

Sintomas de ansiedade e estresse em pacientes submetidos à quimioterapia

Anxiety and stress in patients submitted to chemotherapy

Layse Roesler Simões

Especialista; Passo Fundo, RS, Brasil;
laysesimoes@yahoo.com.br

Cristina Pilla Della Mía

Mestre; IMED (Docente do Curso de Psicologia), Passo Fundo, RS, Brasil;
cristina.mea@imed.edu.br

Vinicius Renato Thomé Ferreira

Doutor; IMED (Docente do Curso e Mestrado em Psicologia), Passo Fundo, RS, Brasil;
vinicius.ferreira@imed.edu.br

Resumo

Introdução: A prevalência de câncer aumentou nas últimas décadas e o tratamento quimioterápico é indicado na maioria dos casos. **Objetivo:** investigar os sintomas de ansiedade e estresse em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Material e método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, comparativa e transversal. Participaram 140 indivíduos, divididos em um grupo de pacientes oncológicos e outro de uma amostra da população geral. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade (LIS-A) e Levantamento da Intensidade de Sintomas de Estresse (LIS-E). **Resultados:** o grupo de pacientes oncológicos apresentou maior pontuação de sintomas de estresse e ansiedade nas mulheres, em indivíduos que realizaram cirurgia, que tiveram câncer e a doença retornou, com metástase e aqueles que realizavam tratamento psiquiátrico ou faziam uso de psicofármacos. Na comparação de sintomas de ansiedade e de estresse, não houve diferença significativa entre o grupo dos pacientes oncológicos e o da população geral. **Conclusão:** Sugere-se que a equipe médica avalie a presença de sintomas psicológicos em pacientes que realizam quimioterapia, sendo a psicoterapia uma das possibilidades para auxiliar no enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Quimioterapia. Câncer. Ansiedade. Estresse psicológico.

Abstract

Introduction: The prevalence of cancer has increased in recent decades and chemotherapy is indicated in most cases. **Objective:** to investigate anxiety and stress symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy. **Material and method:** This are a quantitative, descriptive, comparative and transversal research. 140 individuals participated, divided into a group of cancer patients and another from a sample of the general population. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, Anxiety Symptom Intensity Survey (LIS-A) and Stress Symptom Intensity Survey (LIS-E). **Results:** the group of cancer patients had higher scores of stress and anxiety symptoms in women, in individuals who underwent surgery, who had cancer and the disease returned, with metastasis and those who underwent psychiatric treatment or were using psychotropic drugs. When comparing anxiety and stress symptoms, there was no significant difference between the group of cancer patients and the general population. **Conclusion:** It is suggested that the medical team assess the presence of psychological symptoms in patients undergoing chemotherapy, and psychotherapy is one of the possibilities to help in coping with the disease.

Keywords: Chemotherapy. Cancer. Anxiety. Psychological stress.

1 Introdução

Câncer é um nome dado a um agrupamento de mais de 100 doenças que possui um crescimento excessivo (maligno) de células que tomam os tecidos e os órgãos, podendo

rapidamente espalhar-se por todo o corpo (metástase) (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2017a). Estima-se que entre 2018-2019, ocorram 600 mil novos casos de câncer no Brasil, sendo que 70% concentram-se nas regiões sul e sudeste (INCA, 2017b). A etiologia da doença pode ser entendida por causas externas e internas. As externas estão relacionadas ao meio ambiente e comportamentos (por exemplo, o consumo de cigarro está associado ao desenvolvimento de câncer no pulmão) e as internas, que envolvem fatores genéticos (Brandão, Sampaio, Mochizuki, & Santos, 2017; INCA, 2017a).

Um dos tratamentos para o câncer é a quimioterapia, que consiste na aplicação de medicamentos que destroem as células doentes. Pode ser administrado via oral, intravenoso, intramuscular, subcutâneo ou tópico. O mais comum é o intravenoso, onde o medicamento se espalha pelo corpo para que as células tumorais sejam destruídas (INCA, 2017a). Algumas pessoas possuem reações desconfortáveis, como tontura e náusea durante a aplicação, visto que existem medicações mais fortes e outras mais fracas, e também deve ser considerado o tipo e estágio da doença (Bonassa & Gato, 2012). A dor é um dos sintomas mais notáveis nos pacientes oncológicos, causando efeitos negativos na qualidade de vida (Antonechen & Dóro, 2016; Silva, Silva, Araújo, & Almeida, 2017).

Receber o diagnóstico de câncer vem acompanhado de uma mistura de sentimentos e sofrimento, tanto ao paciente quanto para a família. A palavra câncer é associada a uma limitação e é vista por muitos como uma doença incurável e a proximidade da morte (Morais et al., 2013). Nesse sentido, o diagnóstico de câncer pode favorecer o surgimento de sintomas e transtornos psiquiátricos (Ferreira et al., 2016). Um dos sintomas psicológicos mais comuns é a ansiedade, que se caracteriza por um estado emocional passageiro acompanhado por sentimentos de tensão e apreensão e por um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo com desconforto abdominal, tremores, sensação de desmaio, agitação psicomotora, preocupações excessivas, dificuldades de concentração, tonturas, palpitações e taquicardia (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017; Stark & House, 2000). Esses sintomas estão relacionados a períodos de espera, cirurgias ou tratamentos. Os sintomas que a quimioterapia causa produz um forte abalo na vida do paciente, prejudicando sua autoestima e sua capacidade de autocuidado (Silva, Ribeiro, & Sousa, 2015). Dor, tristeza, insônia e dispneia foram associados com sintomas de ansiedade em pacientes submetidos a quimioterapia (Nazik et al., 2012).

