

Vontade de viver em pacientes com câncer em cuidados paliativos

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares¹, Paulo Goberlânio Barros Silva¹, Tallys Newton Fernandes de Matos², Marcelo Gurgel Carlos da Silva¹

1. Instituto do Câncer do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil. 2. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil.

Resumo

Vontade de viver é uma dimensão complexa na doença e no final da vida, relacionada a múltiplos fatores. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência da vontade de viver e fatores associados em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. O estudo longitudinal utilizou roteiro estruturado para avaliação socioepidemiológica; escala de avaliação de sintomas de Edmonton; escala de apoio social; escala de depressão, ansiedade e estresse; escala de esperança de Herth; e escala analógica da vontade de viver. Verificou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas influencia a vontade de viver. Pessoas que apresentaram apoio social aumentado na dimensão afetiva tiveram redução na vontade de viver em T1 ($p=0,047$); as que apresentaram baixa interação social tiveram baixa vontade de viver em T2 ($p=0,011$). Na esperança, aqueles que iniciaram com escores aumentados tiveram redução na vontade de viver de T1 para T2 ($p=0,011$), mas quem manteve escores altos em T2 manteve alta vontade de viver ($p=0,008$).

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Neoplasias. Apoio social. Ansiedade. Depressão. Esperança. Volição.

Resumen

Deseo de vivir en pacientes con cáncer en cuidados paliativos

El deseo de vivir es una dimensión compleja en la enfermedad y al final de la vida, relacionada con múltiples factores. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia del deseo de vivir y los factores asociados en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. El estudio longitudinal utilizó un guion estructurado para la evaluación socioepidemiológica; la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton; la Escala de Apoyo Social; la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; la Escala de Esperanza de Herth; y la Escala Analógica de Deseo de Vivir. Se verificó que ninguna de las variables sociodemográficas influye en las ganas de vivir. Las personas que presentaban un mayor apoyo social en la dimensión afectiva mostraron una reducción en el deseo de vivir en T1 ($p=0,047$); las que presentaban una baja interacción social mostraron pocas ganas de vivir en T2 ($p=0,011$). En cuanto a la esperanza, aquellos que comenzaron con puntuos elevados tuvieron una reducción en el deseo de vivir de T1 a T2 ($p=0,011$), pero los que mantuvieron puntos altos en T2 mantuvieron uno alto deseo de vivir ($p=0,008$).

Palabras clave: Cuidados paliativos. Neoplasias. Apoyo social. Ansiedad. Depresión. Esperanza. Volición.

Abstract

Will to live in cancer patients receiving palliative care

The will to live is a complex dimension in illness and at the end of life, related to multiple factors. This study aimed to analyze the prevalence of the will to live and associated factors in cancer patients receiving palliative care. The longitudinal study used a structured script for socioepidemiological assessment; the Edmonton Symptom Assessment Scale; the Social Support Scale; the Depression, Anxiety, and Stress Scale; the Herth Hope Scale; and the Analogical Will to Live Scale. It was found that none of the sociodemographic variables influenced the will to live. People who had increased social support in the affective dimension had a reduction in the will to live at T1 ($p=0.047$); those who had low social interaction had a low will to live at T2 ($p=0.011$). In terms of hope, those who started with increased scores had a reduction in the will to live from T1 to T2 ($p=0.011$), but those who maintained high scores at T2 maintained a high will to live ($p=0.008$).

Keywords: Palliative care. Neoplasms. Social support. Anxiety. Depression. Hope. Volition.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP/ICC 5.614.934

As intervenções em cuidados paliativos (CP) devem ser baseadas em evidências e incluem prevenção, identificação precoce e avaliação e gerenciamento do sofrimento físico (dor e outros sintomas), necessidades sociais, angústias psicológicas e espirituais dos indivíduos, respeitando seus valores e crenças¹. Além disso, são aplicáveis e modificáveis no percurso da doença e de acordo com as necessidades do paciente².

Para pacientes oncológicos em CP, uma das facetas do tratamento precisa estar voltada para o controle dos sinais e sintomas físicos, como dor, fadiga, anorexia, disfagia, náuseas, vômitos e constipação, entre outros³. Tais sintomas deterioram a funcionalidade e impactam significativamente a qualidade de vida e devem ser manejados de forma efetiva e humanizada⁴.

A escala canadense *Edmonton symptom assessment system* (ESAS)⁵, traduzida e validada para o português brasileiro como escala de avaliação de sintomas de Edmonton, é um instrumento simples e útil para a prática clínica em diversos cenários. Trata-se de ferramenta que se utiliza do relato do paciente para avaliar a intensidade dos sintomas mediante escala visual numérica, que varia de 0 (mínima intensidade) a 10 pontos (máxima intensidade): dor, cansaço (fraqueza), falta de ar, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite e bem-estar⁶.

Sintomas físicos podem influenciar a prevalência de sintomas de ansiedade e/ou de depressão, seja o desenvolvimento ou o agravamento deles⁷. Dessa forma, a escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS), desenvolvida originalmente por Lovibond e Lovibond⁸, permite rastrear os diferentes estados emocionais em um mesmo instrumento. A DASS-21 foi adaptada e validada para o português brasileiro por Vignola⁹ como escala autoaplicável, que contém três subescalas (uma para cada estado emocional), cada uma composta por sete itens do tipo Likert.

Na DASS-21, em cada um dos 21 itens, a pessoa avaliada deve manifestar o grau de concordância com o que foi lido nas opções: "Não se aplicou de maneira alguma" (0 ponto), "Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo" (1 ponto), "Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo" (2 pontos), "Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo" (3 pontos)⁹.

