

Desesperança e transtornos mentais em profissionais de enfermagem de serviços oncológicos

Hopelessness and mental disorders in nursing professionals of cancer services

Desesperanza y trastornos mentales en profesionales de enfermería de los servicios de oncología

Recebido: 10/11/2020 | Revisado: 20/11/2020 | Aceito: 24/11/2020 | Publicado: 28/11/2020

Flaviane Maria Pereira Belo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2577-6748>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: flavi_belo@hotmail.com

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5230-3447>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: cicera.albuquerque@esenfar.ufal.br

Regina Célia Sales Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2447-0707>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: reginasales@esenfar.ufal.br

Valfrido Leão de Melo-Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5914-0142>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: valfrido@gmail.com

José Leandro Ramos de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9773-7049>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: leandroramosdelima@hotmail.com

Willams Henrique da Costa Maynard

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3275-1274>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: willamsmaynard@gmail.com

Ana Claudia Corrêa De Ornelas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9325-5552>

Bilingual psychology in the Advocates, EUA

E-mail: psianaornelas@gmail.com

Verônica de Medeiros Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4343-2941>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: veronica.alves@esenfar.ufal.br

Resumo

Objetivo: Este estudo analisou a presença de desesperança e sua relação com os transtornos mentais, em profissionais de enfermagem que atuam em serviços oncológicos. **Método:** Estudo descritivo e transversal realizado com 89 profissionais de enfermagem atuantes em serviços especializados em oncologia utilizando os instrumentos: Formulário de identificação geral, Escala de Desesperança de Beck e Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0). **Resultados:** Os resultados revelaram que os profissionais de enfermagem apresentam desesperança em nível mínimo. Existe associação entre desesperança e doença preexistente ($\rho = 0,00$), tratamento medicamentoso ($\rho = 0,01$), acompanhamento psiquiátrico ($\rho = 0,00$) e alguns transtornos mentais [episódio depressivo maior ($\rho = 0,02$), episódio depressivo maior com características melancólicas ($\rho = 0,02$), transtorno distímico ($\rho = 0,01$), agorafobia ($\rho = 0,02$), fobia social ($\rho = 0,00$), risco de suicídio ($\rho = 0,00$), dependência de álcool ($\rho = 0,02$), dependência de substâncias ($\rho = 0,00$), transtorno de personalidade antissocial ($\rho = 0,02$) e comorbidades psiquiátricas ($\rho = 0,02$)]. A desesperança leve (21,3%) foi evidenciada na depressão, agorafobia, transtorno de pânico, risco de suicídio, uso de álcool e transtorno de personalidade antissocial, enquanto que a desesperança moderada (1,1%) foi presente na fobia social e uso de substâncias psicoativas. **Conclusão:** Observou-se associação entre desesperança e alguns transtornos mentais em profissionais de enfermagem. É necessária a realização de atividades que promovam o bem-estar dos profissionais de enfermagem que atuam nos setores de oncologia. O aconselhamento psicológico é essencial para manter a saúde mental.

Palavras-chave: Esperança de vida; Transtornos mentais; Enfermagem; Oncologia.

Abstract

Objective: This study analyzed the presence of hopelessness and its relationship with mental disorders, in nursing professionals who work in oncology services. **Method:** Descriptive and cross-sectional study carried out with 89 nursing professionals working in specialized services in oncology using the instruments: General identification form, Beck's Hopelessness Scale and Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 5.0.0). **Results:** Study carried out with 89 nursing professionals. The results revealed that nursing professionals presented minimum hopelessness. There is an association between hopelessness and pre-existing illness ($\rho = 0.00$), drug treatment ($\rho = 0.01$), psychiatric follow-up ($\rho = 0.00$) and some mental disorders [major depressive episode ($\rho = 0.02$), major depressive episode with melancholic characteristics ($\rho = 0.02$), dysthymic disorder ($\rho = 0.01$), agoraphobia ($\rho = 0.02$), social phobia ($\rho = 0.00$), risk of suicide ($\rho = 0.00$), alcohol dependence ($\rho = 0.02$), substance dependence ($\rho = 0.00$), antisocial personality disorder ($\rho = 0.02$) and psychiatric comorbidities ($\rho = 0.02$)]. Mild hopelessness (21.3%) was evidenced in depression, agoraphobia, panic disorder, risk of suicide, alcohol use and antisocial personality disorder, while moderate hopelessness (1.1%) was present in social phobia and use of psychoactive substances. **Conclusion:** There was observed an association between hopelessness and some mental disorders in nursing professionals. It is need to carry out activities that promote the well-being of nursing professionals who work in the oncology sectors. Psychological counseling is essential for maintaining mental health.

Keywords: Hope of life; Mental disorders; Nursing; Oncology.

