Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil

Hope and depression in patients with cancer at a hospital in Southern Brazil

Joel Tuchinski Schuster[1], Viviane Pessi Feldens[2], Betine Pinto Moehlecke Iser[3], Guilherme Mafra Ghislandi[1]

RESUMO

Introdução: A esperança apresenta, na vida humana, um papel primordial, sendo vivida de forma pessoal e única, e tem papel fundamental no enfermo oncológico. A pesquisa teve por objetivo identificar esperança e depressão em pacientes sob tratamento quimioterápico em um hospital do sul do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal com pacientes que estavam em tratamento quimioterápico, no período de setembro e outubro de 2014. Foram respondidos três questionários: a) sociodemográfico, b) Escala de Esperança de Herth e c) Inventário de Beck para Depressão. Nível de significância de 95%. **Resultado:** Foram estudados 96 pacientes. A Escala de Esperança de Herth foi menor no grupo com depressão (média = 39,8 pontos, ± 4,14), em comparação ao grupo sem depressão (média = 42,89 pontos, ± 4,41) (p = 0,0017*). Os pacientes que referiram prática de religião apresentaram uma média de escore de esperança maior (média = 42,22, ±4,71) em comparação com o grupo não praticante (média = 39,42; ±3,74) (p = 0,0025*). **Conclusão:** Encontrou-se um nível alto de esperança, com correlação negativa entre a Escala de Esperança de Herth e o Inventário de Beck para Depressão. Observou-se correlação entre o nível de instrução do paciente e com a prática religiosa de forma significativa em ambos os casos.

UNITERMOS: Depressão, Esperança, Quimioterapia, Câncer.

ABSTRACT

Introduction: *Hope plays a primary role in human life, is experienced in a personal and unique way, and plays a key role in cancer patients. This study aimed to identify hope and depression in patients under chemotherapy treatment in a hospital in south Brazil.* ***Methods:*** *Cross-sectional study with patients who were undergoing chemotherapy, between September and October 2014. Three questionnaires were answered: a) sociodemographic, b) Herth Hope Scale, and c) Beck Depression Inventory. Significance level: 95%.* ***Results:*** *We studied 96 patients. The Herth Hope Scale was lower in the group with depression (mean = 39.8 points, ± 4.14) compared to those without depression (mean = 42.89 points, ± 4.41) (p = 0.0017*). Patients who reported religious practice hope had a higher average score (mean = 42.22, ± 4.71) compared with non-practitioners (mean = 39.42; ± 3.74) (p = 0.0025*).* ***Conclusion:*** *We found a high level of hope, with negative correlation between the Herth Hope Scale and the Beck Depression Inventory. A significant correlation was found between level of education and religious practice in both cases.*

KEYWORDS: *Depression, Hope, Chemotherapy, Cancer.*

INTRODUÇÃO

A esperança apresenta, na vida humana, um papel primordial, sendo vivida de forma pessoal e única, apesar da influência do meio em que se vive (1). No decorrer do tempo, o ser humano tem uma busca contínua de força para continuar lutando contra as moléstias que possam aparecer (2). A pessoa tem a necessidade de alcançar um significado para a vida, tanto em nível do seu cotidiano, bem como em situações de crise que possam ameaçar seu bem-estar,

[1] Estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).
[2] Doutorado em Psicologia pela Universidad del Salvador – Argentina. Professora do Curso de Medicina da Unisul.
[3] Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Curso de Medicina da Unisul.

sendo considerada, a esperança, fundamental para a sobrevivência do indivíduo (3,4).

Esse sentimento pode modificar positivamente a visão do enfermo sobre sua patologia, uma vez que ela impulsiona o indivíduo a seguir sempre em frente (5), permeando a capacidade de sonhar e sua resiliência no enfrentamento do período crítico da doença (4). Altos níveis de esperança expressam a capacidade de seguir um caminho adequado para solucionar uma dificuldade e obter êxito em alguma meta (6).

