

Prevalência de depressão e ansiedade e sua relação com esperança em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

Prevalence of depression and anxiety and relation with hope in oncological patients under chemotherapy

Fernando Rotatori Leal¹, Marcella Constâncio Sousa¹, Lucas Eduardo Fonseca¹, Bernardo Tolentino¹, Carolina Carla Alves Melo¹, João Paulo de Souza Lourenço¹, Priscilla Brunelli Pujatti^{1*}.

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE
*Praça Pres. Antônio Carlos, 8 – São Sebastião, Barbacena – MG, 36202-336. Tel: (32)3339-2950. E-mail: pujatti.pb@gmail.com
Instituição/local de desenvolvimento do estudo: Hospital Ibiapaba (CEBAMS)

RESUMO

Introdução: Além da implicação sistêmica do câncer, alterações neuropsiquiátricas podem surgir em maior ou menor grau, sobretudo os transtornos depressivos e ansiosos, que podem ser desencadeados durante a evolução da doença. Existem ferramentas úteis para a detecção de pacientes que se encontram em sofrimento psicoemocional e que necessitam de intervenção psicológica e/ou psiquiátrica, e a partir disso é possível promover atenção integral ao paciente oncológico e melhorar sua qualidade de vida. **Objetivo:** Levantar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes oncológicos. **Materiais e métodos:** Foi conduzido um estudo transversal, prospectivo e observacional por meio dos questionários Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), para o levantamento dos sintomas de ansiedade e depressão, e Escala de Esperança Herth para a mensuração da esperança em relação a vida. **Resultados:** A partir da amostra formada por 91 pacientes foram encontrados 27,47% (IC 95%: 16,3 – 34,2) dos pacientes com ansiedade provável ou possível, e 16,48% (IC 95%: 8,95 – 24,1) com depressão provável ou possível. Foi evidenciado que aqueles pacientes com menor tempo de tratamento apresentaram prevalência de diagnóstico possível ou provável de ansiedade significativamente maior. Além disso aqueles classificados como ansiosos e/ou depressivos na escala de HADS apresentaram uma menor pontuação na escala de esperança. **Conclusão:** Independente do diagnóstico definitivo de ansiedade e depressão o estudo elucida a condição mental dos pacientes oncológicos e alerta para a necessidade da atenção psicoemocional que é pouco considerada durante o tratamento e que podem corroborar para uma maior morbidade e um pior desfecho.

Palavras-chave. Neoplasias. Ansiedade. Depressão. Esperança. Prevalência.

ABSTRACT

Introduction: In addition to the systemic implication of cancer, neuropsychiatric disorders can appear to a greater or lesser extent, especially depressive and anxious disorders, which can be triggered during the course of the disease. There are useful tools for detecting patients who are in psycho-emotional suffering and who need psychological and / or psychiatric intervention, and from that it is possible to promote comprehensive care to cancer patients and improve their life quality. **Objective:** Estimate the prevalence of anxious and depressive symptoms in cancer patients. **Methods:** A cross-sectional, prospective and observational study was conducted using questionnaires, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), to survey the symptoms of anxiety and depression, and the Herth Hope Index (HHI) to evaluate hope. **Results:** From the sample formed by 91 patients, 27.47% (95% CI: 16.3 – 34.2) of patients with probable or possible anxiety were found, and 16.48% (95% CI: 8.95 - 24.1) with probable or possible depression. It was evidenced that those patients with shorter treatment time had a significantly higher prevalence of possible or probable diagnosis of anxiety. In addition, those classified as anxious and / or depressed on the HADS scale had a lower score on the hope scale. **Conclusion:** Regardless of the definitive diagnosis of anxiety and depression, the study elucidates the mental condition of cancer patients and warns about the need for psycho-emotional attention that is scarcely considered during treatment and that can corroborate greater morbidity and a worse outcome.

Keywords. Neoplasms. Anxiety. Depression. Hope. Prevalence.