Resumen

Objetivo: Este estudio analizó la presencia de desesperanza y su relación con los trastornos mentales, en profesionales de enfermería que laboran en servicios de oncología. **Método:** Estudio descriptivo y transversal realizado con 89 profesionales de enfermería que laboran en servicios especializados en oncología utilizando los instrumentos: Ficha de identificación general, Escala de desesperanza de Beck y Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (versión brasileña 5.0.0). **Resultados:** Los resultados revelaron que los profesionales de enfermería tienen un nivel mínimo de desesperanza. Existe una asociación entre la desesperanza y la enfermedad preexistente ($\rho = 0,00$), el tratamiento farmacológico ($\rho = 0,01$), el seguimiento psiquiátrico ($\rho = 0,00$) y algunos trastornos mentales [episodio depresivo mayor ($\rho = 0,02$), episodio depresivo mayor con características melancólicas ($\rho = 0,02$), trastorno distímico ($\rho = 0,01$), agorafobia ($\rho = 002$), fobia social ($\rho = 0,00$), riesgo de

suicídio ($\rho = 0,00$), dependencia del alcohol ($\rho = 0,02$), dependencia de sustancias ($\rho = 0,00$), trastorno de personalidad antisocial ($\rho = 0,02$) y comorbilidades psiquiátricas ($\rho = 0,02$)]. La desesperanza leve (21,3%) se evidenció en depresión, agorafobia, trastorno de pánico, riesgo de suicidio, consumo de alcohol y trastorno de personalidad antisocial, mientras que la desesperanza moderada (1,1%) se presentó en la fobia social y uso de sustancias psicoactivas. Conclusión: se observó asociación entre desesperanza y algunos trastornos mentales en profesionales de enfermería. Es necesario realizar actividades que promuevan el bienestar de los profesionales de enfermería que trabajan en los sectores de la oncología. El asesoramiento psicológico es fundamental para mantener la salud mental.

Palabras clave: Esperanza de vida; Desordenes mentales; Enfermería; Oncología.

1. Introdução

A esperança é reconhecida como importante componente que influencia a promoção da saúde mental (Who, 2010). Tendo em vista que se manifesta através do bem-estar, otimismo, empatia, confiança, autoestima e resiliência (Querido & Dixe, 2016). Ela é compreendida de forma individualizada e subjetiva, sendo influenciada por fatores inerentes a situações do cotidiano, relações sociais, interpessoais e familiares, bem-estar físico e mental e condições laborais adequadas para o bom desempenho profissional (Luz, Vargas, Barlem, Schmitt, Ramos & Meirelles, 2016).

Profissionais de saúde podem utilizar a esperança como meio para o cuidado, principalmente quando compreendem a subjetividade do outro e respeitam a dor, sentimentos e limitações (Eriksen, Arman, Davidson, Sundfor, & Karlsson, 2014). O trabalho desempenhado pelos profissionais de enfermagem tem grande importância no estímulo da esperança e empoderamento do outro (Nweze, Agom, Agom & Nwankwo, 2013), potencializando as funções cognitivas e estimulando a saúde mental (Hartmann, Júnior, Fernandes, Medeiros, Pinheiro & Amorim, 2018), principalmente em serviços específicos em que as incertezas do amanhã e a ideia de finitude são mais presentes, entre eles a oncologia (Luz et al., 2016).

A assistência de enfermagem à pessoa em serviço de oncologia é diferenciada, pois favorece o envolvimento emocional devido ao tempo de permanência e características do tratamento. Desse modo, a atuação da enfermagem é importante para estimular a esperança e incentivar a pessoa no processo de enfrentamento (Luz et al., 2016; Alencar, Carvalho, Macedo, Amorim, Martins & Gouveia, 2017).

Todavia, quando a esperança é comprometida, a pessoa vivencia sentimento de desesperança que afeta a percepção de si, do outro e do mundo, as relações interpessoais, as atividades laborais, provoca pessimismo de modo que não consegue reconhecer esperança ao seu redor (Hammer, Mogensen & Hall, 2009).

Quando o profissional de enfermagem se sente desesperançado, isso pode ter consequências na sua atuação e comprometer a sua capacidade de perceber a subjetividade e as necessidades da pessoa que está em tratamento oncológico (Yildiz & Baltaci, 2015).

A desesperança pode ser potencializada pelas dificuldades no processo de trabalho da enfermagem como também por aspectos pessoais do profissional, acarretando labilidade e desgaste emocional, que contribuem para a quebra na interação, bloqueio de sentimentos e afastamento no trabalho, como tentativas de evitar o sofrimento (Luz et al., 2016; Alencar et al., 2017).

A atuação do profissional de enfermagem em serviços de oncologia propicia sentimentos ambivalente tais como tristeza, medo, desespero, raiva, revolta, paciência, tranquilidade, amor, calma, sensibilidade, equilíbrio, felicidade e esperança. Nestes serviços, o profissional vive sob forte estresse emocional, presença a dor, sofrimento, perda de pacientes, tristeza dos familiares, sobrecarga de trabalho, relacionamento interpessoal conflituoso, baixa remuneração e dupla jornada de trabalho (Carvalho, Barata, Parreira & Oliveira, 2014; Alencar et al., 2017), circunstâncias que possibilitam o desgaste emocional e acometimento de transtornos mentais como ansiedade, depressão e suicídio (Who, 2016).

Os profissionais de enfermagem têm maior acometimento de transtornos mentais quando comparado à população geral (Gao, Pan, Sun, Wu, Wang, & Wang, 2012; Barbosa, Vieira, Alves & Virgínio, 2012; Vieira, Beck, Dissen, Camponogara, Gobatoo, & Coelho, 2013). Estes podem ser potencializados pela presença da desesperança. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar a associação entre desesperança e transtornos mentais em profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia.

