

Introdução

No transcurso dos séculos, o constructo multifacetado da esperança é fenômeno de interesse das diferentes culturas, disciplinas e pesquisadores, sem consenso conceitual. Neste universo do conhecimento multidimensional da esperança, nos limitamos na interface relacionada à saúde como um componente inerente crítico da prática assistencial, que é permeada pelas relações de pacientes e enfermeiros e voltada para um futuro realista de autotranscendência, elemento crucial para o bem-estar e salutogênese (1).

Historicamente, alguns pensadores consideram a esperança como um fenômeno ambíguo: denota um desejo e envolve uma probabilidade, embora alguns filósofos a conceituem como: uma expectativa, resiliência e um desejo (2). Para Friedrich Nietzsche, "a esperança é o pior dos males, pois prolonga o tormento do homem" e poderia impedir as pessoas de enfrentarem os desafios e suas realidades existenciais (2-3). Apesar das divergências, esta reflexão é postulada nas correntes do pensamento dos modelos teóricos de esperança desenvolvidos na Enfermagem.

Dentre os diferentes modelos de esperança amplamente pesquisados em saúde que se relacionam ao câncer, o constructo desenvolvido pela enfermeira Kaye Herth é ancorado na teoria multidimensional de Dufault e Martocchio e suas dimensões (afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual) é orientada para o processo e não limitada por conceitos lineares ou traços (4). Para Herth, a esperança é "um atributo motivacional e cognitivo que é teoricamente necessário para iniciar e manter a ação em direção ao alcance da meta" (4). Já na teoria de Joyce Travelbee, a esperança é um estado mental para alcance de um objetivo futuro e está ligada à perseverança (5).

Na área da psicologia, Richard Snyder destaca que a esperança resulta da adaptação cognitiva para uma realidade, com implicações afetivas e comportamentais, compreende três componentes inter-relacionados (metas, caminhos e agência), ela é vista como um traço, espera-se que ela seja mantida no transcurso temporal e adversidades (6). Apesar desses conceitos expressarem questões inerentes ao percurso do paciente com câncer, percebemos que ainda são pouco abordados pelos profissionais na prática clínica.

Em todo o mundo, milhões de pacientes recebem diagnósticos de câncer em diferentes estágios e seus respectivos tratamentos, curativo ou paliativo. Tais eventos resultam em crises existenciais e estas são respondidas pela esperança, sejam elas realistas ou não (7). Na recorrência de insucessos terapêuticos e a progressão do câncer avançado, a esperança é o mecanismo de enfrentamento que mantém a existência suportável, o sentido da vida, a resiliência e minimamente a qualidade de vida (7). Os profissionais de saúde devem explorar e buscar compreender o significado, as barreiras

e fortalezas que promovem a esperança para cada indivíduo, os quais podem ter relação com o planejamento de cuidados (8).

Uma análise temática destaca que a esperança é uma fonte de energia sempre presente que dá forças ao indivíduo, seja para o ser, o fazer ou para os outros (8). Diferentes revisões sistemáticas apontam que a esperança está presente de forma positiva em indivíduos do sexo masculino, casados, com idade superior a 65 anos e maior escolaridade (7). Além disso, a esperança está positivamente associada a fatores intrínsecos (saúde percebida, qualidade de vida e apoio social) (9,10). Porém, parece não ter relação com variáveis clínicas, entretanto, essa relação é negativa quando ocorre o descontrole sintomático, principalmente dispneia, tosse, dor e fadiga (7). No que tange às questões biopsicossociais, ela surge de forma positiva quando há suporte social, coragem, autoeficácia, resiliência e menor sofrimento psicológico e, ainda, negativamente associada à presença de depressão e ansiedade (7,10). Para os fatores internos, a esperança é positiva quando há espiritualidade, bem-estar existencial e religioso, embora indefinida quanto à filiação (7).