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. É uma doença que, na maioria dos casos afeta um sistema específico, mas, como doença crônica, além de implicações sistêmicas, pode desencadear alterações neuropsicoemocionais, em maior ou menor grau. Entre os transtornos mentais associados vale destacar a relação entre o câncer e os transtornos de depressão e ansiedade, desencadeados pela progressão da doença.¹

Existem ainda fatores metabólicos relacionados ao câncer e/ou ao seu tratamento que podem estar associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Hipócrates, autor da primeira descrição de um possível quadro de depressão, descreveu sintomas de “aversão a comida, falta de ânimo, insônia, irritabilidade e inquietação”. A partir disso, os sintomas da depressão podem aparecer em vários quadros clínicos, como esquizofrenia, transtorno de estresse pós-traumático, demência e câncer, sendo sua abordagem ligada ao tratamento da doença de base. Do aspecto biológico, inúmeros neurotransmissores conhecidos foram estudados e relacionados aos casos de depressão, entretanto, os resultados mais objetivos foram associados com a redução das atividades da noradrenalina e da serotonina.²

É indubitável que determinados distúrbios psicológicos também estão associados às mudanças nos papéis sociais, ao status profissional e a possíveis anseios dos pacientes. Acredita-se que essa associação tem relação com o difícil e conturbado momento enfrentado pelo paciente durante o diagnóstico e tratamento oncológico, tendo em vista as mudanças significativas que se iniciam em seu dia a dia, bem como hábitos de vida, hobbies, além do surgimento de pensamentos pessimistas, sobre a morte e futuras incertezas, que podem provocar reações emocionais e interferir no equilíbrio e bem-estar do paciente.³ A depressão em pacientes com câncer frequentemente não é diagnosticada e, portanto, não tratada. Esse fato muitas vezes é impedido pela in experiência no diagnóstico de transtornos mentais, falta de tempo, relutância de pacientes para falar sobre problemas psicológicos e a alta variabilidade do aparecimento de transtornos mentais.

Além disso, sabe-se que níveis mais altos de esperança têm sido associados a níveis mais baixos de ansiedade e sintomas depressivos em populações em tratamento oncológico em estágio inicial. Da mesma forma, níveis mais altos de otimismo têm sido associados a níveis mais baixos de ansiedade e sintomas depressivos em condições normais em populações em tratamento oncológico, incluindo câncer avançado.⁴ Nesse contexto, o uso de escalas breves pode ser uma ferramenta útil para detectar pacientes que precisam de intervenções psicológicas e tratamento psiquiátrico, promovendo atenção integral ao paciente oncológico e melhorando sua qualidade de vida, além de contornar custos e tempo. Por isso, é de grande valia o foco no rastreamento desses pacientes, percebendo a importância da atuação do profissional de saúde como forma de minimizar as reações negativas provenientes. Portanto, o objetivo do estudo foi levantar a prevalência de depressão e ansiedade em pacientes em tratamento oncológico e relacioná-las ao nível de esperança desses pacientes.

MÉTODOS

Estudo transversal, prospectivo e observacional que foi conduzido por meio da aplicação de questionários a pacientes

oncológicos em tratamento no hospital Ibiapaba em Barbacena, Minas Gerais. O município tem população de 137.313 habitantes (IBGE 2019) e é referência regional para o atendimento oncológico englobando mais de 14 municípios: Alfredo Vasconcelos, Antônio Carlos, Alto Rio Doce, Capela Nova, Carandaí, Cipotânea, Desterro de Melo, Ibertioga, Paiva, Ressaquinha, Santa Bárbara do Tugúrio, Santana do Garambéu, Santa Rita do Ibitipoca e Senhora dos Remédios.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena, sob o protocolo de número 3.431.135.

Os critérios de inclusão foram: pacientes portadores de câncer em qualquer estadiamento da doença, maiores de 18 anos, que sabiam ler e escrever ou assinar o próprio nome ou que estavam acompanhados de responsável que podia fazê-lo, que tinham conhecimento prévio do seu diagnóstico e tratamento, que já estavam em tratamento por, pelo menos, dois ciclos ou dois meses e concordaram participar da pesquisa por meio da assinatura do “termo de consentimento livre e esclarecido” (TCLE).

Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, que não completaram dois ciclos do tratamento, pacientes em recidiva, e que não tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os pacientes foram incluídos durante o período de novembro de 2019 até o dia 31 setembro de 2020. A coleta de dados foi realizada por meio de três instrumentos. O primeiro consiste em um questionário elaborado pelos autores, que levantou dados sociodemográficos e as seguintes variáveis do estudo, sendo elas: sexo, idade, cor, escolaridade, estado civil, religião, renda, tempo de tratamento, tipo de tratamento (paliativo ou curativo) tipo de câncer, medicamentos em uso e médico oncologista responsável.