2. Metodologia

2.1 Desenho do estudo

Estudo quantitativo, descritivo e transversal que analisou a associação entre desesperança e transtornos mentais em profissionais de enfermagem que atuam em serviços especializados em oncologia. Os estudos quantitativos utilizam a coleta de dados numérica

como método matemático e estatístico para prever algum fenômeno do estudo (Pereira, Shitsuka, Parreira, & Shitsuka, 2018). Os estudos descritivos têm como objetivo descrever, em termos quantitativos, a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Os estudos transversais, também conhecidos como estudos seccionais ou estudos de prevalência, visam analisar a relação entre exposição e prevalência do evento estudado em indivíduos de uma população em um único momento, não havendo acompanhamento desses indivíduos posteriormente. Nos estudos transversais, os participantes são selecionados aleatoriamente (Barbosa, 2014).

2.2 Participantes

Participaram 89 (100%) profissionais de enfermagem que trabalham em serviços oncológicos de quatro das cinco instituições públicas do Estado Alagoas, Brasil. Uma das instituições recusou a realização da pesquisa com seus profissionais. As instituições foram: um Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e três Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon).

Foi considerado como critérios de inclusão ser profissional de enfermagem e atuar nos serviços oncológicos. Foram excluídos profissionais com menos de seis meses de trabalho na oncologia e os que não estavam em condições físicas ou psíquicas para responder os instrumentos.

2.3 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados iniciou em 01 de agosto e finalizou em 31 de outubro de 2017. Durante esse período, considerando a rotatividades dos profissionais de enfermagem conforme escala, os pesquisadores estiveram diariamente inseridos nos serviços oncológicos, nos turnos da manhã, tarde e noite. Todos os pesquisadores com experiência em atendimento em saúde mental, foram treinados e calibrados para aplicar os instrumentos para evitar vieses.

Foram realizadas entrevistas individuais, com duração mínima de 25 minutos e máxima 2 horas. Utilizaram-se instrumentos na versão digital com o aplicativo online ODK Collect v1.12.2.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Formulário de identificação geral

Formulário elaborado para a pesquisa, utilizando as variáveis idade, sexo, etnia, estado conjugal, filhos, dinâmica familiar, anos de estudo, ocupação, renda mensal, número de empregos, tempo de atuação profissional, tipo de convênio/seguro de saúde, doenças preexistentes, tratamento médico, medicamentoso e/ou alternativo e acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

2.4.2 Escala de Desesperança de Beck (BHS)

Instrumento validado na versão em português por Cunha (2001), com finalidade de avaliar a dimensão do pessimismo relacionada a extensão das atitudes negativas frente ao futuro. O instrumento apresenta 20 afirmativas com duas possibilidades de respostas: certo ou errado, 9 são classificadas como certo e 11 como errado, os resultados variam de 0 a 20. O intervalo de classificação que mensura a intensidade da desesperança, varia de (0-3) nível mínimo de desesperança, (4-8) nível leve, (9-14) nível moderado e (>14) nível grave. Apresenta índices de precisão no alfa de Cronbach variando entre 0,51 a 0,86 em amostras não-clínicas (Cunha, 2001).

2.4.3 Tradução Validada do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Brazilian version 5.0.0)

Instrumento de entrevista diagnóstica padronizada de rápida aplicação (15-30 minutos), validado no Brasil, que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Amorim, 2000).

2.5 Procedimento para análise dos dados

As variáveis do estudo foram codificadas e analisadas no banco de dados do pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows versão 22.0.

O tratamento estatístico foi realizado por meio da frequência relativa e absoluta, bem como da análise bivariada para verificar a existência de associação. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney (U) para analisar variáveis contínuas e dicotômicas e Kruskal Wallis (H) para analisar variáveis contínuas e variáveis com mais de uma categoria. Além de teste de correlação de Spearman para verificar as relações lineares ou não. Considerou-se a significância do Valor $p < 0,05$ para medir o nível de probabilidade. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

2.6 Aspectos Éticos

O estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde do Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número 1.899.668.

3. Resultados

3.1 Caracterização da amostra

A amostra desse estudo foi composta por 89 profissionais de enfermagem (35 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem), 86,5% eram do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 39 anos (43,8%), com média de idade de 39,16 (DP \pm 8,51; IC_{95%}: 37,36-40,95) anos, 62,9% se autodeclararam pardos, 55,1% possuíam companheiro (a), 66,3% tinham filhos e 89,9% possuíam religião. (Tabela 1 e 2).

Observou-se que 87,6% dos profissionais de enfermagem possuíam plano de saúde da rede privada, 62,9% referiram ter doença preexistente, sendo a mais frequente relacionada ao aparelho circulatório (36,4%). Entre os que possuíam doença preexistente, apenas 28,1% realizava tratamento, sendo o medicamentoso o mais utilizado (80,0%), as classes de medicamentos mais utilizadas foram os anti-hipertensivos (45,0%) e os antidepressivos (20,0%). Apenas 9,0% dos profissionais de enfermagem realizavam acompanhamento psicológico e 4,5% tratamento psiquiátrico (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e condições de saúde dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de oncologia em Alagoas, Brasil, 2017. (n=89).