Pode-se relacioná-la ao bem-estar, à qualidade de vida, à sobrevida e à providência de força para resolver problemas e enfrentamentos, como perda, tragédia, solidão e sofrimento. Já a falta de esperança o torna opaco, sem objetivos, aguardando a morte (7).

A esperança não cura, mas pode dar ânimo ao paciente para que ele continue a lutar pela sua melhora. Este sentimento influencia a percepção dos sujeitos acerca de sua qualidade de vida, assim como da saúde física, psicológica e das relações sociais, podendo modificar positivamente sua visão sobre a situação em que se encontra (8).

É a esperança na recuperação do seu estado de perfeição que leva o paciente a percorrer longas distâncias em busca do árduo tratamento para a sua doença; submeter-se a incansáveis procedimentos invasivos; a mudar seu estilo de vida, sua rotina, e a permanecer, ainda que debilitado, em tratamento (9).

Consequentemente, a esperança tem um efeito benéfico na saúde das pessoas com neoplasias, por fortalecer a capacidade delas em lidar com situações de crise, na determinação de objetivos saudáveis, manutenção da qualidade de vida e promoção da saúde (10).

O presente estudo teve por objetivo geral avaliar a associação da esperança com a depressão em pacientes que se encontrassem em tratamento quimioterápico em um hospital do sul do Brasil.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional de delineamento transversal, entre os meses de setembro e outubro de 2014. A amostra foi composta por 89 pacientes que estiveram em tratamento quimioterápico ambulatorial ou em regime de internação para algum tipo de neoplasia na Unidade de Oncologia (UNIONCO) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), situado na cidade de Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

Foram considerados critérios de inclusão: ser maiores de 18 (dezoito) anos na data da coleta dos dados; ter diagnóstico confirmado por anatomopatológico em qualquer estadiamento clínico, bem como em qualquer sítio, podendo ser primário ou metastático; estar em tratamento quimioterápico na instituição entre os meses de setembro e outubro de 2014, não ser a primeira sessão de quimioterapia e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se como critério de exclusão: paciente negar-se a qualquer momento durante a pesquisa e/ou não possuir condições físicas e/ou mentais satisfatórias para responder às perguntas. Utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (11) como ferramenta para este tipo de determinação.

Foram utilizados três questionários: o primeiro consta de um questionário desenvolvido pelos autores, onde foram levantadas todas as variáveis do estudo, sendo elas sexo, idade, cor, escolaridade (em anos completados), estado civil, religião, praticante ou não da religião (foi considerado praticante aquele que declarou ir ao menos uma vez por mês em seu local de adoração, critério esse definido pelos autores), com quem vive, renda (em valores brutos), tempo de tratamento (em meses), tipo de tratamento (ambulatorial ou internação), tipo de quimioterapia (paliativa ou curativa) e sítio do tumor.

O segundo questionário utilizado foi a Escala de Esperança de Herth. Consiste em uma escala de autorrelato de origem norte-americana (12) validada no Brasil (9), que quantifica a esperança de vida. Esta escala possui 12 itens, escritos de forma afirmativa na qual a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de concordo completamente a discordo completamente, onde 1 indica discordo completamente e 4 indica concordo completamente. Há dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6, que apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança de vida. Os itens da escala compreendem as seguintes frases: 1. Eu estou otimista quanto à vida; 2. Eu tenho planos a curto e longo prazos; 3. Eu me sinto muito sozinho(a); 4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades; 5. Eu tenho uma fé que me conforta; 6. Eu tenho medo do meu futuro; 7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos; 8. Eu me sinto muito forte; 9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor; 10. Eu sei onde eu quero ir; 11. Eu acredito no valor de cada dia; e 12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade (6).

O terceiro e último questionário aplicado foi o Inventário de Beck para Depressão (IBD) (13). Este consiste de 21 itens que variam de 0 a 3, que pode totalizar um escore de 0 a 63. Os itens referem-se à tristeza, ao pessimismo, à sensação de fracasso, culpa e punição, falta de satisfação, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Essa análise do Inventário de Beck para Depressão considera os escores de 0-9 como ausência de depressão; de 10-18, depressão leve; de 19-29, depressão moderada; e de 30-63, de pressão grave.