Sintomas de estresse, além dos sintomas de ansiedade, também podem surgir no paciente em tratamento oncológico. O ambiente com o qual o indivíduo interage com frequência pode

gerar instabilidades devido a diferentes demandas, como por exemplo o reconhecimento pelo trabalho, a obediência a padrões de comportamento e estéticos, variações econômicas e tensões interpessoais; estas instabilidades geram pressão, que é chamado de estresse (Marques, Gasparotto, & Coelho, 2015). Sentimentos de tristeza, medo da morte e a indiferença estão relacionados a sintomas de estresse e se forem diagnosticados e tratados precocemente, o paciente estará mais preparado para enfrentar a quimioterapia (Rodrigues et al., 2016). Durante o tratamento, é essencial que o estado emocional do paciente esteja em equilíbrio, para que haja uma melhor qualidade de vida, permitindo que haja relações interpessoais mais saudáveis (Regino, 2013).

O presente estudo teve como objetivo investigar os sintomas de ansiedade e estresse em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Além disso, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos; levantar a pontuação de sintomas de ansiedade de uma amostra de pacientes oncológicos que estão realizando quimioterapia; levantar a pontuação de sintomas de estresse de uma amostra de pacientes oncológicos que estão realizando quimioterapia; identificar se há diferença estatisticamente significativa entre a pontuação de sintomas de ansiedade e de estresse dos pacientes oncológicos que estão realizando quimioterapia com a pontuação de uma amostra da população geral.

2 Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, comparativo e transversal (Samperi, Collado, & Lucio, 2013).

2.1 Participantes

Participaram do estudo 140 sujeitos, composto de 70 pacientes oncológicos que estavam realizando quimioterapia e 70 adultos de uma amostra da população geral. O grupo de pacientes foi recrutado no Setor de Oncologia de um hospital localizado no Rio Grande do Sul. Foram incluídos no estudo: pacientes com diagnóstico de câncer e que estavam realizando quimioterapia, homens e mulheres, acima de 18 anos e que sabiam ler e escrever. Foram excluídos: pacientes que não tinham condições físicas para preencher os protocolos e pacientes que não sabiam ler e escrever.

O grupo de adultos de uma amostra da população geral foram escolhidos por conveniência. Incluiu-se homens e mulheres, maiores de 18 anos, que sabiam ler e escrever e que

não nunca tiveram diagnóstico de câncer. Excluiu-se pacientes que não sabiam ler e escrever. Não houve perda amostral em nenhum dos grupos.

2.2 Instrumentos

Os instrumentos da pesquisa foram:

Questionário Sociodemográfico: instrumento construído para esse estudo a fim de mapear dados como gênero, idade, escolaridade, estado civil, profissão, dentre outros.

Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade (LIS-A): instrumento de autoavaliação que visa identificar a intensidade de sintomas de ansiedade, na versão de 34 questões. É apresentado em escala *likert* de 5 pontos (0 a 4), sendo a menor pontuação 0 e a maior pontuação 136. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de ansiedade (Ferreira, 2015a). O LIS-A está em fase final de validação, e os dados iniciais obtidos apontaram para um índice KMO=0,94 e alfa de *Cronbach* de 0,9, sugerindo propriedades psicométricas adequadas (Ferreira, 2015a).

Levantamento da Intensidade de Sintomas de Estresse (LIS-E): É um instrumento de autoavaliação que visa identificar a intensidade de sintomas de estresse na versão de 25 questões. É apresentado em escala *likert* de 5 pontos (0 a 4), sendo a menor pontuação 0 e a maior pontuação 100. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de estresse. O LIS-E está em fase final de validação, e os dados iniciais obtidos apontaram para um índice KMO=0,96 e alfa de *Cronbach* de 0,9, sugerindo propriedades psicométricas adequadas (Ferreira, 2015b).

2.3 Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 45557815.5.0000.5319). A pesquisadora entrou em contato com um hospital localizado em uma cidade na região norte do Rio Grande do Sul que autorizou a realização do estudo. O grupo dos pacientes em tratamento oncológico foi abordado no hospital, onde estava sendo realizando a quimioterapia. A profissional responsável pelo setor de quimioterapia encaminhava os pacientes para a pesquisadora em um consultório localizado nas dependências do hospital. Na ocasião, foi apresentado e explicado os objetivos do estudo. Os pacientes que concordaram em participar agendavam um novo horário para a aplicação dos instrumentos. Nesse momento da coleta de dados, a pesquisadora leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obteve a assinatura dos participantes. A coleta foi realizada individualmente em um consultório médico.

Primeiramente, o paciente preencheu o questionário sociodemográfico, o LIS-A e o LIS-E. A coleta teve duração média de 30 minutos. A coleta dos dados do grupo dos adultos de uma amostra da população geral foi realizada individualmente, na residência dos mesmos. Foi esclarecido os objetivos, lido e assinado o TCLE. Após, os instrumentos foram aplicados.