Variável	N (%)	Variável	N (%)
Sexo		Número de empregos	
Feminino	77 (86,5)	1	52 (58,4)
Masculino	12 (13,5)	2 ou +	37 (41,6)
Faixa etária		Convênio de saúde	
20 - 29	11 (12,4)	Plano de saúde/suplementar	78 (87,6)
30 - 39	39 (43,8)	SUS	11 (12,4)
40 - 49	27 (30,4)	Doença preexistente	
50 - 59	10 (11,2)	Possui	33 (37,1)
60 - 69	2 (2,2)	Não possui	56 (62,9)
Etnia		Aparelho Circulatório (n=33)	
Pardo	56 (62,9)	Sim	12 (36,4)
Branco	19 (21,3)	Não	21 (63,6)
Preto	11 (12,4)	Tratamento	
Amarela	3 (3,4)	Sim	25 (28,1)
Religião		Não	64 (71,9)
Possui	80 (89,9)	Tipo de tratamento (n=25)	
Não possui	9 (10,1)	Medicamentoso	20 (80,0)
Situação conjugal		Outros	5 (20,0)
Com companheiro(a)	49 (55,1)	Anti-hipertensivo (n=20)	
Sem companheiro(a)	40 (44,9)	Sim	9 (45,0)
Filhos		Não	11 (55,0)
Sim	59 (66,3)	Antidepressivo (n=20)	
Não	30 (33,7)	Sim	4 (20,0)
Dinâmica familiar		Não	16 (80,0)
Harmoniosa	82 (92,1)	Acompanhamento psicológico	
Conflituosa/negligente	7 (7,9)	Sim	8 (9,0)
Ocupação		Não	81 (81,0)
Auxiliar de enfermagem	14 (15,7)	Acompanhamento psiquiátrico	
Técnico de enfermagem	40 (45,0)	Sim	4 (4,5)
Enfermeiro	35 (39,3)	Não	85 (95,5)

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

A média de tempo de tratamento de doenças preexistentes, acompanhamento psicológico e psiquiátrico foi de 5,20 (DP± 5,98; IC_{95%}: 2,73-7,67); 1,47 (DP± 1,67; IC_{95%}: 0,07-2,87) e 4,25 (DP± 4,28; IC_{95%}: -2,57-11,07) anos, respectivamente (Tabela 2).

Mais da metade dos profissionais de enfermagem tinham apenas um vínculo empregatício (58,4%), com renda média mensal de R\$ 5.578,03 (DP± 2.895,12; IC_{95%}: 4968,17-6187,90), tempo médio de experiência profissional na enfermagem de 14,06 (DP± 8,07; IC_{95%}: 12,36-15,76) anos e tempo médio de atuação na oncologia de 5,65 (DP± 6,78; IC_{95%}: 4,22-7,07) anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Idade, renda, tempo de atuação na enfermagem e em serviços oncológicos de profissionais de enfermagem atuantes em serviços de oncologia em Alagoas, Brasil, 2017. (n=89).

	Média	±DP	Mínimo	Máximo	IC_{95%}
Idade	39,16	8,51	23	61	37,36-40,95
Renda	5.578,03	2.895,12	1.100,00	15.000,00	4.968,17-6.187,90
Tempo de atuação na enfermagem	14,06	8,07	2	37	12,36-15,76
Tempo de atuação na oncologia	5,65	6,78	0,11	34,0	4,22-7,07
Tempo de tratamento	5,20	5,98	0,1	24,0	2,73-7,67
Tempo de acompanhamento psicológico	1,47	1,67	0,2	5,0	0,07-2,87
Tempo de tratamento psiquiátrico	4,25	4,28	0,6	10,0	-2,57-11,07

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

3.2 Associação entre desesperança e fatores sociodemográficos e aspectos de saúde

Ao verificar a frequência de desesperança apresentada pelos participantes, observou-se que eles apresentaram nível mínimo (75,4%), leve (21,3%), grave (2,2%) e moderado (1,1%). Ao analisar a associação entre os BHS com aspectos pessoais constatou-se diferença estatística entre o sexo feminino e masculino ($\rho = 0,05$), sendo a maior média no sexo masculino ($\bar{x} = 3,50$; $\pm DP$ 1,88; IC_{95%} 2,30-4,70). Apesar de não ter significância estatística

foi observado que as maiores médias do BHS foram identificadas entre a faixa etária de 30 a 39 anos (\bar{x} 3,67; DP \pm 3,97; IC_{95%} 2,38-4,95), entre os que se autodeclararam amarelos (\bar{x} 3,67; DP \pm 3,21; IC_{95%} -4,32-11,65), com companheiro(a) (\bar{x} 3,24; DP \pm 3,14; IC_{95%} 2,34-4,15), sem filhos (\bar{x} 3,40; DP \pm 4,56; IC_{95%} 1,70-5,10), com convívio familiar conflituoso ou negligente (\bar{x} 5,43; DP \pm 6,05; IC_{95%} -0,17-11,03) e sem religião (\bar{x} 4,44; DP \pm 5,61; IC_{95%} 0,13-8,76) (Tabela 3).

Os profissionais de enfermagem com um vínculo empregatício apresentaram média no BHS de 3,02 (DP \pm 3,56; IC_{95%} 2,03-4,01), apresentando os enfermeiros uma maior média (\bar{x} 3,20; DP \pm 3,50; IC_{95%} 2,00-4,40) quando comparado as demais categorias (Tabela 3).