Apoio social refere-se às relações nas quais a pessoa recebe ajuda emocional, afetiva e material para enfrentar situações difíceis e nas quais terá a percepção de se sentir cuidada, valorizada, querida e amada no contexto dos grupos dos quais faz parte^{10,11}. Ao perceber-se importante na rede social, o paciente poderá apresentar melhor adaptação à doença, adotar comportamentos positivos, como adesão ou manutenção da terapêutica proposta, ter melhores prognósticos e maior sobrevida¹².

Nesse contexto, Sherbourne e Stewart¹³ desenvolveram uma escala para avaliar e abranger as várias dimensões do apoio social, denominada *social support scale*, a MOS-SSS, para ser utilizada no *Medical Outcomes Study*, estudo com pacientes com condições crônicas. Trata-se de escala composta por 19 itens originalmente distribuídos em cinco dimensões, que abrangem diferentes aspectos do apoio social (afetivo, interação social positiva emocional, informacional e material)^{14,15}.

Com base em uma instrução inicial, o participante deve responder: "Se você precisar, com que frequência conta com alguém?", assinalando uma das cinco respostas possíveis de acordo com uma escala Likert de cinco pontos: 0 ("nunca"), 1 ("raramente"), 2 ("às vezes"), 3 ("quase sempre") e 4 ("sempre"). Após avaliação de correlação, os autores propuseram que as dimensões emocional e informacional fossem combinadas em uma subescala¹³.

Após o diagnóstico de câncer, é essencial manter a esperança, já que a notícia, geralmente recebida como uma sentença de morte, causa intenso sofrimento e pode levar a sentimentos de desesperança, que afetam negativamente o prognóstico. Balsanelli e Grossi¹⁶ observaram que pacientes que conservaram ou fortaleceram o sentimento de esperança demonstraram maior habilidade para aceitar o diagnóstico e seguir as recomendações terapêuticas, assim como taxas mais elevadas de adesão ao tratamento e, consequentemente, resposta mais positiva a este.

Para avaliar a esperança, existem atualmente 18 escalas, sendo *Snyder hope scale* e *Herth hope index*¹⁷ as mais utilizadas. Este último índice foi construído e validado por Herth¹⁸ e posteriormente adaptado e validado no Brasil por Sartore¹⁹ com o nome escala de esperança de Herth (EEH),

composta por 12 itens e com base em três componentes essenciais: temporalidade e futuro, expectativas positivas e interconexão. Assim, ela se revela valiosa como instrumento de triagem¹⁸. Cada item é graduado pela escala Likert de quatro pontos, que varia de “discordo completamente” (1 ponto) a “concordo completamente” (4 pontos). O escore total varia de 12 a 48 pontos, e pontuações mais altas indicam nível maior de esperança²⁰.

Em estudos com pacientes com câncer avançado, foram encontradas correlações significativas entre vontade de viver e sintomas físicos, ansiedade e sensação de bem-estar²¹. Verificou-se também que a vontade de viver pode variar durante o curso da doença e que tais flutuações mudam à medida que a morte se aproxima²². Outro estudo verificou que a maioria dos pacientes apresenta alta vontade de viver, mesmo na proximidade da morte. Contudo, também se verificou que a baixa vontade de viver está diretamente relacionada à existência de sofrimento físico e psicológico²³.

Nesse contexto, a vontade de viver é tida como uma dimensão complexa dentro da experiência da doença e do final da vida e está relacionada a múltiplos fatores²⁴. Na clínica, o uso de instrumento de item único para avaliar a vontade de viver pode ser um ponto de partida para conversar sobre esse tema complexo e pode ajudar a equipe multiprofissional a identificar áreas específicas de intervenção.

Da perspectiva dos cuidados paliativos, a vontade de viver tem sido pouco explorada em literatura e está diretamente relacionada a uma assistência paliativa de qualidade. A mensuração da vontade de viver e de seus fatores relacionados poderá gerar maior sensibilização profissional para suprir as necessidades de cuidado e levar a um melhor atendimento dos pacientes.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência da vontade de viver e seus fatores associados, fossem físicos, sociais, psicológicos ou espirituais, em pacientes oncológicos em CP em um hospital de referência em tratamento do câncer no Ceará.

Método

Trata-se de estudo populacional longitudinal, realizado em dois períodos, denominados T1 e

T2, em que T1 refere-se à primeira entrevista e T2 à segunda, ocorrida três meses após a primeira. A coleta de dados ocorreu no Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ), hospital de referência em tratamento oncológico no Ceará, especificamente no Ambulatório Corina Parente. A coleta de dados se deu no período de abril a outubro de 2023.

Para este estudo, foi criado roteiro estruturado de avaliação socioepidemiológica, com variáveis como idade, sexo, cor, procedência, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, ocupação, renda, número de moradores da casa, quem é o provedor da casa, religião e história da doença atual, sendo o primeiro instrumento aplicado na entrevista (T1). Após este, aplicou-se a ESAS, depois a MOS-SSS, a DASS-21, a EEH e, por último, a Escala Analógica da Vontade de Viver (VdV).

A VdV foi criada para esta pesquisa com base nos achados de Bornet e colaboradores²⁴ para avaliar de forma objetiva a vontade de viver autorreferida do entrevistado em formato de nota (1 a 10), em que 1 significa pouca vontade de viver e 10 significa alta vontade de viver.

Na segunda entrevista (T2), aplicaram-se as mesmas escalas, na mesma sequência, exceto o questionário socioepidemiológico. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos avaliados pela *palliative performance scale* (PPS) > 50%, desde que com nível de consciência completo²⁵.

O público selecionado para o estudo englobou pacientes que, no período da coleta de dados, tiveram sua primeira consulta no Ambulatório Corina Parente, no serviço de dor e cuidados paliativos. Essas pessoas foram encaminhadas de vários outros serviços do HHJ, como oncologia clínica, cirurgia oncológica ou radioterapia. Além desses, foram incluídos os pacientes encaminhados diretamente do serviço de triagem, na abertura de prontuário, para o serviço de cuidados paliativos exclusivos.