Diante do exposto, o objetivo desta análise é refletir sobre o desafiador constructo da esperança no paciente com câncer avançado. Aprofundar-se na análise reflexiva justifica-se pelas evidências incipientes que associam a esperança diretamente à saúde física (dor, capacidade funcional e fadiga) e pode auxiliar no enfrentamento, nas emoções positivas e apoio social (11), assim como estudos de revisão sistemática associam a esperança às condições psicológicas em pacientes com câncer (depressão, enfrentamento e crescimento pós-traumático) e sugerem maior sobrevivência nos pacientes com níveis elevados de esperança (10,12). É por esta razão que refletir sobre o papel da esperança no câncer avançado é relevante, pois poderá estimular enfermeiros a analisarem metodicamente o constructo, sua avaliação, planejamento e prestação de cuidados que atendam às necessidades das diferentes dimensões humanas.

Enfermeiros e estudantes devem promover o fortalecimento do conhecimento teórico e clínico, apoiado em reflexões da prática cotidiana de suas ações, experiências, saberes, sentimentos e crenças (13). Segundo Graham Gibbs (13), estruturar a reflexão de forma sistemática, lógica e cíclica, possibilita uma melhor compreensão das experiências advindas da prática clínica. O ciclo reflexivo de Gibbs consiste em seis etapas distintas: descrição (narrar uma situação vivenciada com enfoque nos aspectos mais relevantes); sentimentos (explorar os sentimentos, a resposta emocional e o impacto da experiência do profissional em circunstâncias desafiadoras); avaliação (compreender as diferentes perspectivas, sejam elas positivas ou negativas); análise (extrair o significado e sentido da experiência, um referencial teórico pode auxiliar nesta etapa); plano de ação (pensar no planejamento de ações ou refletir sobre o agir diferente com experiências semelhantes no futuro) e conclusões (sintetizar a experiência e pensar em abordagens alternativas, com enfoque nas ações para melhor o resultado no futuro) (13).

Descrição

Na prática clínica, somos frequentemente confrontados por pacientes que desconhecem seu estágio da doença e/ou os objetivos do tratamento oncológico. Particularmente indivíduos com câncer avançado em terapêutica paliativa, "acreditam", muitas vezes, que a doença é inicial e que o tratamento será curativo. Esta foi uma constatação inquietante vivenciada há tempos na prática assistencial e potencialmente instigada durante o recrutamento de participantes para uma pesquisa de doutorado, com objetivo de avaliar o efeito da terapia floral de Bach na esperança de pacientes com câncer avançado (14). Os resultados parciais indicam que uma quantidade significativa de pacientes expressava dúvidas ou desconhecimento em relação à situação atual do seu diagnóstico (47%) e terapêutica (71%). Apesar dessa realidade ser vivenciada em um hospital público e universitário de alta complexidade localizado na região Sul do Brasil, pesquisas explicam que o fenômeno pode ser justificado pelo desconhecimento ou evitação existencial (15,16). No entanto, necessitam de contínua reflexão na prática clínica e na pesquisa com objetivo de subsidiar esperanças realistas nesta população e minimizar a prevalência de diferentes sofrimentos psicoemocionais.

Sentimentos

À medida que se percebia o desconhecimento do prognóstico e tratamento, emergia um sentimento de angústia nos pesquisadores por pensarmos que diversos pacientes podem vivenciar esperanças não realistas por transitarem na ignorância. É questionável se tal

IN PRESS

situação pode resultar em esperança de cura e consequentemente mascarar algum sofrimento psicológico, os quais poderiam resultar em frustração pela não ocorrência do esperado, sujeição a diferentes tratamentos ou maior atraso na oferta de cuidados paliativos.

Uma alternativa insolúvel, diante da esperança não realista, seria ser virtuoso e apoiar a esperança com a famosa frase: "vai ficar tudo bem" ou ser imparcial e orientar o paciente para: "esclarecer na próxima consulta médica". Às vezes, até ouvimos de alguns colegas de profissão: "o desconhecimento é um fator de proteção" ou o apenas "foi informado que a doença progrediu", pode ser uma forma de evitar o conflituoso processo de comunicação de más notícias ou a equivocada percepção do profissional de que o paciente compreendeu a informação.