Ao verificar a associação entre BHS e condições de saúde, observou-se diferença estatística entre os profissionais que afirmaram ter doença preexistente ($\rho = 0,00$), doenças do aparelho circulatório ($\rho = 0,02$), realizavam tratamento ($\rho = 0,01$), tratamento medicamentoso com antidepressivo ($\rho = 0,00$) e anti-hipertensivo ($\rho = 0,02$), e entre os que estavam em acompanhamento psiquiátrico ($\rho = 0,00$). Destaca-se que a média no BHS entre os profissionais que realizavam acompanhamento psicológico foi de 6,38 (\pm DP 7,27; IC_{95%} 0,30-12,45, $\rho > 0,00$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre BHS e aspectos pessoais, profissionais e de saúde dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de oncologia em Alagoas, Brasil, 2017. (n=89).

Variável	Média (±DP)	IC _{95%}	Valor p	Variável	Média (±DP)	IC _{95%}	Valor p
Sexo				Número de empregos			
Feminino	2,83 (3,28)	2,09-3,58	0,05* ^U	1	3,02 (3,56)	2,03-4,01	0,85 ^U
Masculino	3,50 (1,88)	2,30-4,70		2 ou +	2,78 (2,44)	1,97-3,60	
Faixa etária				Convênio de saúde			
20 - 29	2,55 (3,11)	0,46-4,63	0,08 ^H	Plano de saúde/suplementar	2,99 (3,24)	2,26-3,72	0,76 ^U
30 - 39	3,67 (3,97)	2,38-4,95		SUS	2,45 (2,25)	0,94-3,97	
40 - 49	2,70 (1,87)	1,96-3,45		Doença preexistente			0,00* ^U
50 - 59	1,40 (1,43)	0,38-2,42		Possui	4,24 (3,61)	2,96-5,52	
60 - 69	1,00 (1,41)	-11,71-13,71		Não possui	2,14 (2,53)	1,46-2,82	
Etnia				Aparelho Circulatório (n=33)			
Pardo	2,86 (3,50)	1,92-3,80	0,57 ^H	Sim	2,50 (2,06)	1,19-3,81	0,02* ^U
Branco	3,16 (2,48)	1,96-4,35		Não	5,24 (3,96)	3,44-7,04	
Preto	2,64 (2,29)	1,10-4,18		Tratamento			0,01* ^U
Amarela	3,67 (3,21)	-4,32-11,65	Sim	4,20 (3,92)	2,58-5,82		
Religião				Não	2,42 (2,64)	1,76-3,08	
Possui	2,75 (2,73)	2,14-3,36	0,56 ^U	Tipo de tratamento (n=25)			
Não possui	4,44 (5,61)	0,13-8,76		Medicamentoso	4,25 (4,17)	2,30-6,20	0,82 ^U
Situação conjugal				Outros	4,00 (3,08)	0,17-7,83	

Com companheiro(a)	3,24 (3,14)	2,34-4,15	0,08 ^U	Anti-hipertensivo (n=20)			
Sem companheiro(a)	2,53 (3,11)	1,53-3,52		Sim	2,11 (1,90)	0,65-3,57	0,02* ^U
Filhos				Não	6,00 (4,75)	2,81-9,19	
Sim	2,68 (2,07)	2,14-3,22	0,77 ^U	Antidepressivo (n=20)			
Não	3,40 (4,56)	1,70-5,10		Sim	10,00 (5,94)	0,54-19,46	0,00* ^U
Dinâmica familiar				Não	2,81 (1,97)	1,76-3,86	
Harmoniosa	2,71 (2,71)	2,11-3,30	0,19 ^U	Acompanhamento psicológico			
Conflituosa/negligente	5,43 (6,05)	-0,17-11,03		Sim	6,38 (7,27)	0,30-12,45	0,16 ^U
Ocupação				Não	2,58 (2,20)	2,58-3,07	
Auxiliar de enfermagem	2,14 (2,44)	0,73-3,55	0,35 ^H	Acompanhamento psiquiátrico			
Técnico de enfermagem	2,95 (3,02)	1,98-3,92		Sim	8,00 (6,78)	-2,79-18,79	0,00* ^U
Enfermeiro	3,20 (3,50)	2,00-4,40		Não	2,68 (2,70)	2,10-3,27	

^UTeste de Mann-Whitney; ^HTeste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

3.3 Associação entre desesperança e transtornos mentais

Ao realizar a associação entre BHS e transtornos mentais avaliados pelo MINI, observou-se diferença estatística no episódio depressivo maior (EDM) ($\rho = 0,02$), episódio depressivo maior com características melancólicas (EDMCM) ($\rho = 0,02$), transtorno distímico ($\rho = 0,01$), agorafobia ($\rho = 0,02$), fobia social ($\rho = 0,00$), risco de suicídio ($\rho = 0,00$), dependência de álcool ($\rho = 0,02$), dependência de substâncias ($\rho = 0,00$), transtorno de personalidade antissocial ($\rho = 0,02$) e comorbidades psiquiátricas ($\rho = 0,02$) (Tabela 4).