O segundo instrumento utilizado foi a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS),⁵ validada e adaptada para a língua portuguesa utilizada para a avaliação da ansiedade e da depressão. Esse instrumento possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala e o ponto de corte para os diagnósticos são: diagnóstico improvável quando a pontuação é menor que 7, diagnóstico possível para pontuação de 8 a 11 e diagnóstico provável quando a pontuação obtida for de 12 ou mais tanto para a ansiedade como para a depressão. Dessa maneira, para fins de cálculo de ocorrência de ansiedade e depressão, considerar-se-á score maior ou igual a 8 pontos na amostra a ser estudada.

O terceiro instrumento é a escala de esperança de Herth,⁶ adaptado e validado para a língua portuguesa, específico para a mensuração da esperança, que se constitui de 12 afirmações com resposta em escala do tipo Likert com pontuação de 1 a 4 para cada afirmação, onde 1 indica discordo completamente e 4 indica concordo completamente, e quanto maior a pontuação final, maior o nível de esperança de vida.

Os dados dos questionários foram transcritos para planilha eletrônica e analisados em programa estatístico STATA, versão 9.2.

Foram produzidas tabelas de frequência do tipo linhas por colunas com frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, além do cálculo de prevalências, medidas de tendência central, dispersão e posição. A existência de relação entre as variáveis estudadas foi medida por teste T, análise de variância, Kruskal Wallis, Quiquadrado de Pearson, Exato de Fisher, conforme a indicação. O nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

No período do estudo, foram incluídos 91 pacientes. Desses, 62 eram mulheres e 29 eram homens. O câncer de mama (30%), esôfago (7,78%) e intestino (7,78%) foram os mais prevalentes. Os tipos histológicos mais comumente encontrados foram o carcinoma 39,90% e o adenocarcinoma 37,77% e a maioria dos pacientes 33,33%, encontravam-se no estágio II de estadiamento da doença.

Do total de pacientes, 49,45% passavam por tratamento paliativo, enquanto 50,55% estavam em tratamento curativo; aqueles com até seis ciclos de tratamento realizados eram 67,03% e com mais de seis ciclos realizados do tratamento 31,81%. As demais características sociodemográficas e clínicas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas e clínicas (valores absolutos e relativos) de pacientes (n=91) em tratamento oncológico no hospital Ibiapaba (CEBAMS) em Barbacena, Minas Gerais.

Variáveis	Total	
	N	%
Sexo		
Masculino	29	31,87
Feminino	62	68,13
Idade		
18 a 60 anos	38	41,76
Acima de 60 anos	53	58,24
Escolaridade		
Analfabetos – 1º grau incompleto	31	34,06
1º grau completo – 2º grau incompleto	27	29,67
2º grau completo – Superior completo	33	36,27
Estado Civil		
Casado	49	53,85
Divorciado	7	7,69
Solteiro	19	20,88
Viúvo	16	17,58
Renda Familiar		
>726 reais	39	42,86
>1551 reais	21	34,07
>3000 reais	31	2
Cor		
Branco	60	65,93
Não branco	31	34,07
Religião		
Católica	78	86,67
Evangélico	8	8,87
Outros	3	3,33
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	48	52,24
Quimioterapia + Cirurgia	31	34,44
Quimioterapia + Radioterapia	7	7,77
Quimioterapia + Cirurgia + Radioterapia	5	5,55
Tempo de tratamento		

Variáveis	Total	
Menor que 6 meses	44	48,35
6 meses a 2 anos	39	42,87
Acima de 2 anos	8	8,8
Grau		
I	3	3,33
II	31	33,34
III	29	32,22
IV	28	31,11

Fonte: Sousa MC, *et al*, 2020.

Com base na análise dos resultados relacionados a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, 72,53% dos pacientes ficaram com uma pontuação na escala menor que 8 para ansiedade, enquanto 27,47% (IC 95%: 16,3 – 34,2) atingiram uma pontuação maior que 8 para ansiedade; 83,52% dos entrevistados tiveram uma pontuação menor que 8 para depressão e 16,48% (IC 95%: 8,95 – 24,1) atingiram uma pontuação maior que 8 para depressão.

O resultado do rastreio de ansiedade e depressão na amostra estudada está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Estratificação dos pacientes oncológicos na escala de ansiedade e depressão hospitalar.