Assim, a esperança exacerbada no câncer avançado pode estar associada à existência de vieses, sejam eles de otimismo, ilusão ou autoengano, fato apontado no estudo transversal com 200 pacientes com prognóstico estimado de um ano, após uma análise estatística de regressão linear, logística e um modelo de equação estrutural. Os resultados revelaram que o elevado nível de esperança foi associado a acreditar que a doença ou intenção de tratamento é curativa e com maior probabilidade de sobrevida. Essa condição de fatores pode potencializar o sofrimento psíquico e emocional ou deixar esses pacientes suscetíveis a possíveis tratamentos excessivos e arrependimentos (17).

O sofrimento e a desesperança devem ser questionados nos pacientes, os quais nem sempre são externalizados ou discutidos pelos enfermeiros. Ainda que informações precisas e claramente compreensíveis sobre o estágio do câncer e objetivo do tratamento possam inicialmente despertar desesperança, podem ser estratégias disruptivas na promoção de uma maior sobrevida, e consequentemente no sentimento de esperança, desde que desenvolvidas com adequada comunicação (18).

Por vezes, enfrentamos conflitos éticos que confrontam as competências de comunicação de cada profissional na equipe de saúde. Em muitos contextos, persiste-se replicar um estereótipo de que as informações prognósticas são competências exclusivamente do médico. Por outro lado, o sofrimento emocional do enfermeiro em desconstruir esperanças quando comunica compreensivamente o significado do estágio da doença e a intenção do tratamento, acaba se tornando um motivo para ser imparcial no processo, por mais que se espere que este profissional deva mobilizar estratégias para acolher e dar suporte diante de tais situações geradoras de desesperança nos pacientes.

Por outro lado, a carga e sofrimento emocional, das pessoas com câncer avançado, pode impactar na interação paciente-enfermeiro, tornando-a ainda mais desafiadora chegando a interferir diretamente na comunicação de ambos. Para reduzir esse impacto negativo, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades de autoconsciência, condicionar suas atitudes em relação à morte e melhorar o nível de empatia do para informar sobre cuidados práticos, compreender os sentimentos e emoções dos pacientes, a pesar dos fatores externos, o ambiente, a cultura organizacional, as rotinas institucionais e a sobrecarga de trabalho para assegurar uma comunicação adequada e eficaz (16).

Avaliação

Na ambivalência dos desdobramentos da esperança, é necessária uma profunda reflexão sobre seu impacto. De modo negativo, uma esperança de cura não realista poderá resultar em agravamento da desesperança, frustração e declínio emocional, entretanto, não se trata de promover continuamente o sofrimento psicológico no indivíduo, confrontando-o com a condição clínica desfavorável e prognóstico fora das possibilidades terapêuticas (16). Por outro lado, de modo positivo, a esperança realista promove a consciência, compreensão dos diferentes aspectos envolvidos e autonomia no que tange a tomada de decisões, diminuição da frustração e evitação existencial (16).

Permitir que esses pacientes continuem sem clareza sobre as informações prognósticas e esperanças não realistas pode resultar em diferentes conflitos entre pacientes e profissionais, além de fragilizar a relação de ambos (19). Possivelmente a resolução desta situação depende de uma complexa transformação estrutural, com uma demanda significativa de tempo, mobilização de diferentes atores e recursos.

Desta forma, a esperança pode amenizar o estresse e promover o bem-estar físico e mental dos pacientes (11). Ela pode aumentar a sobrevida, qualidade de vida,

IN PRESS

fomentar a aceitação, ressignificado, resiliência, legado, futuro positivo para família e amigos, com cuidados holísticos e morte pacífica (20). No entanto, faz-se necessário treinamento e prática no desenvolvimento de competências de comunicação entre o paciente e a equipe para fornecer informações precisas, compreensíveis e honestas, visto que a esperança no contexto do câncer avançado é complexa, relaciona a qualidade de vida e aproveitamento do tempo de vida que resta (21).

Análise

É fundamental que os profissionais empreendam esforços na compreensão da esperança, cujo conceito transita na abstração e intuição, mesmo que seja percebida de maneira única e individual, ela emerge da experiência pessoal (1,5). Na filosofia existencialista, a condição humana é forjada na dificuldade, tanto que Nietzsche acredita no sofrimento como inerente à existência humana, como fonte de crescimento e oportunidade de transcendência. Nesta vertente do existencialismo, a trajetória de incerteza e sofrimento, resulta em diferentes tipos de ansiedade e estimula no indivíduo a busca pela felicidade, tanto quanto a perspectiva de desespero pode estar associada à esperança (2).