Apesar de não haver diferença estatística, foi verificada maiores médias no BHS em alto risco para suicídio (\bar{x} 10,50; DP \pm 10,61; IC_{95%} -84,80-105,80), transtorno de pânico (\bar{x} 6,00; DP \pm 5,59; IC_{95%} 1,70-10,30), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (\bar{x} 5,00; DP \pm 3,00; IC_{95%} -2,45-12,45), hipomania (\bar{x} 4,60; DP \pm 7,60; IC_{95%} -4,84-14,04) e mania (\bar{x} 4,43; DP \pm 2,82; IC_{95%} 1,82-7,04). (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre desesperança e transtornos mentais em profissionais de enfermagem atuantes em serviços de oncologia, 2017. (n=89).

Variável	Média (±DP)	IC _{95%}	Valor p	Variável	Média (±DP)	IC _{95%}	Valor p
EDM				Hipomania			
Sim	5,59 (5,58)	2,72 – 8,46	0,02*	Sim	4,60 (7,60)	-4,84-14,04	0,68
Não	2,29 (1,74)	1,88 – 2,70		Não	2,82 (2,72)	2,23-3,41	
EDM recorrente				Mania			
Sim	2,50 (1,93)	1,27-3,73	0,91	Sim	4,43 (2,82)	1,82-7,04	0,07
Não	2,99 (3,28)	2,24-3,73		Não	2,79 (3,14)	2,10-3,48	
EDMCM				TEPT			
Sim	6,56 (5,62)	2,24-10,87	0,02*	Sim	5,00 (3,00)	-2,45-12,45	0,14
Não	2,51 (2,46)	1,97-3,06		Não	2,85 (3,13)	2,18-3,52	
Transtorno Distímico				Dependência de álcool			
Sim	5,50 (3,15)	2,20-8,80	0,01*	Sim	5,33 (1,15)	2,46-8,20	0,02*
Não	2,73 (3,07)	2,07-3,40		Não	2,84 (3,15)	2,16-3,51	
Transtorno de Pânico				Dependência de Substâncias			
Sim	6,00 (5,59)	1,70-10,30	0,07	Sim	14,50 (4,95)	-29,97-58,97	0,00*
Não	2,58 (2,56)	2,01-3,14		Não	2,66 (2,56)	2,11-3,20	
Agorafobia				Síndrome Psicótica			
Sim	5,19 (4,79)	2,63-7,74	0,02*	Sim	1,60 (0,89)	0,49-2,71	0,31
Não	2,42 (2,41)	1,86-2,99		Não	3,00 (3,20)	2,31-3,69	

Fobia Social				Bulimia Nervosa			
Sim	10,67 (6,43)	-5,30-26,64	0,00*	Sim	1,00 (1,00)	-1,48-3,48	0,13
Não	2,65 (2,64)	2,08-3,22		Não	2,99 (3,16)	2,31-3,67	
Transtorno de Ansiedade Generalizada				Transtorno de Personalidade Antissocial			
Sim	2,00 (0,71)	1,46-2,54	0,56	Sim	5,67 (1,53)	1,87-9,46	0,02*
Não	3,03 (3,28)	2,30-3,75		Não	2,83 (3,13)	2,15-3,50	
Risco de Suicídio				Comorbidades psiquiátricas			
Sim	8,00 (6,78)	-2,79-18,79	0,00*	Sim	4,13 (4,21)	2,76-5,49	0,01*
Não	2,68 (2,71)	2,10-3,27		Não	1,98 (1,33)	1,60-2,36	
Classificação de risco de suicídio							
Baixo	2,75 (2,71)	2,75 (2,71)					
Alto	10,50 (10,61)	10,50 (10,61)	0,11				

^U *Teste de Mann-Whitney*

* $\rho < 0,05$

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

3.4 Correlação entre desesperança, fatores sociodemográficos e aspectos de saúde

Ao avaliar a correlação entre desesperança e idade, renda, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação em serviços de oncologia, tempo de tratamento clínico, tempo de acompanhamento psicológico e tempo de tratamento psiquiátrico, observou-se que não houve diferença estatística (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre BHS e aspectos pessoais, profissionais e de saúde de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de oncologia de Alagoas, Brasil, 2017. (n=89).

	R	p
Idade	-0,12	0,27
Renda	0,06	0,60
Tempo de atuação na enfermagem	-0,13	0,23
Tempo de atuação na oncologia	-0,08	0,45
Tempo de tratamento	0,14	0,50
Tempo de acompanhamento psicológico	0,04	0,93
Tempo de tratamento psiquiátrico	0,80	0,20

* $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,01$

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

4. Discussão

Os profissionais de enfermagem atuantes em serviços oncológicos apresentaram desesperança em nível mínimo mais frequente (75,4%), seguido pelo leve (21,3%). Divergindo do estudo de Yildiz e Baltaci (2015), no qual identificou que 70,0% dos profissionais de enfermagem de um hospital na Turquia apresentaram desesperança em nível leve ou moderado; Outro estudo de Batista e Pawlowytsch (2012), identificou que 96,15% dos profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) não tinham desesperança e 3,84% apresentaram desesperança leve. Os profissionais de enfermagem com um vínculo empregatício tiveram escore do BHS maior quando comparado aos com mais de um vínculo, provavelmente explicada pela maior responsabilidade atribuída a este profissional.