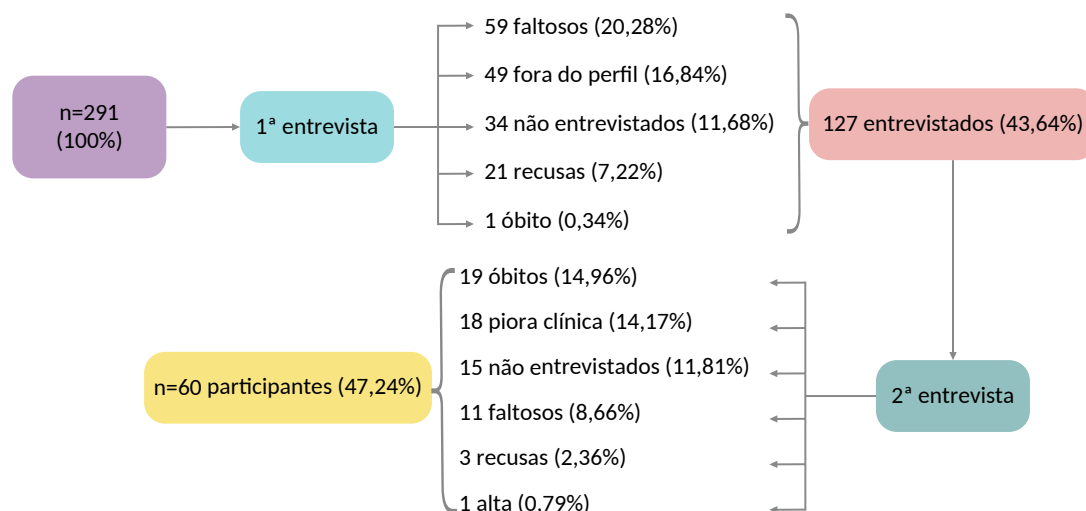
Com base no estudo de Julião e colaboradores²³, que observou que pacientes que conseguem se adaptar à doença apresentam maior vontade de viver em comparação a pacientes que não conseguem (75% versus 35,5%), estimou-se necessário avaliar entre 56 e 72 pacientes, a fim de obter amostra que tivesse entre 80% e 90% de poder e 95% de confiança em rejeitar a hipótese nula deste estudo (método de Fleiss com correção de continuidade).

Após faltas às consultas, recusas e descarte de pacientes fora do perfil clínico/cognitivo para participar da pesquisa em T1, foram entrevistados 127 pacientes, 43,64% do número total de pacientes admitidos na Clínica da Dor e Cuidados Paliativos (n=291) no período de aproximadamente três meses. A segunda entrevista (T2) foi realizada com os mesmos participantes de T1 a partir de três meses da primeira avaliação, porém houve perda

amostral por óbitos, piora da condição clínica/cognitiva, recusa em continuar na pesquisa e até alta do acompanhamento.

Finalmente, 60 participantes (47,24%) que atendiam aos critérios de inclusão concordaram em ser novamente entrevistados. Atingida a amostra adequada, encerrou-se a coleta de dados, e 15 participantes (11,81%) não foram entrevistados (Figura 1).

Figura 1. Representação gráfica do número final de participantes da pesquisa



Fonte: desenvolvido pelos autores (2025).

Os dados foram expressos em forma de média e desvio padrão ou frequência absoluta e percentual. Foram calculados os coeficientes de consistência interna alfa de Cronbach para cada questionário e seus respectivos constructos. Os escores médios em T1 e T2 foram comparados por meio do teste de Wilcoxon e as frequências, por meio do teste qui-quadrado de Pearson.

Adicionalmente, os pacientes foram categorizados quanto à redução ou não da vontade de viver em T1 e T2. Esses dados foram associados com demais variáveis clínico-psicossociais por meio dos testes Kruskal-Wallis/Dunn. Em todas as análises realizadas, adotou-se confiança de 95%. Os dados obtidos na coleta foram tabulados e analisados pelo *software* IBM SPSS Statistics for Windows, versão 20.0.

O projeto foi submetido a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil. A pesquisa seguiu conforme as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012²⁶.

Resultados

Avaliação sociodemográfica, econômica e clínica

Dos 60 participantes avaliados, a maior parte tinha entre 50 e 79 anos, morava na capital, considerava-se de cor mista ou parda, era do sexo feminino e casada/convivia com companheiro(a). A maioria relatou ter filhos, morar com mais de uma pessoa, ter frequentado a escola, porém apenas até o nível fundamental. A religião católica predominou entre os participantes.

A maioria (78%) relatou não ter nenhum vínculo empregatício no momento da entrevista. A renda individual de 91% dos entrevistados estava entre 1 e 2 salários mínimos, que também foi a faixa de renda familiar (85%), sendo que a maioria declarou não ser o único provedor financeiro da família (68%). A maior parte da amostra relatou receber

aposentadoria (45%), seguida por quem referiu ter como única fonte de renda benefícios sociais governamentais (36%).

Foram verificados em prontuário e vistos com mais prevalência os cânceres de mama (20%), do trato gastrointestinal (16,7%), de próstata (18,3%) e de cabeça e pescoço (11,7%). Metade da amostra apresentou metástases; 35% da amostra havia realizado associações de duas modalidades de tratamento para câncer (bimodal), sendo a mais prevalente quimioterapia em associação com radioterapia; outros 35% da amostra realizaram três ou mais tipos diferentes de tratamento (trimodal), sendo o mais prevalente a associação entre quimioterapia, radioterapia e cirurgia.