No pressuposto teórico do relacionamento humano-a-humano da teorista Joyce Travelbee (5), o sofrimento é inerente do ser humano e cada um encontra significado na individualidade, trata-se de uma interação do paciente e enfermeiro (entendidos como seres humanos, um individual e outro especial). Na concepção da teórica, quando o profissional desenvolve um relacionamento qualitativo, ou seja, baseado na empatia, compreensão, aceitação incondicional, respeito à autonomia do paciente, na comunicação eficaz e no cuidado holístico, facilita o processo de enfrentamento da doença ou sofrimento com o suporte da esperança realista, as relações interpessoais e o comportamento de cuidado visam manter a esperança para promover a ação, perseverança e energia (1,5).

Embora a esperança tenha uma conotação positiva, no câncer avançado ela também está ligada ao sofrimento e paradoxalmente pode ser antecedida por eventos negativos, dentre eles: incerteza, fadiga, desesperança, depressão, sofrimento existencial, pedido de morte precoce, manter-se ocupado e mudança de foco; que cursam simultaneamente com eventos satisfatórios, como: expectativa de resultado positivo, processo orientado para o presente e futuro, resiliência, persistência, dentre outros. Tais eventos, derivam da experiência humana, e são compreendidos somente quando as vivências de esperança são partilhadas por cada pessoa (20).

Se o filósofo existencialista Nietzsche nos permitir uma adaptação do seu pensamento: "Aquele que tem um porquê para viver pode suportar quase qualquer como", a qual foi diversas vezes apropriada pelo psiquiatra existencialista Viktor Frankl para parcialmente explicar sua sobrevivência durante o Holocausto, poderia representar a relação da esperança no câncer avançado, "Quem sabe o que esperar, pode suportar quase qualquer como" (3).

Plano de Ação

Globalmente seremos confrontados nos diferentes níveis de atenção com a multifacetada e ambivalente esperança dos pacientes com câncer, principalmente nos países em desenvolvimento devido ao diagnóstico em estágio avançado (22), fato que exige intervenções sensíveis, complexas, baseadas em evidências e futuras investigações. Tal processo deve emergir de profundas transformações na formação dos profissionais, diferentes sistemas e provedores de saúde, além da intensa dedicação e conscientização dos enfermeiros no cuidado da esperança desses pacientes.

Entre as formas que a esperança pode ser facilitada, destaca-se a comunicação, a interação de um indivíduo humano com outro e pela capacidade de autotranscendência individual, que permite atribuir significado na experiência (1,5). De maneira predominante, as intervenções para fortalecer a esperança se concentram na comunicação (diálogo sincero, afetivo e compreensível) e na interação profissional-paciente, assim como, implementar estratégias de apoio psicossocial, recursos de mídia para reflexão sobre a teoria da esperança, avaliação das múltiplas necessidades sintomáticas, psicoemocionais e religiosas/espirituais (1). Diante de uma situação imutável, a esperança pode ser mantida com estratégias que direcionem os indivíduos para a revisão, significado, propósito e sentido de vida, para autotranscendência da experiência do sofrimento (1).

IN PRESS

E a comunicação clara e honesta deve ser a base para nortear o plano de cuidados, o qual deve considerar a participação dos pacientes e familiares na promoção da esperança para olhar além do câncer avançado. Este fato foi destacado por um estudo de análise temática desenvolvido em Portugal, que identificou algumas barreiras como as limitações impostas pela doença, angústia, vulnerabilidade e a comunicação frágil com os profissionais, e facilitadores, como o apoio sociofamiliar, conexão com a natureza, fé na religião e ciência, pensamento positivo, senso de humor, compaixão e altruísmo na percepção de esperança (19).