Escores de desesperança leve foram evidenciados em profissionais de enfermagem com EDM, EDMCM e transtorno distímico, semelhante ao estudo que avaliou aspectos emocionais de profissionais de enfermagem da UTI, afirmando que pessoas com depressão tendem a ter sentimentos de desesperança, bem como perda de interesse pelas atividades profissionais, falta de prazer nas relações interpessoais e sentimento de culpa. Além de manifestações de sintomas físicos como cefaleia, alteração no padrão de sono, dores musculares e diminuição do interesse sexual (Batista & Pawlowytsch, 2012). No atual estudo foi observada associação entre desesperança e adoecimento físico e mental, pois os que referiram doença preexistente, realizar tratamento, ter acompanhamento psicológico e psiquiátrico e com transtornos mentais mediante avaliação do MINI, apresentaram algum nível de desesperança.

Este estudo evidenciou relação entre desesperança e transtornos depressivos de acordo com os escores do BHS, no qual apontou nível leve de desesperança para quem tinha depressão e nível moderado para quem fazia uso de antidepressivo.

Ao verificar a desesperança em profissionais de enfermagem com transtornos de ansiedade, observou-se maior escore do BHS nos que apresentaram fobia social, seguidos por transtorno de pânico e agorafobia. Desse modo, profissionais de enfermagem que atuam em serviços oncológicos podem manifestar ansiedade devido às particularidades da assistência prestada e a instabilidade no quadro clínico da pessoa cuidada. Além disso, podem apresentar medo por presenciarem constantemente a dor e a perda. Esses fatores provocam no profissional alterações emocionais que afetam a prestação de cuidados e trazem danos a própria saúde (Carvalho, Barata, Parreira & Oliveira, 2014).

Além dos fatores supracitados, o aumento de transtornos de ansiedade entre os profissionais atuantes em serviços oncológicos foi associado à insatisfação com o trabalho, relações interpessoais conturbadas, dificuldade de interação com a equipe médica e falta de reconhecimento profissional (Karanikola, Giannakopoulou, Kalafati, Kaite, Patiraki, Mpouzika & Middleton, 2016). Logo, ele pode estar enfrentando no ambiente de trabalho situações geradoras de estresse que contribuem para aumento da ansiedade, afetando assim, sua atuação profissional.

Ressalta-se que ter esperança é um fator importante para a redução da ansiedade e depressão (Querido & Dixe, 2016), principalmente em transtornos que causam limitações nas relações interpessoais e enfrentamento das atividades de vida diária como acontece na fobia social (DSM – 5, 2013). Além disso, pode ser considerada como um fator protetivo para o

acometimento de outros transtornos mentais, tendo em vista que a esperança influencia positivamente em várias áreas da vida e na promoção da saúde mental.

Além de estimular a esperança (Hartmann et al., 2018), cuidados em saúde mental são necessários na prevenção do adoecimento. Estratégias como meditação, Biofeedback e Alongamento Reichiano estão sendo utilizados como alternativa para reduzir os níveis de ansiedade, bem como na promoção da saúde mental e melhoria na qualidade de vida de profissionais de enfermagem e usuários dos serviços de saúde (Alves, Bichara, Tenório, Teixeira, Santos, Francisco & Nardi, 2020).

Entre os danos decorrentes do sofrimento e transtornos mentais está o risco para o suicídio. Este estudo identificou escores do BHS elevados para o alto risco de suicídio, corroborando com o estudo de Batista e Pawlowytsch (2012), no qual constatou escores de desesperança em nível leve nos profissionais de enfermagem com ideação suicida. Constatando assim, a relação entre presença de desesperança e risco para suicídio.

Ao avaliar o uso de substâncias psicoativas (SPA), este estudo identificou o maior escore do BHS nos profissionais que apresentaram dependência de SPA e dependência de álcool, no qual sugere que o uso de SPA influencia o modo de vida, as relações sociais, as percepções a respeito do mundo e sobre si mesmo e afeta a atuação profissional. Estudo realizado com profissionais de enfermagem em hospital geral na Bahia, Brasil, detectou que 35,0% da amostra apresentavam transtornos mentais. O uso de álcool teve prevalência de 27,7%, além de ser identificado como o mais preocupante, haja vista os danos provocados à pessoa nas relações interpessoais, familiares e no ambiente de trabalho (Rodrigues, Rodrigues, Oliveira, Laudano & Sobrinho, 2014). O álcool foi a droga mais utilizada pelos profissionais de enfermagem, acompanhada por anfetaminas e benzodiazepínicos. O uso de substâncias psicoativas foi elencado como o método de escolha que contribui para o relaxamento, redução do estresse, ansiedade, tristeza, cansaço decorrente do trabalho e eventos comemorativos (Rocha & David, 2015).

Salienta-se que a pessoa acometida por algum transtorno mental pode ter danos significativos caso não seja assistida adequadamente, tendo em vista que as limitações e privações vivenciadas no cotidiano podem causar sofrimento intenso, isolamento social, baixa autoestima, contribuindo assim, para a redução da esperança na vida e em si. Ressalta-se ainda, que as características principais desses transtornos é causar dificuldade nas relações sociais e limitações na autoconfiança e autonomia, contribuindo assim com sentimentos negativos que o impedem de enxergar sentido na vida.