2.4 Análise de dados

Os dados foram analisados e levantados quantitativamente, com descrição e interpretação dos resultados. A análise estatística e inferencial dos escores foi efetuada por meio do teste *Mann-Whitney*, do teste t de *Student* e através da correlação de *Spearman* a 5% de probabilidade para as variáveis avaliadas, respeitando o tipo de dado (paramétrico ou não-paramétrico) e a distribuição (normal ou não-normal) (Dancey & Reidy, 2013).

3 Resultados

Os resultados referentes ao perfil sociodemográfico do grupo dos pacientes com diagnóstico de câncer mostraram que a maioria dos pacientes são mulheres (n=56, 67,5%). A média de idade do grupo de pacientes oncológicos foi de 52,6 anos (DP = 13,7 anos), e a da população geral de 35,1 (DP = 15,1), com diferença estatisticamente significativa ($t = 7,1$, $p < 0,01$). Quanto ao estado civil, a maioria das pacientes mulheres (n=39, 69,6%) quanto homens (n=8, 57,1%) são casados ou possuem uma união estável. Constatou-se que 39,3% (n= 22) das mulheres possuem ensino médio completo e 35,7% (n=5) dos homens possui ensino fundamental incompleto. Em relação à profissão, a maior parte dos pacientes são aposentados (n= 22, 39,9% das mulheres e n= 6, 42,9% dos homens), com uma renda familiar variando de 2 até 3 salários-mínimos (n=23, 41,1% das mulheres e n= 42,9% dos homens). A religião cristã foi predominante no grupo dos pacientes oncológicos, com 100% dos entrevistados.

No grupo da população geral, a maioria da amostra foi composta por homens (n= 43,75% são do gênero masculino. A média de idade foi de 35,1 anos (DP=15,1). Quanto ao estado civil, 51,9% (n= 14) das mulheres são casadas ou possuem uma união estável e 51,2% (n= 22) dos homens são solteiros. A religião cristã foi a que prevaleceu também no grupo, tanto nos homens (n=37, 86%) quanto nas mulheres (n=2; 77,8%). Em relação a profissão, 18,5% (n=5) das mulheres trabalham na área da saúde, 18,5% (n=5) com educação e 14% (n=6) dos homens trabalham com agricultura. A renda familiar entre as mulheres variou de 2 a 3 salários mínimos

(n=7, 25,9%) e 3 a 6 salários (n=7, 25,9%), entre os homens variou de 0 a 2 salários (n=11, 25,6%) e 2 a 3 (n=11, 25,6%).

Referente aos pacientes oncológicos, a média de idade quando se realizou o diagnóstico foi de 50,9 anos (DP=13,4). Quanto aos resultados da quimioterapia, todos os pacientes (100%) realizavam o procedimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A média de tempo que os pacientes iniciaram a quimioterapia foi de 10,1 meses (DP=14,3) e a média de sessões feitas foi de 14,0 (DP=20). O câncer de mama predominou entre as mulheres (n=36, 64,3%) e o de pulmão (n=3, 21,4%) e próstata (n=3, 21,4%) nos homens. Quanto a cirurgia, 59,9% (n= 33) das mulheres realizaram alguma intervenção, sendo a mastectomia a mais prevalente (n=15, 45,5%), e 14,3% (n=2) dos homens realizaram procedimento cirúrgico, sendo para a retirada do tumor (n= 1, 50%) ou orquiectomia (remoção dos testículos) (n=1, 50%).

Também se constatou que a maioria dos pacientes, ou seja, 85,7% das mulheres (n=48) e 78,6% dos homens (n=11), tiveram o diagnóstico de câncer pela primeira vez e 26,8% (n=15) das mulheres e 28,6% (n= 4) dos homens tinham metástase. Entre os efeitos colaterais causados pela quimioterapia, náusea e vômito foram os mais citados entre as mulheres (n=18, 32,1%), e fraqueza e cansaço (n=6, 42,9%) entre os homens. Ainda, a radioterapia também foi um recurso necessário para 14,3% (n=8) das mulheres e 35,7% (n=5) dos homens. Em relação a tratamento psiquiátrico e psicológico, 19,6% (n=11) das mulheres realizaram acompanhamento com psiquiatra e dessas, 16,1% (n=9) usam antidepressivos e 14,3% (n=8) fazem psicoterapia. Já no público masculino, nenhum realiza acompanhamento psiquiátrico ou psicológico e um paciente (100%) faz uso de antidepressivo. A média de tempo de realização de tratamento psiquiátrico foi de 22,6 meses (DP=34,5) e de tratamento psicológico foi de 19,8 meses (DP= 23,4).

Na avaliação dos sintomas de ansiedade do grupo de pacientes oncológicos, a média do LIS-A foi de 32,4 (DP = 20,6), já o grupo da amostra da população geral apresentou uma média de 34,8 (DP = 21,3). Na avaliação de sintomas de estresse do grupo oncológico, a média do LIS-E foi de 24,1 (DP=16,0), no grupo da população geral foi de 25,5 (DP= 15,9). A comparação quanto aos escores na amostra total entre os dois grupos, não apontou diferença estatisticamente significativa, conforme Tabela 1.

No grupo de pacientes oncológicos, a média do LIS-A foi de 34,64 (DP= 23,19) para as mulheres e de 32,04 (DP=17,12) para os homens, não havendo diferença significativa (U= 2335,5, $p= 0,90$). Nos sintomas de estresse, identificados no LIS-E, a média foi 25,69 (DP=

17,87) para as mulheres e de 23,54 (12,62) para os homens, também não havendo diferença significativa ($U= 2345,5, p=0,92$).