Perfil de sintomas ansiosos (HADS – Ansiedade)	N= 91	%	IC 95%
Diagnóstico improvável (0-7 pontos)	54	59,35	
Diagnóstico possível (8-11 pontos)	23	25,27	
Diagnóstico provável (12-21 pontos)	14	15,40	16,3
Ocorrência estimada de ansiedade	37	40,67	– 34,2
Perfil de sintomas depressivos (HADS - Depressão)	N= 91		
Diagnóstico improvável (0-7 pontos)	67	73,63	
Diagnóstico possível (8-11 pontos)	15	16,49	
Diagnóstico provável (12-21 pontos)	9	9,90	
Ocorrência estimada de depressão	24	26,39	8,95- 24,1

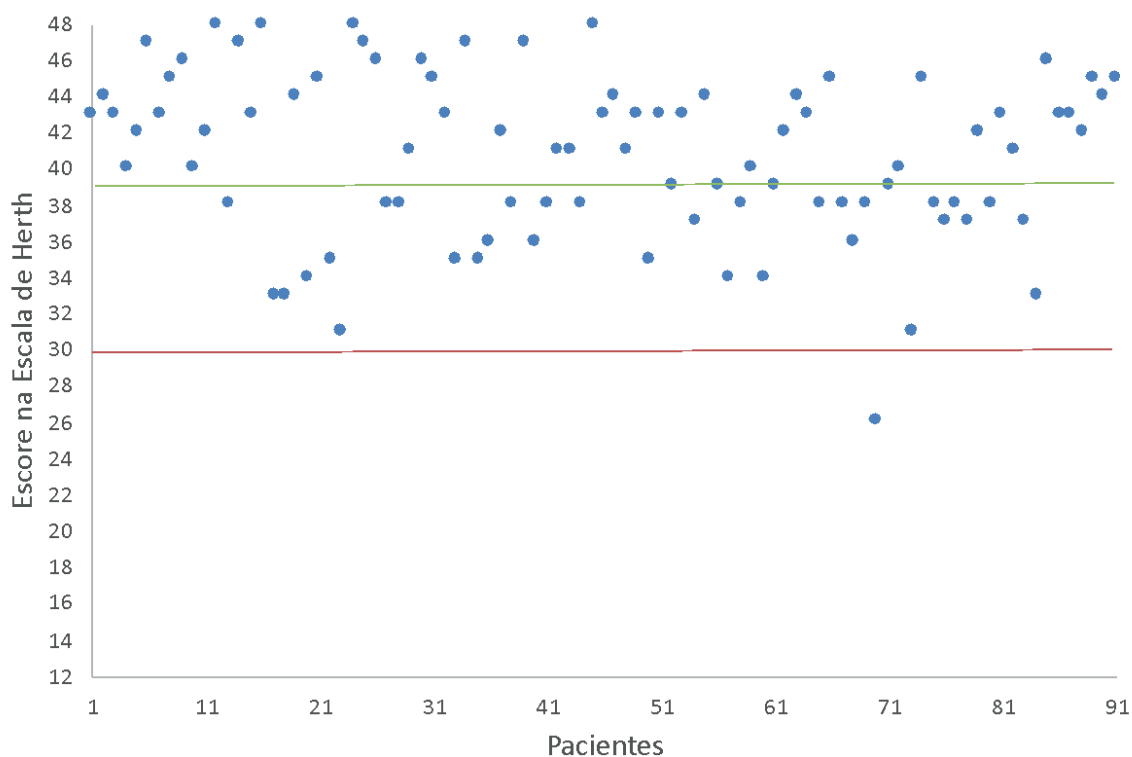
Nota: Consideraram-se, para fins de análise estatística, pacientes com ansiedade e depressão, aqueles que obtiveram escores compatíveis com diagnóstico provável ou possível (≥ 8 pontos).

Fonte: Sousa MC, *et al*, 2020.

Não foi observada associação entre a ocorrência estimada de ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas (teste Qui-Quadrado). Dentre as variáveis clínicas avaliadas, pacientes com menor tempo de tratamento apresentaram prevalência de diagnóstico possível ou provável de ansiedade significativamente maior ($p = 0,049$, teste de Mann-Whitney).

Com base na análise dos resultados relacionados a escala de esperança de Herth, mais de 60% dos pacientes entrevistados apresentaram pontuação maior que 39 pontos em um máximo de 48 pontos, enquanto cerca de 5% dos pacientes alcançaram uma pontuação próxima a mediana da classificação, 30 pontos. Esses valores demonstram que a maioria dos pacientes da amostra do referente estudo se apresentaram com um bom nível de esperança. A distribuição da amostra conforme a pontuação na escala de esperança de Herth é apresentada na Figura 1.