Os resultados obtidos neste estudo apontam para a necessidade de realizar atividades que promovam o bem-estar dos profissionais de enfermagem que atuam nos setores da oncologia. Local onde há intenso desgaste físico e emocional, visando à redução dos índices de adoecimento dos profissionais, tendo em vista que isso influencia diretamente na sua qualidade de vida e na prestação de cuidados a outrem. As limitações desta pesquisa devem ser consideradas devido à recusa de uma instituição em permitir que os profissionais da enfermagem da oncologia participassem do estudo.

5. Considerações Finais

Neste estudo foi evidenciada a associação entre desesperança e alguns transtornos mentais em profissionais de enfermagem da oncologia. Os maiores escores do BHS foram identificados na dependência de substâncias, fobia social, alto risco para suicídio, depressão melancólica, transtorno de pânico e depressão maior.

Os achados apontaram que uma pequena parcela de profissionais de enfermagem tem acompanhamento psicológico, sendo esse essencial para a manutenção da saúde mental, principalmente quando se vivencia constantemente a perda, dor e sofrimento do outro, podendo contribuir para seu adoecimento, diminuição da esperança, prejuízos nas relações interpessoais e na prestação de cuidados. Assim, recomenda-se a realização de mais pesquisas voltadas aos aspectos da desesperança e transtorno mental em trabalhadores de enfermagem da oncologia para promoção de sua saúde mental, considerando sua singularidade e condições de trabalho, valorizando-os quanto a sua importância na prestação de cuidados à pessoa em tratamento oncológico.

Referências

Alencar, D. C, Carvalho, A. T., Macedo, R. L., Amorim, A. M. N. E., Martins, Á. K. L., & Gouveia, M. T. O. (2017). Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(4), 1015-1020.

Alves, V. M, Bichara, V. E. A., Tenório, V. C. N., Teixeira, L. M, Santos, C. I. R., Francisco, L. C. F. L, & Nardi, A. E. (2020). Reichian elongation effect in anxiety and quality of life in nursing students: a randomized clinical trial. *Research, Society and Development*, 9(10).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 106-115.

Barbosa, D. (2014). Enfermagem baseada em evidências. In *Enfermagem baseada em evidências* (pp. 132-132).

Barbosa, K. K. S., Vieira, K. F. L., Alves, E. R. P., & Virgínio, N. A. (2012). Depressive symptoms and suicidal ideation in nurses and physicians care Hospital. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(3), 515-522.

Batista, F. C. N., & Pawlowytsch, P. W. M. (2012). Emotional aspects of depression, anxiety, hopelessness and suicidal ideation in the professionals of the intensive care unit of a hospital in the interior of Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar Saúde Meio Ambiente*, 1(1), 188-202.

Carvalho, C. M. S., Barata, E. M. M. A., Parreira, P. M. S. D., & Oliveira, D. C. (2014). Emotional labor and emotion management in oncology health care teams: a qualitative study. *Revista de Enfermagem Uerj*, 22(1), 9-16.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: casa do psicólogo.

Eriksen, K. A., Arman, M., Davidson, L., Sundfor, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2): 110–117.

Gao, Y. Q., Pan, B. C., Sun, W., Wu, H., Wang, J. N., & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC psychiatry*, 12(1), 141.

Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. (2009). The meaning of hope in nursing research: A meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 549-557.

Hartmann, J. A. S., Júnior, A. L. A. D. F., Fernandes, A. G. A. P. D., Medeiros, C. A. C. D. V., Pinheiro, K. S. C. B., de Amorim, L. L. L., & Neto, M. L. R. (2018). Hope as a behavior and cognitive process: a new clinical strategy about mental health's prevention. *Medicine*, 97(36).

Karanikola, M. N., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Kaite, C. P., Patiraki, E., Mpouzika, M., & Middleton, N. (2016). Anxiety symptoms and quality of interaction among oncology nurses: a correlational, cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 800-807.

Luz, K. R., Vargas, M. A. O, Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 59-63.

Nweze, O. J., Agom, A. D., Agom, J. D., & Nwankwo, A. (2015). A Critical Analysis of the Concept of Hope: The Nursing Perspective. *International Journal of Science and Research*, 4(3), 1027-1030.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica.

Querido, A., & Dixe, M. A. (2016). Hope in mental health: An integrative literature review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe3), 95-101.

Rocha, P. R. D., & David, H. M. S. L. (2015). Patterns of alcohol and drug consumption in health care professionals: a portrait of students of lato sensu courses in a public institution. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 11(1), 42-48.

Rodrigues, E. P., Rodrigues, U. S., Oliveira, L. M., Laudano, R. C., & Sobrinho, C. L. (2014). Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 296.

Vieira, T. G., Beck, C. L. C., Dissen, C. M., Camponogara, S., Gobatto, M., & Coelho, A. P. F. (2013). Illness and the use of psychoactive drugs among nursing workers at intensive care units. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(2), 205-214.

World Health Organization (WHO). (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Version 1.0. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2016). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Version 2.0. Geneva.

Yıldız, T., & Baltacı, G. (2015). A clinical survey on hopelessness of nurses and their perception of spirituality or spiritual care. *JNHS*, 1(4), 19-25.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Flaviane Maria Pereira Belo – 20%

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – 10%

Regina Célia Sales Santos – 10%

Valfrido Leão de Melo-Neto – 10%

José Leandro Ramos de Lima – 15%

Willams Henrique da Costa Maynard – 10%

Ana Claudia Corrêa De Ornelas – 10%

Verônica de Medeiros Alves – 15%