Tabela 1- Média, desvio padrão dos sintomas de ansiedade e estresse e estatística inferencial pelo teste de *Mann-Whitney*

Variável	Pacientes oncológicos		Amostra população geral		Mann-Whitney	
	Média	DP	Média	DP	U	p
LIS -A	32,4	20,6	34,8	21,3	2210,0	0,32
LIS-E	24,1	16,0	25,5	15,9	2290,0	0,51

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

Os pacientes que realizaram cirurgia apresentaram a média no LIS-A de 36,54 (DP= 21,97) e os que não realizaram o procedimento, média de 28,17 (DP= 18,58). Embora os pacientes que foram submetidos a algum procedimento apresentem uma média maior dos sintomas de ansiedade, não foi encontrada diferença significativa ($U= 456,5, p=0,07$). A média do LIS-E foi de 27,83 (DP=17,98) para quem fez cirurgia e de 20,43 (DP=13,03) para quem não realizou. A média dos que realizaram cirurgia foi maior dos que não realizaram, porém não houve diferença significativa ($U= 470,5, p=0,10$).

Os pacientes oncológicos que tiveram o diagnóstico de câncer pela primeira vez pontuaram média no LIS-A de 29,68 (DP= 18,01) e os que já tinham diagnóstico de câncer e a doença retornou, tiveram média de 46,73 (DP=28,06), havendo diferença significativa ($U=184,5, p=0,02$). Os pacientes que já tinham diagnóstico de câncer e novamente tiveram a doença também apresentaram média mais alta no LIS- E de 33,45 (DP= 18,74) do que os pacientes que receberam o diagnóstico pela primeira vez (média de 22,39, DP=15,01), porém não foi encontrada diferença significativa ($U=216,5, p=0,08$).

O grupo de pacientes que apresenta metástase obteve média de 38,26 (DP= 24,66) no LIS-A, enquanto o grupo do que não tinham metástase pontuaram média de 30,16 (DP= 18,72), contudo não foi encontrada diferença significativa ($U=384,0, p=0,18$). A média no LIS-E também foi maior no grupo de pacientes com metástase, de 29 (DP=15,69) quando comparada

com os pacientes que não tem metástase que apontou média de 22,31 (DP=15,92), havendo diferença significativa ($U=335,5, p= 0,05$).

A média no LIS-A dos pacientes oncológicos que realizam tratamento psiquiátrico, psicológico ou tomam medicação foi de 46,5 (DP=20,4), enquanto os que não realizam nenhum tratamento obtiveram média de 35,8 (DP=16,3), sendo encontrada diferença significativa ($U=219,5, p<0,01$). No LIS-E, a média foi de 27,8 (DP=18,7) para os que realizam alguma modalidade de tratamento para saúde mental e de 20,4 (DP=14,2), havendo diferença significativa ($U=183,0, p<0,01$). O estudo das correlações (*Spearman*) apontou correlação moderada entre o número de sessões de quimioterapia com os sintomas de ansiedade (LIS-A, $\rho=0,405$).

4 Discussão

Quanto ao perfil sociodemográfico do grupo dos pacientes oncológicos, a maioria foi mulheres (67,5%), resultado semelhante encontrado em outro estudo (Santos, Silva, Monteiro, & Araújo, 2017). Referente ao estado civil, 69,6% das mulheres e 57,1% dos homens eram casados ou tinham uma união estável, o que também foi evidenciado em 73,68% dos participantes de outra pesquisa (Lufiego, Schneider, & Boss, 2017). O fato de terem uma família e contar com o apoio da mesma numa situação de doença resulta numa melhor qualidade de vida para o paciente (Calefi et al., 2014). A escolaridade da amostra dos pacientes oncológicos, ou seja, a maioria das mulheres tinha ensino médio completo (39,3%) e dos homens (35,7%), fundamental incompleto. Um nível de escolaridade baixo pode acabar influenciando negativamente no caso de pacientes com câncer, pois resultam em poucas informações sobre prevenção e detecção precoce de doenças, dificultando o acesso à saúde (Amorim, Barros, César, Carandina, & Goldbaum, 2008; Andrade et al., 2014).

Nos pacientes em tratamento, observou-se que a maioria era de aposentados (39,29% das mulheres e 42,9% dos homens), o que está de acordo com outro estudo (Simão et al., 2017). A renda familiar predominante foi de dois até três salários mínimos, semelhante a outra pesquisa onde 43,4% dos pacientes recebiam dois salários-mínimos (Costa et al., 2017). A baixa renda é um dado que justifica o fato de 100% dos tratamentos serem realizados pelo SUS. Quanto a religião, 100% dos pacientes são cristãos, o que também foi confirmado em outra pesquisa (Regino, 2013). A religiosidade e a fé são de grande importância no tratamento do câncer, sendo uma forma de apoio para lidar com a doença (Santos, 2013).

A média de idade entre os pacientes foi de 52,6 anos. Essa informação corrobora outros estudos que encontraram média de 51 a 60 anos (Goulart et al., 2010) e de 54 anos (Simão et al., 2017). Os pacientes tinham em média 50,9 anos (DP= 13,4) quando foram diagnosticados com câncer. Há uma relação entre a neoplasia e o envelhecimento, constatando que as mudanças no material genético podem ser fontes estimulantes de neoplasias (Santos et al., 2017). A média de tempo em que os pacientes iniciaram a quimioterapia foi de 10,1 meses (DP= 14,3), o que foi confirmado pesquisas semelhantes, com média de 11,4 meses (DP= 8,4) (Mansano-Schlosser & Ceolim, 2012) e de 9,61 meses (DP= 6,64) (Calegari, Feldens, & Sakae, 2011).