Como consequências da promoção de esperança realista, orientada para o presente e o futuro, o paciente com câncer avançado pode encontrar o sentido da vida e a superação do sofrimento vivenciado, com expectativa de resultado para alcance de: qualidade de vida, sobrevivência, aceitação, estratégia de enfrentamento, força interior, aceitação prognóstica, otimismo, gratidão, segurança, harmonia, resiliência, persistência e transcendência (20). Ademais, especialmente nos países em desenvolvimento, enfrentamos limitações na oferta ou encaminhamento em tempo hábil de pacientes com câncer avançado para cuidados paliativos. Isso poderia ser amenizado com a oferta de cuidados primários por enfermeiros oncológicos previamente treinados para um planejamento antecipado de cuidados, com intervenções pautadas na comunicação para revisão de vida e diretiva antecipada, por exemplo (23).

Em geral, enfermeiros que atuam em oncologia já desenvolvem uma melhor relação com os pacientes, logo não se trata de "tirar a esperança" do paciente na doença avançada, visto que um estudo clínico já evidenciou significativamente que a intervenção do planejamento antecipado de cuidados não diminui a esperança após seu engajamento, pelo contrário, a mantém elevada e evita postergar um diálogo premente (24).

Conclusão

A presente análise reflexiva permite aprofundar-se na complexidade da esperança no contexto dos cuidados de pacientes com câncer avançado, trata-se uma das dimensões imbricadas nos indivíduos, as quais não deveriam ser assistidas disjuntivamente.

No diagnóstico de câncer, os pacientes aderem a tratamentos agressivos com a esperança de permanecerem vivos; na doença avançada, a quantidade de vida é ameaçada e a esperança de qualidade de vida é dependente do controle sintomático. É notável que a trajetória do paciente é permeada por incertezas e sofrimento, fato que requer a esperança para manter a dignidade, perpassar pelas adversidades estressoras e melhorar sua qualidade de vida e morte.

No planejamento de cuidados, é relevante que os enfermeiros promovam uma reflexão-ação, no intuito de compreender a multidimensionalidade do constructo, dilucidar as reais esperanças compartilhadas individualmente por cada paciente, avaliar e implementar intervenções para promoção da esperança, já que ela é algo positivo, com foco no futuro e sofre impacto dos desafios relacionados à saúde. Independente das intervenções propostas para manter a esperança, elas estão ancoradas pelos relacionamentos e conexões humanas, associadas a uma comunicação qualitativa, a qual é uma obrigação deontológica e ética dos profissionais.

Compreendemos que esperança não se reduz à possibilidade de cura, mas resulta da multidimensionalidade das necessidades e sentidos da existência humana. Ela fomenta um constante pensar e agir dos profissionais de saúde, que transpõe o paradigma reducionista e visa o cuidado transpessoal.

Podemos fazer uma analogia com Florence Nightingale, além de prestar cuidados, quando caminhava com sua lâmpada na escuridão, ela estava engajada em promover a esperança, um recurso terapêutico que pode trazer luz à obscuridade. E a nossa esperança é que os profissionais e prestadores estejam engajados em cuidar dos pacientes com câncer avançado para que eles consigam suportar, sobreviver e transcender a existência.

Analisar as diferentes visões do constructo de esperança das distintas áreas do conhecimento se constitui em limitação desta reflexão, ante a diversidade de referenciais teóricos e fontes bibliográficas. São recomendáveis avanços na compreensão teórico-práticos da complexidade e subjetividade da esperança no processo de cuidar, especialmente com o delineamento de estudos de intervenção e métodos mistos.