Variáveis físicas, sociais, psicológicas e espirituais

Em avaliação geral da vontade de viver, tanto em T1 ($9,32 \pm 1,86$) quanto em T2 ($9,07 \pm 2,12$), os escores foram altos (acima de 9), com discreta redução em T2, porém sem diferença estatística ($p=0,190$). Também foi feita a estratificação de quem teve redução, manutenção ou aumento da vontade de viver de T1 para T2. Dos 60 participantes avaliados, 10 (16,7%) apresentaram redução da vontade de viver de T1 para T2 e 46 (76,7%) mantiveram a vontade de viver alta.

Com base nesta última análise de redução, manutenção e aumento da vontade de viver, foram avaliados os resultados de todas as escalas aplicadas na pesquisa (ESAS, DASS-21, MOS-SSS, EEH), para encontrar possíveis associações de variáveis. Verificou-se que idade, sexo, cor, fato de morar

na capital ou não, situação conjugal, existência de filhos ou não, número de pessoas com que mora, escolaridade, religião, condições de trabalho e renda não influenciaram de forma estatisticamente significativa a redução da vontade de viver. O mesmo ocorreu com as características clínicas da amostra: tipo de câncer, presença ou não de metástases e modalidades de tratamento empregadas não influenciaram de forma significativa a vontade de viver.

Em relação à ESAS, não teve diferença estatística significativa quanto à vontade de viver de T1 para T2. Quanto à escala DASS-21, verificou-se que os sintomas de ansiedade, estresse e depressão não influenciaram a variação da vontade de viver de T1 para T2, pois também não houve diferença estatística.

Já em relação a MOS-SSS, subdividida em domínios, as pessoas que iniciaram o estudo em T1 com redução da vontade de viver foram as que apresentaram escores aumentados na dimensão afetiva do apoio social ($p=0,047$). Em T2, na avaliação da dimensão interação social positiva, as pessoas que obtiveram escores mais baixos também apresentaram redução na vontade de viver ($p=0,011$), o que mostra associação entre as duas variáveis (Tabela 1).

Na avaliação da escala de esperança, as pessoas que iniciaram o estudo em T1 com escores aumentados de esperança foram as que apresentaram redução significativa na vontade de viver ($p=0,011$). Em T2, as pessoas que tiveram maior esperança também mantiveram alta vontade de viver ($p=0,008$) (Tabela 2).

Tabela 1. Vontade de viver e escala de apoio social

MOSS-SSS	VdV de T1 para T2			p-valor*
	Reduziu	Manteve	Aumentou	
<i>T1 Dimensão material</i>	$2,07 \pm 0,65$	$3,45 \pm 0,51$	$1,50 \pm 0,75$	0,794
Baixa	-	4 (8,7)	-	0,577
Média	3 (30,0)	6 (13,0)	1 (25,0)	-
Alta	7 (70,0)	36 (78,3)	3 (75,0)	-
<i>T1 Dimensão afetiva</i>	$3,65 \pm 1,16$	$2,13 \pm 0,31$	-	0,047
Baixa	1 (10,0)	1 (2,2)	-	0,075
Média	4 (40,0)	5 (10,9)	-	-
Alta	5 (50,0)	40 (87,0)	4 (100,0)	-

continua...

Tabela 1. Continuação

MOSS-SSS	VdV de T1 para T2			p-valor*
	Reduziu	Manteve	Aumentou	
<i>T1 Dimensão emocional/informacional</i>	8,89±2,81	7,59±1,12	4,08±2,04	0,559
Baixa	1 (10,0)	4 (8,7)	-	0,481
Média	4 (40,0)	14 (30,4)	3 (75,0)	-
Alta	5 (50,0)	28 (60,9)	1 (25,0)	-
<i>T1 Dimensão interação social</i>	5,24±1,66	4,21±0,62	1,00±0,50	0,369
Baixa	1 (10,0)	5 (10,9)	-	0,522
Média	4 (40,0)	14 (30,4)	-	-
Alta	5 (50,0)	27 (58,7)	4 (100,0)	-
<i>T2 Dimensão material</i>	3,43±1,08	3,38±0,50	1,00±0,50	0,787
Baixa	1 (10,0)	3 (6,5)	-	0,846
Média	1 (10,0)	7 (15,2)	-	-
Alta	8 (80,0)	36 (78,3)	4 (100,0)	-
<i>T2 Dimensão afetiva</i>	2,66±0,84	1,75±0,26	-	0,174
Baixa	-	-	-	0,341
Média	3 (30,0)	7 (15,2)	-	-
Alta	7 (70,0)	39 (84,8)	4 (100,0)	-
<i>T2 Dimensão emocional/informacional</i>	8,95±2,83	6,01±0,89	2,87±1,44	0,160
Baixa	2 (20,0)	2 (4,3)	-	0,375
Média	3 (30,0)	10 (21,7)	1 (25,0)	-
Alta	5 (50,0)	34 (73,9)	3 (75,0)	-
<i>T2 Dimensão Interação social</i>	5,84±1,85	3,59±0,53	1,50±0,75	0,189
Baixa	4 (40,0)	2 (4,3)	-	0,011
Média	1 (10,0)	15 (32,6)	2 (50,0)	-
Alta	5 (50,0)	29 (63,0)	2 (50,0)	-

*: p<0,05, teste de Kruskal-Wallis/Dunn (média±DP) ou qui-quadrado de Pearson (n, %)

Tabela 2. Vontade de viver e escala de esperança

EEH	VdV de T1 para T2			p-valor*
	Reduziu	Manteve	Aumentou	
<i>T1 EEH</i>	7,65±2,42	5,48±0,81	4,04±2,02	0,011
Diminuída	1 (10,0)	-	-	0,002
Normal	2 (20,0)	10 (21,7)	4 (100,0)	-
Aumentada	7 (70,0)	36 (78,3)	-	-
<i>T2 EEH</i>	4,37±1,38	5,09±0,75	4,03±2,02	0,008
Diminuída	-	1 (2,2)	-	0,047
Normal	8 (80,0)	13 (28,3)	2 (50,0)	-
Aumentada	2 (20,0)	32 (69,6)	2 (50,0)	-

*: p<0,05, teste de Kruskal-Wallis/Dunn (média±DP) ou qui-quadrado de Pearson (n, %).