Figura 1: Distribuição dos pacientes oncológicos conforme resultado na escala de esperança de Herth. A linha vermelha delimita 50% do total de pontos (30 pontos) e a linha verde 75% (39)



Nota: A escala de esperança de Herth se classifica de acordo com a pontuação na qual a mínima possível é 12 pontos e a máxima é de 48 pontos, sendo que quanto mais alto a pontuação maior o nível de esperança.

Fonte: Leal FR, *et al*, 2020.

A análise da relação entre a pontuação na escala de esperança de Herth e o resultado na escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) está apresentada na Tabela 3. Os pacientes que foram classificados como ansiosos e/ou depressivos apresentaram menor nível de esperança de acordo com a escala de Herth.

Tabela 3 – Distribuição dos resultados na escala de esperança de Herth conforme o rastreamento de ansiedade e depressão pelo HADS em pacientes oncológicos de Barbacena, MG de novembro de 2019 a setembro de 2020.

	Resultado na Escala de Esperança de Herth					
	Média	DP	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	P
Ansiedade						0,024
S	38,68	5,3	35	39	43	
N	41,42	4,0	38	42	45	
Depressão						0,000
S	35,53	4,8	33	35	39	
N	41,68	3,8	38	42	45	

Fonte: Leal FR, *et al*, 2020.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer representa uma sobrecarga emocional, porém, o aparecimento da depressão parece estar mais relacionado às características inerentes aos pacientes (sua personalidade e comorbidades pré-câncer) do que às características relacionadas ao câncer e seu tratamento.⁷ No que se refere a ansiedade, sabe-se que ela está presente nos pacientes com câncer, sendo uma reação esperada devido a forte relação da doença com a morte e sofrimento, como também pelos vários procedimentos invasivos que o paciente passa durante o tratamento.⁸ A partir dos dados coletados por meio do HADS, a prevalência de ansiedade e depressão encontradas neste estudo foi de 27,47% e de 16,48%, respectivamente, valores maiores do que a prevalência brasileira de ansiedade e depressão divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017 de 9,3% para ansiedade e 5,8% para depressão.⁹ Ainda há controvérsias sobre a incidência de ansiedade

e depressão em pacientes oncológicos, uma vez que a maioria dos trabalhos publicados se baseiam em ferramentas para o rastreamento de sintomas ao invés de diagnósticos clínicos e ainda diferem em relação às ferramentas utilizadas.¹⁰

Não foi encontrada relação entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de ansiedade e/ou depressão nos pacientes. Ao analisar o gênero, os resultados mostraram que ambos os grupos apresentaram desfechos similares quanto ao desenvolvimento de transtornos depressivos. Não há diferenças de gênero no impacto emocional e psicológico do câncer avançado ou no significado que seus estressores têm para os homens e mulheres, e ambos os sexos têm padrões semelhantes de desenvolver sintomas depressivos neste contexto.¹¹ Além disso, o avanço na idade correlacionado ao desenvolvimento da doença não foi um fator considerável na alteração da esperança e no desenvolvimento de transtornos psicológicos dos pacientes no presente estudo, em conformidade com a literatura, que mostrou que nem a idade do paciente nem o tipo e local do câncer estão associados à prevalência de depressão nesses pacientes.¹²

Considerando as variáveis clínicas, a prevalência de ansiedade foi maior entre os pacientes com menor tempo de tratamento, de acordo com a escala de HADS. Os níveis de ansiedade são elevados logo após o início dos sintomas do câncer, durante a investigação e diagnóstico, mas muitas pessoas se adaptam com o tempo. As incertezas quanto ao tratamento e ao prognóstico tornam o início do tratamento mais propenso para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos. Até 50% das mulheres com câncer de mama têm um diagnóstico de depressão, ansiedade ou ambos no ano seguinte do diagnóstico, caindo para 15% em cinco anos.¹³ A avaliação psicológica de pacientes com doenças gastrointestinais após colostomia não encontrou diferença na ansiedade entre pacientes com tumores malignos ou benignos. Isso sugere que a questão da malignidade não é a mais relevante, mas sim o tratamento em si.¹⁴ Além disso, a ansiedade geralmente é causada não pelo medo da morte, mas por questões de dor descontrolada, isolamento, abandono e dependência, e sintomas físicos e efeitos colaterais experimentados durante o tratamento são preditivos de sofrimento relacionado ao câncer.¹⁵