Os dados coletados foram digitados no programa Excel 2007, versão 5.0, e analisados com o programa estatístico Epi-Info, versão 4.5.4. O nível de significância ado-

tado foi de 95% (α = 5%). As variáveis categóricas foram comparadas através do teste Qui-quadrado. As variáveis quantitativas foram testadas através da análise de variância (ANOVA). Foi realizada regressão linear utilizando as variáveis numéricas e, para as variáveis categóricas incluídas no modelo, foram atribuídos valores numéricos. Para avaliação do grau de depressão, foram consideradas as categorias: ausência (0 a 9), leve (10-18), moderada (19 a 29) e grave (30 a 63).

O presente estudo seguiu todos os preceitos éticos exigidos observando a Resolução 466/2012 e está registrado, com aprovação, sob o protocolo de número 498.294/2013 do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul.

RESULTADOS

Ao todo, foram abordados 96 pacientes, dos quais 6 foram excluídos por falta de condições físicas e/ou mentais, e mais um que recusou participar do estudo, portanto, o número final da amostra constitui-se de 89 pacientes. As características sociodemográficas estão descritas na Tabela 1.

A partir da aplicação da Escala de Esperança de Herth, gerou-se a Tabela 2, na qual se pode observar a média de cada um dos 12 itens que a compõem, bem como o desvio-padrão, a mediana e o intervalo das alternativas assinaladas. No geral, a média de esperança encontrada foi de 40,80 (± 4,45), com escore variando de 26 até 48 pontos.

Em média, a Escala de Esperança de Herth foi menor no grupo com depressão (média = 39,8 pontos, ± 4,14), em comparação ao grupo sem depressão (média = 42,89 pontos, ± 4,41) (p = 0,0017*). Essa tendência foi observada linearmente de acordo com os níveis de depressão conforme o Inventário de Beck para Depressão (Tabela 3). Os pacientes que referiram prática de religião apresentaram uma média de escore de esperança maior (média = 42,22, ±4,71), em comparação com o grupo não praticante (média = 39,42; ±3,74) (p = 0,0025*).

A média da escala de esperança não apresentou associação com sexo (p = 0,24), cor (p = 0,62), tipo de religião (p = 0,38), estado civil (p = 0,45), com quem vive (p = 0,34), tempo de tratamento (p = 0,90), tipo de tratamento (p = 0,26), tipo de quimioterapia (p = 0,92) e sítio do tumor (p = 0,57).

A análise de regressão linear do escore de esperança com as características individuais e de tratamento (Tabela 4) mostrou que a escolaridade associou-se positivamente ao nível de esperança, enquanto a prática de religião e o escore de depressão apresentaram relação inversa com o nível de esperança.

Tabela 1 – Aspectos socioeconômicos e clínicos dos pacientes em tratamento oncológico.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	44	49,4
Feminino	45	50,6
Cor		
Branco	66	74,2
Pardo	13	14,6
Negro	9	10,1
Amarelo	1	1,1
Religião		
Católico	71	79,8
Evangélico	16	18
Test. Jeová	1	1,1
Espírita	1	1,1
Praticante		
Sim	44	49,4
Não	45	50,6
Estado Civil		
Casado	51	57,3
Solteiro	11	12,4
Viúvo	13	14,6
Divorciado	14	15,7
Tipo de Tratamento		
Ambulatorial	59	66,3
Internação	30	33,7
Tipo de Quimioterapia		
Paliativa	53	59,6
Curativa	36	40,4
Variável	**Média**	**Desvio Padrão**
Idade	57,07	±12,61
Escolaridade (anos)	5,66	±3,26
Renda (Reais)	3166	±2510,7
Tempo de tratamento (meses)	5,3	±3,73

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a Escala de Esperança de Herth (média global = 40,80 pontos e escore médio de 3,4 pontos) mostram os elevados níveis de esperança na amostra em estudo. A literatura científica que acerca tal tema é bastante limitada e possui poucos artigos publicados que abordam a população brasileira, principalmente no que diz respeito aos pacientes com câncer.