IN PRESS

Referências bibliográficas

1. Haugan G, Eriksson M, editors. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research [Internet]. Springer International Publishing; 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2
2. van den Heuvel SC, editor. Historical and Multidisciplinary Perspectives on Hope [Internet]. Springer International Publishing; 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9
3. Feldman D, Balaraman M, Anderson C. Hope and Meaning-in-Life: Points of Contact Between Hope Theory and Existentialism. In: Gallagher MW, Lopez SJ, editors. The Oxford Handbook of Hope [Internet]. Oxford Handbooks Online. Oxford University Press; 2017. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.21
4. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. Sch Inq Nurs Pract. 1991;5(1):39–51; discussion 53. [consultado 09 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/21093072_Development_and_refinement_of_an_instrument_of_hope
5. Parola V, Coelho A, Fernandes O, Apóstolo J. Travelbee's theory: Human-to-human relationship model-its suitability for palliative nursing care. Rev Enferm Ref. 2020;5(2):1–7. https://doi.org/10.12707/RV20010
6. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991 Apr;60(4):570–85. https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.4.570
7. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. J Adv Nurs. 2020;76(7):1520–37. https://doi.org/10.1111/jan.14344
8. Beng TS, Xin CA, Ying YK, Khuen LP, Yee A, Zainuddin SI, et al. Hope in Palliative Care: A Thematic Analysis. J Palliat Care. 2022;37(2):177–82. https://doi.org/10.1177/0825859720948976
9. Salimi H, Zadeh Fakhar HB, Hadizadeh M, Akbari M, Izadi N, MohamadiRad R, et al. Hope therapy in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2022;(0123456789). https://doi.org/10.1007/s00520-022-06831-y
10. Kitashita M, Suzuki K. Hope and its associated factors in cancer patients undergoing drug therapy: a systematic review. Support Care Cancer. 2023;31(10):1–15. https://doi.org/10.1007/s00520-023-08046-1
11. 11. Rasmussen HN, England E, Cole BP. Hope and physical health. Curr Opin Psychol. 2023;49:101549. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101549
12. 12. Feldman DB, Corn BW. Hope and cancer. Curr Opin Psychol. 2023;49:101506. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101506
13. 13. Ingham-Broomfield B. A nurses' guide to using models of reflection. Aust J Adv Nurs. 2021;38(4):62–7. https://doi.org/10.37464/2020.384.395
14. 14. Silva LS, Sousa AFD, Carvalho DHF, Kalinke LP. Non-pharmacological therapies for cancer patients in Portugal and Brazil: an experience report. Rev esc enferm USP. 2023;57:e20230091. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0091en
15. 15. Ozdemir S, Ng S, Wong WHM, Teo I, Malhotra C, Mathews JJ, et al. Advanced Cancer Patients' Prognostic Awareness and Its Association With Anxiety, Depression and Spiritual Well-Being: A Multi-Country Study in Asia. Clin Oncol. 2022;34(6):368–75. https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.11.041
16. 16. Davis S, Serfaty M, Low J, Armstrong M, Kupeli N, Lanceley A. Experiential Avoidance in Advanced Cancer: a Mixed-Methods Systematic Review. Int J Behav Med. 2022;(0123456789). https://doi.

IN PRESS

org/10.1007/s12529-022-10131-4

17. 17. Finkelstein EA, Baid D, Cheung YB, Schweitzer ME, Malhotra C, Volpp K, et al. Hope, bias and survival expectations of advanced cancer patients: A cross-sectional study. Psychooncology. 2021;30(5):780–8. https://doi.org/10.1002/pon.5675

18. 18. He C, Zhu WX, Tang Y, Bai Y, Luo Z, Xu J, et al. Knowledge of a cancer diagnosis is a protective factor for the survival of patients with breast cancer: a retrospective cohort study. BMC Cancer. 2021;21(1):1–12. https://doi.org/10.1186/s12885-021-08512-1

19. 19. Laranjeira C, Dixe MA, Semeão I, Rijo S, Faria C, Querido A. "Keeping the Light On": A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3). https://doi.org/10.3390/ijerph19031561

20. 20. Guedes A, Carvalho M, Laranjeira C, Querido A, Charepe Z. Hope in palliative care nursing: Concept analysis. Int J Palliat Nurs. 2021;27(4):176–87. https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.176

21. 21. Hill DL, Boyden JY, Feudtner C. Hope in the context of life-threatening illness and the end of life. Curr Opin Psychol, 2023;49:101513. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101513

22. 22. Crosby D, Bhatia S, Brindle KM, Coussens LM, Dive C, Emberton M, et al. Early detection of cancer. Science [online]; v. 375, n. 6586, eaay9040, 2022. https://doi.org/10.1126/science.aay9040

23. 23. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, White D, Chu E, Rosenzweig M, et al. Primary Palliative Care Improves Uptake of Advance Care Planning Among Patients With Advanced Cancers. J Natl Compr Canc Netw. 2023;21(4):383–90. https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.7002

24. 24. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, Bulls HW, White DB, Chu E, et al. Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? Cancer. 2022;128(6):1339–45. https://doi.org/10.1002/cncr.34034

IN PRESS