Em relação ao resultado na escala de esperança de Herth, de forma geral os pacientes do presente estudo apresentaram alta pontuação, elucidando um elevado nível de esperança nesses pacientes. Entretanto, pacientes classificados como ansiosos e/ou depressivos na escala de HADS apresentavam uma menor pontuação na escala de esperança. Em estudo conduzido em outras populações de câncer, níveis mais elevados de esperança também foram associados a níveis mais baixos de depressão e ansiedade.^{16,17} A esperança é um fenômeno complexo e multifatorial, e os fatores que a influenciam durante o tratamento oncológico ainda não estão claros. Em uma revisão sistemática dos fatores relacionados à esperança em pacientes com câncer demonstrou-se que a esperança não está relacionada a fatores demográficos e clínicos, mas está positivamente relacionada a qualidade de vida, bem-estar, suporte social e espiritualidade e negativamente relacionada aos sintomas, depressão e estresse. O sofrimento psicológico diminui a esperança e os profissionais de saúde são desafiados a enfrentar as percepções de esperança dos pacientes e discutir com eles estratégias que podem ser úteis para reduzir o sofrimento psíquico e melhorar a qualidade de vida.¹⁸

As limitações do presente estudo são a coleta de dados em um único centro e a não confirmação do diagnóstico de depressão e ansiedade dos pacientes por um psiquiatra. Por outro lado, independente do diagnóstico definitivo, os instrumentos utilizados

retratam a condição mental dos pacientes naquele momento e alertam para a necessidade de atenção a esses sintomas, normalmente pouco considerados na abordagem oncológica, e que podem corroborar para uma maior morbidade durante o tratamento e um pior desfecho.

CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados por meio do HADS, a prevalência de ansiedade e depressão encontradas neste estudo foi de 27,47% e de 16,48%, respectivamente. Não foi observada associação entre a ocorrência estimada de ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas e pacientes com menor tempo de tratamento apresentaram prevalência de diagnóstico possível ou provável de ansiedade significativamente maior. A maioria dos pacientes da amostra do referente estudo se apresentaram elevado nível de esperança. Os pacientes que foram classificados como ansiosos e/ou depressivos apresentaram menor nível de esperança de acordo com a escala de Herth.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf
2. Juver JPS, Verçosa N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Rev Bras Anestesiologia*. 2008;58(3):287-98.
3. Instituto Vencer o Câncer. A depressão e o paciente oncológico [Internet]. São Paulo, Brasil; 2017. Disponível em: <https://vencercancer.org.br/cancer/noticias/a-depressao-e-o-paciente-oncologico/>
4. Fischer IC, Cripe LD, Rand KL. Predicting symptoms of anxiety and depression in patients living with advanced cancer: the differential roles of hope and optimism. *Support Care Cancer*. 2018 Oct;26(10):3471-3477.
5. Faro A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicol Teor Pesqui*. 2015;31(3):349-53.
6. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):227-32.
7. Carvalho SMF, Bezerra IMP, Freitas TH, Rodrigues RCS, Carvalho IOC, Brasil AQ, et al. Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(1):68-74.
8. Castro EK, Romeiro FB, Lima NB, Lawrenz P, Hass S. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. *Psic Saúde & Doenças*. 2015 Dez;16(3):359-72.
9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. 24 p.
10. Hong JS, Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer*. 2014 Feb;22(2):453-9.
11. Miller S, Lo C, Gagliese L, Hales S, Rydall A, Zimmermann C, et al. Patterns of depression in cancer patients: an indirect test of gender-specific vulnerabilities to depression. *Soc*

- Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011 Aug;46(8):767-74.
12. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011 Feb;12(2):160-74.
 13. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ.* 2018 Apr 25;361:k1415.
 14. Stark DP, House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer.* 2000 Nov;83(10):1261-7.
 15. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65886/>
 16. Fischer IC, Cripe LD, Rand KL. Predicting symptoms of anxiety and depression in patients living with advanced cancer: the differential roles of hope and optimism. *Support Care Cancer.* 2018 Oct;26(10):3471-7.
 17. Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: A preliminary study. *BMC Res Notes.* 2011 Nov 28;4:519.
 18. 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 Jul;76(7):1520-37.