Sartore (9), em seu estudo com 47 pacientes com câncer, alcançou um escore médio de 41,57 pontos, estando levemente acima da presente pesquisa. Moreira (14) estudou 30 pacientes em quimioterapia e obteve uma média de 38,3 pontos na Escala de Esperança de Herth, estando um pouco abaixo do que foi encontrado neste estudo.

Herth (10) encontrou um escore médio global de 32,39 pontos e um escore médio de 2,7 pontos. Pinto (15), Pinto (16) e Viana (17) encontraram, respectivamente com a versão portuguesa do questionário, as médias globais de 29,61, 29,61 e 29,3 pontos, tendo escores médios de 4,25,

Tabela 2 – Estatística descritiva dos escores da Escala de Esperança de Herth aplicada aos pacientes em tratamento oncológico.

Questões	Média	Desvio Padrão	Variação obtida	Variação esperada
1. Eu estou otimista quanto à vida.	3,37	±0,75	1 a 4	1 a 4
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.	3,03	±0,81	1 a 4	1 a 4
3. Eu me sinto muito sozinho(a).	3,02	±0,94	1 a 4	1 a 4
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	3,34	±0,58	2 a 4	1 a 4
5. Eu tenho uma fé que me conforta.	3,74	±0,64	1 a 4	1 a 4
6. Eu tenho medo do meu futuro.	3,22	±0,91	1 a 4	1 a 4
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	3,46	±0,69	1 a 4	1 a 4
8. Eu me sinto muito forte.	3,51	±0,69	1 a 4	1 a 4
9. Eu me sinto capaz de dar e receber	3,17	±0,71	1 a 4	1 a 4
10. Eu sei onde eu quero ir.	3,22	±0,79	1 a 4	1 a 4
11. Eu acredito no valor de cada dia.	3,82	±0,48	2 a 4	1 a 4
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	3,86	±0,37	2 a 4	1 a 4
Total	40,72	3,4	26 a 48	12 a 48

Tabela 3 – Média dos escores de esperança de acordo com os níveis de depressão em pacientes submetidos a tratamento oncológico.

Depressão	Média (Esperança)	Desvio Padrão	Valor de p
Grave	30,5	±6,36	< 0,001*
Moderada	38,4	±4,42	
Leve	40,48	±3,52	
Ausência	42,89	±4,41	

Valor *p<0,05 (ANOVA)

Tabela 4 – Análise por regressão linear do escore de esperança em relação a características individuais e do tratamento.

Variável	Coeficiente	Erro Padrão	Valor de p
Estado civil	0,398	0,513	0,44
Cor	-0,601	0,627	0,34
Escolaridade	0,302	0,143	0,03*
Idade	0,033	0,042	0,42
Quimioterapia	-0,882	0,925	0,34
Prática religiosa	-1,902	0,852	0,02*
Renda	0	0	0,45
Escore Depressão	-0,381	0,075	< 0,01*
Sexo	0,853	1	0,39
Tempo de Tratameto	0,106	0,113	0,35
Tipo de Tratamento	0,604	0,972	0,53

Valor de *p < 0,05

3,29 e 3,2 pontos, respectivamente. No entanto, é necessário salientar que a versão portuguesa para mensuração da esperança, denominada Escala de Esperança de Herth – HHI-PT, possui apenas 9 assertivas, variando de 9 até 36 pontos, ao contrário da brasileira, que possui 12 perguntas, variando de 12 até 48 pontos. O escore médio encontrado fica acima dos dois últimos referenciados.

Ao analisar cada um dos 12 itens da escala, por ordem de índice obtido na avaliação da esperança, do maior para o menor, encontrou-se que as três principais afirmativas foram, em ordem decrescente: "Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade", "Eu acredito no valor de cada dia" e "Eu tenho uma fé que me conforta" obtiveram os maiores escores de esperança.