Os resultados relacionados ao tipo de câncer apontaram que as mulheres apresentaram mais a doença na mama e os homens, de próstata e de pulmão. Os achados encontrados estão em consonância com dados da literatura que revelam o câncer de mama como o segundo tipo mais comum no Brasil e no mundo e que mais atinge as mulheres. O câncer de próstata é o segundo mais diagnosticado entre os homens, sendo assim o de pulmão o mais frequente dentre os tumores malignos (INCA, 2018). Da mesma forma, outras pesquisas obtiveram a prevalência de câncer de mama em 23% das mulheres e 36,9% de câncer de próstata nos homens (Oliveira, Malta, Guauche, Moura, & Silva, 2015), 39,4% da amostra com câncer de próstata (Matias et al., 2018) e 26% de câncer de mama e 18% de próstata (Kawakami et al., 2014).

Referente aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, a maioria dos pacientes apresentaram fraqueza/cansaço, náuseas/vômito e queda de cabelo, o que está de acordo com outros estudos, os quais referiram que a metade da amostra teve náusea e vômito (Santos et al., 2017) e 60% apresentaram náuseas durante o tratamento e 35% acompanhados por vômito (Schein, Marques, Vargas, & Kirsten, 2016). O momento da indicação da quimioterapia gera medo, incertezas e normalmente, o paciente não tem muitas informações sobre a mesma (Regino, 2013). Sintomas como fadiga, cansaço, perda de peso, disfagia e dor no corpo causam sintomas de ansiedade e medo para os pacientes oncológicos (Silva, 2015). No decorrer do tratamento quimioterápico, o medo e ansiedade vão aumentando em consequência dos efeitos colaterais (Bonassa & Gato, 2012; Regino, 2013).

Quanto aos sintomas de ansiedade, a comparação quanto aos escores entre os dois grupos não apontou diferença estatisticamente significativa. Em uma pesquisa sobre sintomas de ansiedade e estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico através do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), observou-se que 60,9% das participantes possuíam um baixo nível no traço de ansiedade e

91,5% baixo nível no estado de ansiedade. Referente aos sintomas de ansiedade, outro estudo avaliou os pacientes oncológicos com o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), obtendo média dos sintomas de 15,07 (DP= 8,84), considerado leve (Lufiego et al., 2017). Em achado semelhante, com a HADS, 21,8% dos pacientes abrangeram o grupo de provável ansiedade (Simão et al., 2017). Ainda, outro achado com mulheres com diagnóstico de câncer verificou altos níveis de ansiedade antes de realizar o tratamento quimioterápico e ao final do tratamento, os sintomas diminuíram. Isso foi justificado em função das pacientes conhecerem melhor sobre o tratamento e a esperança de cura ter sido aumentada (Regino, 2013).

Quanto aos sintomas de estresse, também não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Em um estudo com o uso do Termômetro de Estresse (TE) em pacientes idosos em tratamento quimioterápico, foi identificado uma média de 4,2, sendo que 65% da amostra apresentou um alto nível de estresse (Lera et al., 2011). Nesse sentido, é importante detectar esses sintomas precocemente em razão de estarem relacionados a diminuição da capacidade funcional do idoso para realização das atividades diárias (Hurria et al., 2009).

Os sintomas de estresse estão relacionados a quimioterapia, o que foi confirmado por um estudo onde 46% dos pacientes tinham uma alta expectativa no tratamento antineoplásico. Essa expectativa é considerada como um agente estressor, sendo que 54% dos entrevistados relataram que as reações das quimioterapias são os principais causadores de sintomas de estresse e de ansiedade durante o tratamento (Rodrigues et al., 2016). Do mesmo modo, outro achado indicou que 60% da amostra avaliada pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) apresentou presença de estresse, os quais 40% deles estavam em fase de resistência, 15% em fase avançada e 5% em fase de exaustão (Barbosa & Santos, 2012).

Os resultados encontrados em relação aos sintomas de ansiedade apontaram que as mulheres apresentaram média mais alta do que os homens nos sintomas de estresse, embora sem diferença estatisticamente significativa. Os resultados estão em consonância com outro estudo que observou sintomas de ansiedade em 36,2% das mulheres e em 23,1% dos homens (Torres, 2012). As mulheres têm maior prevalência de transtornos de ansiedade ao longo da vida do que os homens (Blumenfield & Tiamson-kassab, 2010). Um estudo com 233 pacientes oncológicos realizado em Minas Gerais também não houve diferença significativa nos sintomas de ansiedade entre homens e mulheres (Ferreira et al., 2016).