Discussão

Em relação às variáveis sociodemográficas, a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 65 anos, baixa escolaridade e baixa renda, resultados semelhantes aos de outros estudos com pacientes com câncer em cuidados paliativos desenvolvidos no Brasil²⁷⁻²⁹.

No Brasil, foram estimados 483 mil casos novos em 2023 (exceto câncer de pele não melanoma), sendo 49,5% em homens (239 mil casos novos) e 50,5% (244 mil casos novos) em mulheres. Os cânceres de mama feminina e próstata representam aproximadamente 15% dos casos novos cada um dos sexos, seguidos dos cânceres colorretal (9,4%), de traqueia, brônquio e pulmão (6,7%), de estômago (4,4%) e de colo do útero (3,5%)³⁰. Nesta pesquisa, a prevalência de câncer de mama (20%) e próstata (18%) foi maior que o esperado para o país.

A presença de sintomas, especialmente dor em sua complexidade biopsicossocial, já foi bastante discutida como determinante para a qualidade de vida para pacientes em CP³¹⁻³³. Outros sintomas, como falta de apetite, dispneia, depressão, ansiedade e falta de bem-estar, e a ocorrência de hospitalização foram associados a redução estatisticamente significativa na sobrevida³⁴.

Nesta pesquisa, não foi verificada diferença estatística entre a presença de sintomas físicos e a vontade de viver. A maioria dos pacientes manteve (76,7%) ou aumentou (6,7%) forte desejo de viver, apesar dos desafios e cargas enfrentados no curso da aproximação da morte, influenciados por múltiplos aspectos físicos e psicológicos, também descritos em outro estudo²³.

Apoio social trata-se da percepção do indivíduo sobre as pessoas em quem ele pode confiar e com as quais pode contar em situações de necessidade e que o fazem se sentir cuidado e valorizado¹¹. As dimensões funcionais de apoio social podem ser: apoio emocional, afetivo, material, informacional e interação social positiva¹³.

Explorando especificamente a dimensão afetiva na escala de MOS-SSS, os itens avaliados são: “que demonstre amor e afeto por você”, “que lhe dê um abraço” e “que você ame e que faça você se sentir querida”, os quais apresentaram escores elevados em T1, que indicam alta percepção desse apoio pelos pesquisados. Contudo, essas pessoas

também apresentaram redução na vontade de viver, resultado inesperado.

Esse dado mostrou que a redução da vontade de viver ocorreu mesmo na condição de apoio social afetivo aumentado em T1, ou seja, dimensão afetiva aumentada em T1 é preditora da redução da vontade de viver de T1 para T2. Resultados diferentes foram encontrados por Carvalho e colaboradores³⁵, segundo os quais mulheres com diagnóstico de câncer de mama relataram sentimentos de angústia, dor, sofrimento, tristeza e culpa, mas também sentimentos de esperança, fé, força, paz e vontade de viver, e apoio social foi demonstrado nos relatos como fonte de segurança, motivação e enfrentamento para querer prosseguir, porém sem especificação da dimensão.

Uma situação que pode estar relacionada ao resultado encontrado nesta pesquisa foi descrita no estudo realizado por Supiano e colaboradores³⁶, que observou participantes preocupados em se tornar um fardo de cuidado sobre suas famílias e amigos, ou um fardo financeiro, de comprometimento de tempo, de desgaste emocional pela observação da progressão da doença e da morte iminente. Hudson e colaboradores²¹ verificaram que os fatores mais comuns associados ao desejo de antecipar a morte parecem ser: sentir-se uma sobrecarga para outros, perda de autonomia com o avanço da doença (e um desejo associado de controlar as circunstâncias da morte), sintomas físicos (como dor), depressão e desesperança, preocupações existenciais e medo do futuro.

A dimensão interação social positiva, cujos itens de avaliação são “para se divertir junto”, “com quem relaxar”, “com quem distrair a cabeça”, “com quem fazer coisas agradáveis”, teve escores reduzidos em T2 e foi associada à redução da vontade de viver. Em estudo realizado para saber como a família se organiza para lidar com o câncer e a pessoa doente, a maioria dos familiares referiu investimento na vida social, com atividades como ir à praia e passeios, com predominância de atividades em família, de modo a oferecer apoio ao membro adoecido³⁷.

Contudo, outro estudo demonstrou diminuição na capacidade funcional de indivíduos com câncer e, como consequência, maior dependência para realizar atividades diárias. Essa redução ocorre devido a possível alteração, causada pela doença ou pelo tratamento, dos sistemas cognitivo, locomotor e

de comunicação³⁸. Pode-se inferir que, devido à perda de funcionalidade decorrente da doença e/ou tratamento, ocorreu redução da vontade de viver, associada a interação social diminuída.

Depressão e ansiedade são distúrbios prevalentes em pacientes oncológicos, frequentemente estudados e avaliados de diferentes formas e em diferentes escalas³⁹⁻⁴³. Na prática clínica, há dificuldade para detectar depressão em pacientes oncológicos, particularmente porque alguns sintomas somáticos, frequentemente associados a depressão, podem resultar do próprio câncer ou mesmo do tratamento. Além disso, os sintomas depressivos podem ser subestimados, equivocadamente, por conta de todos os pacientes com câncer serem “compreensivelmente deprimidos”⁴⁴.