Ao confrontar a esperança com as variáveis obtidas, percebeu-se que o tipo de religião não faz diferença para o nível de esperança (p = 0,38); no entanto, foi verificado que o fato de praticar uma religião se associa positivamente com o nível de esperança (p = 0,0025*), ou seja, aqueles que praticam alguma religião possuem um nível maior de esperança, sendo estatisticamente significativo. Isso entra em consonância com Pinto (15), que também encontrou essa relação em seu estudo.

Esse resultado demonstra a importância da fé na manutenção da esperança, pois as práticas religiosas influenciam a maneira das pessoas vivenciarem eventos traumatizantes. A fé promove comportamentos que favorecem a resiliência, a aprendizagem com a experiência e a autoconfiança em agir diante das adversidades (18).

A correlação entre a Escala de Esperança de Herth e o Inventário de Beck para Depressão se mostrou negativa e significativa (p = 0,001*), isso quer dizer que quando o escore de esperança cresce, o escore de depressão diminui, sendo encontrada uma relação linear inversa entre esperança com os níveis de depressão do Inventário. Não foram encontrados artigos que abordassem essa temática na população brasileira em nenhuma esfera, principal-

mente em pacientes que estivessem em quimioterapia. No entanto, encontraram-se na literatura mundial dois estudos que fizeram a mesma associação entre depressão e esperança, porém Arnau (19) realizou sua pesquisa em 522 estudantes universitários, tendo achado uma relação significativa e negativa entre os dois sentimentos, o que entra em acordo com a presente pesquisa. Chen (20) encontrou o mesmo resultado.

Após a devida análise dos resultados obtidos pela regressão linear, verificou-se que a escolaridade em anos, confrontada com a esperança, possui uma relação significativa (p = 0,038*), constituindo uma relação positiva entre as variáveis. Sugere que quanto maior o tempo de escolaridade, maior é o nível de esperança do paciente em quimioterapia.

As demais variáveis foram testadas em relação à esperança, entretanto, não foi verificada significância estatística entre elas. Pinto (15) encontrou em seu estudo uma relação fraca, significativa e inversa da esperança com o tempo de tratamento, aparentemente o aumento do tempo faz com que a esperança diminua. Esse parâmetro não foi evidenciado nesta pesquisa.

Há necessidade de se enfatizar a importância de que novos estudos sejam realizados com a Escala de Esperança de Herth, para complementação do conhecimento científico acerca do tema, para que sejam mais bem entendidos a função e o impacto que a esperança pode causar em um enfermo, pois altos níveis de esperança diminuem o risco de sintomas depressivos (20).

A pesquisa pretendeu estudar todos os pacientes em tratamento quimioterápico em um determinado período de tempo. Embora com um tamanho amostral similar ou mesmo superior a outros estudos realizados sobre o tema, os resultados apresentados não necessariamente refletem a realidade da totalidade dos pacientes com câncer, tendo em vista a coleta de dados ter sido realizada em um período de dois meses. Por outro lado, é salientado que o assunto abordado não deve apresentar variação sazonal de forma a comprometer os resultados alcançados.

Outro fator limitante refere-se ao critério próprio utilizado para definir a prática religiosa, na ausência de uma ferramenta específica, o que pode ter comprometido a aferição desse item. Ainda, a população estudada apresentava diferentes tipos de neoplasias e em esquemas quimioterápicos variados, englobando diversos estadiamentos neoplásicos. Nesse primeiro momento, portanto, a avaliação da esperança e sua relação com depressão se deu de forma geral, não estratificando por tipo tumoral ou estadiamento clínico. Desse modo, os resultados apresentados podem ser considerados um primeiro passo para novos estudos que abordem, de maneira representativa, os diferentes tipos de tumor, e suas implicações na esperança e qualidade de vida dos pacientes.