Nesta investigação, o grupo de pacientes oncológicos que já fizeram algum tipo de cirurgia apresentaram uma média mais alta de sintomas de ansiedade e estresse quando

comparadas aos que não realizaram nenhum procedimento, embora sem diferença estatisticamente significativa. Pesquisa semelhante referiu que 61,5% dos participantes tinham sintomas de ansiedade em relação à cirurgia avaliados pela HADS, constatando que esses níveis de ansiedade prejudicam a recuperação do paciente (Mata et al., 2018). Outro estudo indicou diferença significativa nos sintomas de estresse entre pacientes que realizaram quimioterapia com pacientes que se submeteram a quimioterapia e a cirurgia, isto é, os que realizaram cirurgia e quimioterapia possuem maior nível de estresse (Botelho & Pereira, 2015). Isso pode ser indicativo de que ser submetido a uma cirurgia pode dar a impressão de que o quadro é pior, etc. Seria bom argumentar algo assim, para completar o raciocínio. Outra pesquisa que avaliou o nível de estresse em pacientes que estavam realizando tratamento antineoplásico também não encontrou diferença significativa entre os sexos (Rodrigues et al., 2016).

No período pré-operatório, os pacientes sentem medo do procedimento associado ao desconhecido, por exemplo, a hospitalização, centro-cirúrgico, anestesia, invalidez ou mutilação e uso de sondas (Costa, Silva, & Lima, 2010). Pensamentos e questionamentos direcionados à vida e a morte acometem os pacientes oncológicos e ficam mais evidentes durante o tratamento, ou seja, na cirurgia, quimioterapia e radioterapia, acarretando, em muitos casos, sofrimento adicional por já estarem fragilizados e vulneráveis com o diagnóstico (Angerami-Camon & Gaspar, 2013).

Outro achado neste estudo foi que os pacientes oncológicos que tiveram pela primeira vez o diagnóstico do câncer apresentaram maior média de sintomas de ansiedade e estresse quando comparados aos que já tinham o diagnóstico e a doença reincidiu, sendo encontrado diferença significativa no LIS-A, com diferença estatisticamente significativa. Em uma pesquisa, 66% dos pacientes haviam recebido o diagnóstico há menos de um ano e 46% citaram como um evento estressor a expectativa de resultado do tratamento (Rodrigues et al., 2016).

Da mesma forma, os pacientes que possuem metástase apresentam maior pontuação nos sintomas de ansiedade e de estresse do que os pacientes que não tinham, havendo diferença significativa na média do LIS- E, com diferença estatisticamente significativa. Cris, veja se é interessante incluir aqui a definição de metástase. Acho que não precisa! Possuir metástase é um fator gerador de estresse para pacientes oncológicos, pois apresentam uma incerteza relacionada ao futuro, ficam com receio dos próximos exames confirmarem outra metástase e se precisarão de mais sessões de quimioterapia (Silva, 2015). Muitas vezes, a quimioterapia é um tratamento paliativo, ou seja, o objetivo não é a cura, e sim a estabilização dos efeitos da doença,

postergando os sintomas e melhorando a qualidade de vida (Bonassa & Gato, 2012; Regino, 2013). Os pacientes com metástase têm pensamentos voltados à morte, alguns trazendo de forma implícita de que todos um dia irão morrer (Trincaus & Corrêa, 2007).

Na amostra estudada, observou-se que poucos pacientes usam a psicoterapia e a psiquiatria como um recurso de enfrentamento, sendo que apenas 19,6% dos pacientes realizam tratamento psiquiátrico e 14,3% realizam psicoterapia. Os resultados foram confirmados em outros estudos que 77,2% dos pacientes oncológicos nunca haviam realizado tratamento psicológico ou psiquiátrico (Lufiego et al., 2017) e 20,83% dos pacientes faziam uso de antidepressivos (Calegari et al., 2011). Os médicos oncologistas encaminham seus pacientes para psicoterapia. O tratamento psicoterápico auxilia o paciente a enfrentar de uma melhor a doença, reorganizando seus pensamentos e sentimentos (Gomes, Siqueira, & Zandonadi, 2017). Por sua vez, os pacientes que realizavam tratamento psiquiátrico, psicológico ou tomam medicação apresentaram uma média mais alta de sintomas de ansiedade e de estresse quando comparados aos que não realizam nenhum tratamento de saúde mental, sendo encontrada diferença significativa nas médias do LIS-A e LIS-E. O paciente oncológico tem a necessidade de expor os seus sentimentos (Silva et al., 2017). Nesse estudo, não foi investigado quais as abordagens de psicoterapia que os pacientes realizavam, porém um estudo apontou a eficácia da psicoterapia cognitivo comportamental para o controle do estresse numa intervenção em grupo de pacientes com câncer de próstata (Penedo et al., 2014) e uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo com mulheres com câncer de mama apresentou significativo resultado no controle do estresse (Antoni et al., 2006).

O teste de correlação de *Spearman* mostrou que quanto maior o número de sessões ou de tempo de quimioterapia, mais sintomas de ansiedade e estresse, e quanto mais tempo de tratamento psiquiátrico, maiores os sintomas de ansiedade. Em outra pesquisa, houve correlação positiva significativa entre indicadores de esperança e o tempo de tratamento dos participantes (Grandizoli, Santos Júnior, Ibiapina, & Garcia, 2017). Para um melhor enfrentamento da doença é necessário que o paciente entenda e conheça sobre o tratamento (Wakiuchi et al., 2015). Em outro estudo, foi encontrada baixa correlação com os escores da escala Ansiedade-estado do IDATE e o tempo de diagnóstico (Vallim et al., 2017).