Neste estudo, não se verificou relação significativa entre sintomas de ansiedade, estresse e depressão e vontade de viver. Entretanto, estudo longitudinal realizado com idosos (não oncológicos) verificou que, no final da vida, o enfraquecimento da vontade de viver é preditor de sintomas depressivos, e não o contrário⁴⁵. A teoria dos eventos da vida discute que a exposição a eventos da vida em geral, particularmente os negativos (por exemplo, diagnóstico de câncer), pode levar a perturbação do organismo humano e causar condição de estresse. O estresse, por sua vez, inicia processos de adaptação fisiológicos e psicológicos que exigem investimento de recursos pessoais substanciais (emocionais, físicos, comportamentais, sociais, financeiros). Essas demandas adaptativas significativas e esforços contínuos podem levar a exaustão e, conseqüentemente, adoecimento físico, e a luta para manter a saúde física e mental muitas vezes resulta em estresse crônico e depressão⁴⁶.

Os “sobreviventes”, cansados de lutar pela existência e conscientes da curta vida que têm pela frente, podem começar a se perguntar se tal vida ainda vale a pena, incerteza que prejudica sua vontade de viver. Tal sentimento pode causar crescente apatia em relação ao mundo ao redor e perda de motivação para continuar vivendo, bem como sintomas de ideação suicida passiva. Sintomas desse tipo levam ao afastamento contínuo de atividades sociais e de saúde regulares, mesmo atividades anteriormente prazerosas. Mudanças no comportamento diário agravam o declínio da saúde e da função, que pode acelerar ainda mais a perda de interesse das pessoas pela vida e intensificar

os principais sintomas de depressão, incluindo sentimentos de vazio e apatia. Em última análise, esse processo pode levar a síndrome de depressão patológica e perda da vontade de viver. Diante disso, manter a vontade de viver forte e estável pode proteger as pessoas de declínios em sua saúde mental⁴⁵.

O medo da mortalidade entre pessoas com câncer é elemento significativo que permeia suas experiências desde o momento do diagnóstico e influencia sua perspectiva e esperança ao longo do processo de tratamento. A sensação de falta de controle sobre a própria vida, combinada com o temor da morte, compromete os recursos de adaptação e mina as expectativas em relação ao futuro⁴⁷. Em contrapartida, características vistas em estudo realizado por Li e colaboradores⁴⁸ que podem levar a níveis aumentados de esperança são idade menor ou igual a 45 anos, presença de crenças religiosas e relato de cargas de sintomas mais leves.

Neste estudo, as pessoas que iniciaram a pesquisa com escores aumentados de esperança apresentaram redução da vontade de viver em T2, situação também inesperada. Situação diferente, mas relacionada, ocorreu em estudo realizado na Turquia⁴⁷ no qual percebeu-se que, com o aumento do nível educacional dos pesquisados, as pontuações médias das subescalas de esperança também aumentavam, podendo ter cooperado na melhora da sensação de incerteza, no aprendizado de comportamentos de enfrentamento, investigação e leitura de artigos sobre a doença. Em outro estudo longitudinal⁴⁹, a esperança não foi diminuída após engajamento no planejamento avançado de cuidado, podendo até mesmo ser aumentada, ou seja, manter conversas “difíceis” com pacientes pode deixá-los mais confortáveis e seguros.

A esperança muitas vezes surge de uma circunstância negativa em que a probabilidade de determinado resultado é baixa, mas altamente importante para o indivíduo, como remissão ou cura de paciente com câncer avançado. Embora manter a esperança em níveis aumentados gere benefícios comprovados, tanto físicos quanto psicológicos, também pode aumentar a probabilidade de que o paciente incorra em vieses, como raciocínio motivado, autoengano, otimismo e superioridade. Isso também pode levar a tratamento excessivo e arrependimento⁵⁰.

Em T2, as pessoas que tiveram maiores escores de esperança também mantiveram alta vontade de viver, e é imperativo que a esperança seja fomentada e sustentada no final da vida. Em geral, pacientes que sentem que têm mais controle sobre si no final da vida mostraram ter níveis aumentados de esperança^{51,52}. Ter uma discussão sobre o fim da vida ou mesmo completar diretivas antecipadas de vontade pode ser um mecanismo eficaz para o paciente obter o controle adicional necessário para promover a esperança no final da vida⁴⁹.

Limitações

Este estudo foi conduzido em um único hospital e em período de tempo específico, portanto as características do local de estudo e as condições sociais e culturais desse período e dessa população podem ter influenciado os resultados de maneiras não generalizáveis. O período de acompanhamento entre as avaliações T1 e T2 foi relativamente curto e pode não ter sido suficiente para capturar mudanças significativas na vontade de viver e em outras variáveis de interesse ao longo do tempo.

Modelos multivariados de análise, com métodos qualitativos, talvez fornecessem *insights* adicionais sobre os padrões de associação entre as variáveis estudadas para melhor compreensão dos dados encontrados. Novas pesquisas nessa área são necessárias, haja vista a escassez de publicações sobre a temática.

Considerações finais

Entre os pesquisados, a vontade de viver foi alta, tanto em T1 quanto em T2, com discreta redução de escores em T2, porém sem diferença estatística. De T1 para T2, 16,7% dos pesquisados apresentaram redução da vontade de viver, porém 76,7% mantiveram a vontade de viver alta. Verificou-se que a vontade de viver não foi influenciada de T1 para T2 por nenhuma das variáveis estudadas: idade, sexo, cor, moradia, situação conjugal, filhos, escolaridade, religião, trabalho e renda, tipo de câncer, metástases e modalidades de tratamento.