Da análise global deste estudo, percebe-se que a esperança constitui uma importante estratégia de enfrentamento da doença, auxiliando a pessoa a lidar com a dor do momento e com as incertezas do futuro de uma maneira mais eficaz, pelo que importa considerá-la em todos os contextos da vida humana. O presente estudo vem realçar a importância da manutenção da esperança em níveis satisfatórios e alertar a atenção de todos para a necessidade de ser incluída no planejamento dos cuidados globais dos doentes.

CONCLUSÃO

A avaliação da esperança de pacientes em tratamento oncológico apontou um nível relativamente alto. Foi evidenciada uma correlação negativa e significativa entre a Escala de Esperança de Herth e o Inventário de Beck para Depressão.

O estudo mostrou que a esperança apresenta relação linear e significativa com o nível de instrução do paciente e com a prática religiosa de forma positiva e negativa, respectivamente. As demais variáveis não tiveram seus resultados significativos.

REFERÊNCIAS

1. Miller, J. Hope: a construct central to nursing. Nursing Forum. 2007; 42(1):12-19.
2. Pires, AP. O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem. 1ª Ed. Loures: Lusociência; 2006.
3. Caboral MF, Evangelista LF, Whetsell MV. Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. Invest Educ Enferm. 2012; 30(3):406-11.
4. Sales CA, Cassarotti MS, Piolli KC, Matsuda LM, Wakiuchi J. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. Rene. 2014 jul-ago; 15(4):659-67.
5. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavarini SCI, Orlandi FS. Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):248-54
6. Castilla Cabello, Humberto; Urrutia Félix, Carla Margot; Tello, Midori Shimabukuro; Caycho Rodríguez, Tomás. Análisis psicométrico del índice de esperanza de herth en una muestra no clínica peruana. Psicología desde el Caribe, 2014; 31(2):187-206
7. Duggleby WD, Swindle J, Peacock S, Ghosh S. A mixed study of hope, transitions, and quality of life in family caregivers of persons with Alzheimer's disease. BCM Geriatr. 2011; 11(88):1-12.
8. Rustoen 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.
9. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Esc Enferm USP, 2008; 42(2):227-32.
10. Orlandi FS, Pepino BG, Pavarini SCI, Santos DA, Mendiondo MSZ. The evaluation of the level of hope of elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. Esc Enferm USP. 2012; 46(4):900-5.
11. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research., 1975; 12, 189-98.
12. Herth K. Abbreviated instrument to menasure hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs. 1992;17(10):1251-9.
13. Gorestein C. Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedade psicométrica da versão em português. Psiq Clin. 1998; 25(5):245-50.
14. Moreira MMC, Augusto CF, Magalhães DR, Moreira CB, Rodrigues AB. Esperança de pacientes oncológicos. 17º Seminário Nacional de Pesquisas em Enfermagem; 2013 jun 03-05; Natal, Brasil.

15. Pinto SMO. A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica. Estudo numa população de doentes em quimioterapia. Tese de mestrado (2011). Porto, FMUP.
16. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A esperança da pessoa com cancro - estudo em contexto de quimioterapia. Enfermagem Referência. 2012; 3(7):22-31.
17. Viana, A. A Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos: Validação Transcultural do Herth Hope Index. Tese de mestrado (2010). Lisboa, ULISBOA.
18. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Psiquiatr Clín. 2009;34 Suppl 1:136-45.
19. Arnau, R., Rosen, D., Finch, J., Rhudy, J. & Fortunato, V. Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: A latent variable analysis. Journal of Personality. 2007; 75 (1), 43-63.
20. Chen H. & Chen, J. Estructural equation modeling: Hope, coping styles and emotions of impoverished undergraduates. Chinese Journal of Clinical Psychology. 2008; 16 (4), 392-394.

✉ Endereço para correspondência
Joel Tuchinski Schuster
Rua Luiz Correa de Souza, 825/203 B
88.704-250 – Tubarão, SC – Brasil
joel_tschuster@hotmail.com
Recebido: 17/2/2015 – Aprovado: 9/3/2015