5 Considerações Finais

Os resultados apontaram média mais alta de sintomas de ansiedade e estresse no grupo de pacientes oncológicos nas mulheres, em indivíduos que realizaram cirurgia, que tiveram câncer e a doença retornou, com metástase e aqueles que realizavam tratamento psiquiátrico ou faziam uso de psicofármacos. Sugere-se uma maior atenção por parte da equipe médica com esses pacientes efetuando encaminhamento para a avaliação destes sintomas, sendo o acompanhamento psicoterápico uma das possibilidades para auxiliar no enfrentamento da doença. Na comparação de sintomas de ansiedade e de estresse, não houve diferença significativa entre o grupo dos pacientes oncológicos e o da população geral. Uma hipótese para justificar esse achado é que os pacientes oncológicos já passaram pelo impacto de receber o diagnóstico, muitos realizaram a retirada do tumor e se encontram na parte da quimioterapia, sendo entendido como a finalização do tratamento e uma possibilidade de estar mais perto da cura.

Uma das limitações do estudo se dá pelo fato do grupo da amostra da população geral não tem a mesma faixa etária do grupo de pacientes oncológicos. Sugere-se novas pesquisas que possam avaliar sintomas depressivos em pacientes oncológicos com o propósito de verificar se há relação com sintomas de ansiedade e estresse.

5 Referências

- Amorim, V. M. S. L., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2008). Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 24(11), 2623-2632. doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100017
- Andrade, J. M. O., Rios, L. R., Teixeira, L. S., Vieira, F. S., Mendes, D. C., Vieira, M. A., & Silveira, M. F. (2014). Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3497-3504. doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013
- Angerami-Camon, V. A., & K. C. Gaspar, K. C. (2013). *Psicologia e Câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antonechen, A. C., & Dóro, M. P. (2016). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes hemato-onco com dor crônica. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 42(1), 225-234. doi.org/10.5902/2236583419001

- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... & Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1143-1152. doi.org/10.1037/0022-006x.74.6.1152
- Barbosa, M. R., & Santos, F. U. D. (2012). Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 10-18. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100003
- Blumenfield, M., & Tiamson-kassab, M. (2010). *Medicina psicossomática*. (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bonassa, E. M. A., & Gato, M. I. R. (2012). *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. São Paulo: Atheneu.
- Botelho, A. S. C., & Pereira, M. D. G. (2015). Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorrectal em quimioterapia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 50-60. doi.org/10.5935/1678-4669.20150007
- Brandão, M. C. P., Sampaio, K. C. P., Mochizuki, A. B., & Santos, V. C. (2017). Cuidados paliativos do enfermeiro ao paciente oncológico. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 1(2), 76-88. Recuperado de <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/147>
- Calefi, K. A. C., Rocha, V. D., Nabhan, S. K., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Mantovani, M. D. F. (2014). The quality of life of patients whit hematological neoplasia undergoing chemotherapy. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 41-47. doi.org/10.5935/1415-2762.20140004
- Calegari, E. G., Feldens, V. P., & Sakae, T. M. (2011). Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(3), 49-55. Recuperado de <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/879.pdf>
- Costa, V. B., Camargo, C. R., Santos, P. H. F. dos, Lima, L. R. de, Stival, M. M., & Funghetto, S. S. (2017). Avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(3), 1-8. doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.35663

- Costa, V. A. S. F., Silva, S. C. F., & Lima, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(2), 282-298. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia* (5a ed.). Porto Alegre: Editora Penso.
- Ferreira, A. S., Bicalho, B. P., Neves, L. F. G., Menezes, M. T., Silva, T. A., Faier, T. A., & Machado, R. M. (2016). Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(4), 321-328. doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159
- Ferreira, V. R. T. (2015). *Levantamento da Intensidade de Sintomas de Ansiedade – LIS-A*. Passo Fundo: não publicado.
- Gomes, K. F., Siqueira, A. C., & Zandonadi, A. C. (2017). Recursos de enfrentamento no percurso da doença oncológica. *Revista FAROL*, 3(3), 64-79. Recuperado de <http://www.revis-tafarol.com.br/index.php/farol/article/view/41/69>
- Goulart, D., Engroff, P., Ely, L. S., Sgnaolin, V., Santos, E. F. dos, Terra, N. L., & De Carli, G. A. (2010). Tabagismo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 313-320. doi.org/10.1590/S1809-98232010000200015
- Grandizoli, M. V., Santos Júnior, R. dos S., Ibiapina, I. S. M., & Garcia, V. C. B. (2017). Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(3), 65-70. doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.718
- Hurria, A., Li, D., Hansen, K., Patil, S., Gupta, R., Nelson, C., & Gardes, J. (2009). Distress in older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(26), 4346. doi.org/10.1200/JCO.2008.19.9463
- Instituto Nacional de Câncer (2017a). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 3. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer (2017b). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
- Instituto Nacional do Câncer (2018). *Tipos de câncer*. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>