A avaliação de sintomas físicos pela ESAS não se relacionou significativamente com alterações na vontade de viver. Pessoas que apresentaram apoio social aumentado na dimensão afetiva tiveram redução na vontade de viver em T1; e pessoas que apresentaram baixa interação social também apresentaram baixa vontade de viver em T2. A avaliação de depressão, ansiedade e estresse pela DASS-21 não se relacionou significativamente a alterações na vontade de viver.

Por fim, destaca-se que pessoas que iniciaram o estudo com escores aumentados de esperança tiveram redução na vontade de viver de T1 para T2; e pessoas que mantiveram escores aumentados de esperança em T2 também mantiveram alta vontade de viver.

Referências

1. Radbruch L, Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S *et al.* Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [acesso 31 dez 2021];60(4):754-64. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
2. Consensus-based definition of palliative care [Internet]. Houston: IAHCP; 2018 [acesso 20 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/4aMezIt>
3. Silva IBS, Lima Júnior JRM, Almeida JS, Cutrim DSP, Sardinha AHL. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2020 [acesso 31 dez 2021];66(3). DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1122
4. Silva MAS, Diniz MA, Carvalho RT, Chiba T, Mattos-Pimenta CA. Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 14 fev 2024];73(6). DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0391
5. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* [Internet]. 1991 [acesso 13 fev 2024];7(2):6-9.

6. Manfredini LL. Tradução e validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado [dissertação] [Internet]. São Paulo: Hospital de Câncer de Barretos; 2014 [acesso 16 fev 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4s6QcoZ>
7. Zayat CG, Azevedo IM, Domenico EBL, Bergerot CD. Fatores preditores de sintomas emocionais e físicos reportados por pacientes oncológicos. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2021 [acesso 14 fev 2024];37. DOI: 10.1590/0102.3772e37441
8. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression, anxiety, stress scales. 4ª ed. Sidney: Psychology Foundation; 2004.
9. Vignola RCB. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo [acesso 2 jan 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3MRhpwp>
10. Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* [Internet]. 1974 [acesso 22 fev 2024];64(11):1040-43. DOI: 10.2105/ajph.64.11.1040
11. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* [Internet]. 1976 [acesso 22 fev 2024];38(5):300-14. DOI: 10.1097/00006842-197609000-00003
12. Winter VDB, Tonetto JK, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Avaliação do apoio social na perspectiva de pacientes oncológicos internados. *Salão do Conhecimento Unijuí* [Internet]. 2020 [acesso 26 fev 2024];6(6). Disponível: <https://bit.ly/4l6utut>
13. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* [Internet]. 1991 [acesso 26 fev 2024];132(6):705-14. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90150-b
14. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso 11 mar 2024];17(4):887-96. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400022
15. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso 31 dez 2021];21(3):703-14. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300004
16. Balsanelli ACS, Grossi SAA. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 26 fev 2024];50(6):898-904. DOI: 10.1590/S0080-623420160000700004
17. Redlich-Amirav D, Ansell LJ, Harrison M, Norrena KL, Armijo-Olivo S. Psychometric properties of Hope Scales: a systematic review. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2018 [acesso 27 fev 2024];72(7):e13213. DOI: 10.1111/ijcp.13213
18. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* [Internet]. 1992 [acesso 27 fev 2024];17(10):1251-59. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
19. Sartore AC. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. DOI: 10.11606/D.7.2007.tde-20042007-132715
20. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 28 dez 2021];42(2):227-32. DOI: 10.1590/S0080-62342008000200003
21. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2006 [acesso 28 fev 2024];20(7):693-701. DOI: 10.1177/0269216306071799
22. Tataryn D, Chochinov HM. Predicting the trajectory of will to live in terminally ill patients. *psychosomatics*. *Psychosomatics* [Internet]. 2002 [acesso 27 fev 2024];43(5):370-77. DOI: 10.1176/appi.psy.43.5.370
23. Julião M, Chochinov HM, Samorinha C, Soares DS, Antunes B. Prevalence and factors associated with will-to-live in patients with advanced disease: results from a portuguese retrospective study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acesso 8 mar 2024];62(4):820-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.02.018
24. Bornet MA, Bernard M, Jaques C, Truchard ER, Borasio GD, Jox RJ. Assessing the will to live: a scoping review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acesso 27 fev 2024];61(4):845-57. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.012