- Kawakami, D. M., Olah, S. L., Pivetta, S., Renata, N., Rossi Silva, R. C., Santos, D. C. N., ... & Trevizan Padulla, S. A. (2014). Avaliação da ansiedade e depressão de pacientes oncológicos que realizam quimioterapia ambulatorial. *Colloquium Vitae*, 6(3), 35-41. Recuperado de <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1250>
- Lera, A. T., Miranda, M. C., Trevizan, L. L. B., Antonangelo, D. V., Zanellato, R. M., Tateyama, L. T. C., & Giglio, A. (2011). Aplicação do instrumento termómetro de estresse em pacientes idosos com câncer: estudo piloto. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 9(2), 112-6. Recuperado de <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2011-02.pdf#page=21>
- Lufiego, C. A. F., Schneider, R. H., & Bós, Â. J. G. (2017). Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(3), 789-800. doi.org/10.15309/17psd180313
- Mansano-Schlosser, T. C., & Ceolim, M. F. (2012). Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/714/71424779015/>
- Marques, C. P., Gasparotto, G. D. S., & Coelho, R. W. (2015). Fatores relacionados ao nível de estresse em adolescentes estudantes: uma revisão sistemática. *Salusvita*, 34(1), 99-108. Recuperado de https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v34_n1_2015_art_07.pdf
- Mata, L. R. F., Cunha, A. C. da, Ziviani, C. S. L., Fonseca, T.G., Bernardes, M. F. V.G., & Oliveira, P. P (2018). Morbidade psicológica e implicações para a recuperação de adultos após cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem*, 23(1). Recuperado de <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/02/53089-222585-1-PB.pdf>
- Matias, N. M.V., Santos, R. M., Nalesso, R. O., Morais, R. K., Ribeiro, A. M., Elias, R. M., & da Silva, L. M. (2018). Prevalência de casos de câncer de próstata segundo a ocupação no hospital de câncer de Mato Grosso no período de 2007-2011. *Seminário Transdisciplinar da Saúde*, 1, 63. Recuperado de <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/Semin-Saude/article/viewFile/646/806>
- Morais, I. C. P S., Martins, A. S. P., Soares, É. O., Farias, E. A., Sampaio, D. D., & Carvalho, M. L. (2013). Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar*, 6(1), 96-104. doi.org/10.17648%2F13

- Nazik, E., Arslan, S., Nazik, H., Narin, M. A., Karlangic, H., & Koc, Z. (2012). Anxiety and Symptom Assessment in Turkish Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(7), 3129-3133. doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.7.3129
- Oliveira, M. M. D., Malta, D. C., Guauche, H., Moura, L. D., & Silva, G. A. (2015). Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 146-157. doi.org/10.1590/1980-5497201500060013
- Penedo, F. J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J. S., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 164-172. doi.org/10.1007/BF03000188
- Regino, P. A. (2013). *Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e ginecológico frente aos efeitos da quimioterapia antineoplásica* (Dissertação Mestrado). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba. Recuperado de <http://bdtd.ufm.edu.br/bitstream/tede/126/1/Dissert%20Patricia%20A%20Regino.pdf>
- Rodrigues, A. B., Oliveira, P. P. D., Ferreira, L. P. T., Manzan, C. S., Araújo, I., & Hiratsuka, M. K. B. (2016). Estresse em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental (Online)*, 8(2), 4487-4500. doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4487-4500
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. (11a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. (5a ed.). Porto Alegre: Penso.
- Santos, A. P. A. L. (2013). *Psico-Oncologia: um estudo com pacientes após o término do tratamento oncológico* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tede-20042012-163817/pt-br.php>
- Santos, P. I. D., Silva, R. G. M., Monteiro, T. A., & Araújo, C. L. D. O. (2017). A experiência do paciente com neoplasia: o significado da quimioterapia. *Revista Eletrônica de Enferma-*

- gem do Vale do Paraíba, 3(2), 11-27. Recuperado de <http://fatea.br/seer/index.php/reen-vap/article/viewArticle/1842>
- Schein, C. F., Marques, A. R., Vargas, C. L., & Kirsten, V. R. (2016). Efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes oncológicos hospitalizados. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 7(1), 101-107. Recuperado de <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/907>
- Silva, A. V. D. (2015). *Ansiedade e estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo. Recuperado de <http://repositorio.ufes.br/handle/10/5268>
- Silva, J. M. D. C., Ribeiro, V., & Sousa, P. P. (2015). Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. *Enfermeria Global*, 14(1), 372-383. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834856017>
- Silva, C. S., da Silva, E. D. S. da, Araújo, C. P. S., & Almeida, D. (2017). Psicologia e câncer: um olhar multidisciplinar. *Gep News*, 1(2), 64-68. Recuperado de <http://www.progep.ufal.br/seer/index.php/gepnews/article/download/3229/2412>
- Simão, D. A. da S., Aguiar, A. N. de A., Souza, R. S., Captein, K. M., Manzo, B. F., & Teixeira, A. L. (2017). Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enfermagem em Foco*, 8(2), 82-86. doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.874
- Stark, D. P., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer*, 83(10), 1261-1267. doi.org/10.1054%2Fbjoc.2000.1405
- Trincaus, M. R., & Corrêa, A. K. (2007). A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 44-51. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a05>
- Vallim, L. D. B., Souza, J. B. D., Alves, R. D. S., Iunes, D. H., Chaves, É. D. C. L., Carvalho, C. C., & Carvalho, L. C. (2017). Análise correlacional durante e após os ciclos de quimioterapia com o perfil de ansiedade de pessoas com câncer. *ConScientiae Saúde*, 16(1), 124-130. doi.org/10.5585/ConsSaude.v16n1.6965

Wakiuchi, J., Marchi, J. A., Norvila, L. S., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2015). Hope of cancer patients undergoing chemotherapy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 202-208.
doi.org/10.1590/1982-0194201500035

Recebido em: julho de 2021

Publicado em: dezembro de 2021