25. Victoria Hospice. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) [Internet]. Columbia: VHS; 2009 [acesso 30 dez 2021]. Disponível: <https://bit.ly/4l7c94s>
26. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, n. 12, p. 59, 12 dez 2012 [acesso 2 dez 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4aPNNc4>
27. Pinheiro SM, Mendes EC. Profile of patients in palliative care treated by physiotherapy in home care at an oncology hospital. Mundo Saúde [Internet]. 2024 [acesso 7 mar 2024];48. DOI: 10.15343/0104-7809.202448e15322023P
28. Ralph RMC, Souza NR, Figueiredo EG, Freire DA, Oliveira TS, Brandão CP. Funcionalidade, sintomas diversos e qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa. Revista baiana de saúde pública [Internet]. 2021 [acesso 7 mar 2024];45(4). DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3316
29. Maia AES, Grello FAGC, Cunha KC. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um hospital da rede pública. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2021 [acesso 7 mar 2024];67(2). DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.864
30. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2023 [acesso 7 mar 2024];69(1). DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700
31. Liu MZ, Ma J, Li JD, Sun J, Zhou H, Guan S et al. A comparison of the clinical effectiveness between low-dose strong opioids and non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of mild cancer pain: a randomized Trial. J Pain Res [Internet]. 2021 [acesso 8 mar 2024];14:3411-9. DOI: 10.2147/JPR.S322893
32. Mercadante S, Adile C, Aielli F, Gaetano L, Mistakidou K, Maltoni M et al. Personalized pain goals and responses in advanced cancer patients. Pain Med [Internet]. 2020 [acesso 8 mar 2024];21(2):215-21. DOI: 10.1093/pm/pnz254
33. Shamieh O, Khamash O, Khraisat M, Jbouri O, Awni M, Al-Hawamdeh A et al. Impact of outpatient palliative care (PC) on symptom burden in patients with advanced cancer at a tertiary cancer center in Jordan. Support Care Cancer [Internet]. 2016 [acesso 8 mar 2024];25(1):177-83. DOI: 10.1007/s00520-016-3395-8
34. Simão D, Barata PC, Alves M, Papoila AL, Oliveira S, Lawlor P. Symptom clusters in patients with advanced cancer: a prospective longitudinal cohort study to examine their stability and prognostic significance. The Oncologist [Internet]. 2024 [acesso 8 mar 2024];29(1):152-63. DOI: 10.1093/oncolo/oyad211
35. Carvalho CMS, Amorim FCM, Silva RTS, Alves VF, Oliveira ADS, Monte NS. Sentimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2016 [acesso 8 mar 2024];10(11):3942-50. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201616
36. Supiano KP, McGee N, Dassel KB, Utz R. A comparison of the influence of anticipated death trajectory and personal values on end-of-life care preferences: a qualitative analysis. Clinical Gerontologist [Internet]. 2017 [acesso 8 mar 2024];42(3):247-58. DOI: 10.1080/07317115.2017.1365796
37. Melo MCB, Barros EN, Campello MCVA, Ferreira LQL, Rocha LLC, Silva CIMG, Santos NTF. O funcionamento familiar do paciente com câncer. Psicologia em Revista [Internet]. 2012 [acesso 9 mar 2024];18(1):78-89. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73
38. Duarte ACF, Silva BA, Avelino PR, Menezes KKP. Força de apreensão, capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos com câncer. Fisioter Pesqui [Internet]. 2020 [acesso 9 mar 2024];27(4):362-9. DOI: 10.1590/1809-2950/19039127042020
39. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet]. 2009 [acesso 11 mar 2024];36(supl 3). DOI: 10.1590/S0101-60832009000900007
40. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de beck: short form. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010 [acesso 11 mar 2024];59(2):106-10. DOI: 10.1590/S0047-20852010000200005
41. Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. Psico-USF [Internet]. 2014 [acesso 11 mar 2024];19(2):187-97. DOI: 10.1590/1413-82712014019002004

42. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2016 [acesso 11 mar 2024];62(4):321-8. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159
43. Joulaei H, Parhizkar M, Fatemi M, Afrashteh S, Parhizkar P, Akrami M *et al.* Mental health care utilization and its barriers among Iranian breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2024 [acesso 11 mar 2024];12(1):44-56. DOI: 10.30476/IJCBNM.2023.99133.2289
44. Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF *et al.* Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [acesso 11 mar 2024];56(2):173-8. DOI: 10.1590/S0104-42302010000200015
45. Carmel S, Tovel H, Raveis VH, O'Rourke N. Is a decline in will to live a consequence or predictor of depression in late life? *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 [acesso 13 mar 2024];66(7):1290-5. DOI: 10.1111/jgs.15394
46. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* [Internet]. 1967 [acesso 13 mar 2024];11:213-18. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
47. Ozen B, Ceyhan O, Büyükelik A. Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death Studies* [Internet]. [acesso 27 fev 2024];44(7):412-8. DOI: 10.1080/07481187.2019.1626942
48. Li Y, Ni N, Zhou Z, Dong J, Fu Y, Li J *et al.* Hope and symptom burden of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [acesso 12 mar 2024];30(15-16):2293-300. DOI: 10.1111/jocn.15759
49. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, Bulls HW, White DB, Chu E *et al.* Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? *Cancer* [Internet]. 2022 [acesso 12 mar 2024];128(6):1339-45. DOI: 10.1002/cncr.34034
50. Finkelstein EA, Baid D, Cheung YB, Schweitzer ME, Malhotra C, Volpp K *et al.* Hope, bias and survival expectations of advanced cancer patients: a cross-sectional study. *Psychooncology* [Internet]. 202 [acesso 12 mar 2024]; 30(5):780-8. DOI: 10.1002/pon.5675
51. Brown AJ, Sun CC, Urbauer DL, Borduka DC, Thaker PH, Ramondetta LM. Feeling powerless: locus of control as a potential target for supportive care interventions to increase quality of life and decrease anxiety in ovarian cancer patients. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2015 [acesso 12 mar 2024];138(2):388-93. DOI: 10.1016/j.ygyno.2015.05.005
52. Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2007 [acesso 12 mar 2024];16(5):493-99. DOI: 10.1007/s00520-007-0336-6

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares – Mestre – andrezakcs2@gmail.com

 0000-0003-3000-3651

Paulo Goberlânio Barros Silva – Doutor – paulo.silva@icc.org.br

 0000-0002-1513-9027

Tallys Newton Fernandes de Matos – Doutor – tallysnfm@gmail.com

 0000-0001-6774-1733

Marcelo Gurgel Carlos da Silva – Doutor – marcelo.gurgel@uece.br

 0000-0003-4030-1206

Correspondência

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares – Av. Pará, 1999, Umuarama. CEP 38405-320. Uberlândia/MG, Brasil.

Contribuições dos autores

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares: concepção e delineamento do estudo; coleta de dados; pesquisa bibliográfica; redação do manuscrito. Marcelo Gurgel Carlos da Silva: delineamento da pesquisa; orientação metodológica; revisão crítica do conteúdo intelectual. Paulo Goberlânio Barros Silva: delineamento da pesquisa; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito. Tallys Newton Fernandes de Matos: formatação do texto; revisão crítica do manuscrito.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 11.4.2025

Revisado: 14.1.2026

Aprovado: 27.1.2025