

A.C.Camargo Cancer Center
Mestrado Profissional em Oncologia

CHECK-IN EM SAÚDE MENTAL E O KAIRÓS:
rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera de um
hospital oncológico

Shirley Suely dos Santos

**Trabalho aplicado apresentado ao Programa de Pós-Graduação
de Mestrado Profissional na área de Cuidados oncológicos
centrados no paciente da Fundação Antônio Prudente para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Orientadora: Dra. Márcia Araújo Sabino de Freitas.

São Paulo

2025

Santos, Shirley Suely dos .

Check-in em saúde mental e o Kairós: rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera de um hospital oncológico. / Shirley Suely dos Santos. São Paulo, 2025.

99f.

Trabalho aplicado (Mestrado Profissional) - Fundação Antônio Prudente. Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Márcia Araújo Sabino de Freitas.

1. Ansiedade, 2. Depressão, 3. Oncologia

CDU 616

Nome: Shirley Suely dos Santos

Título: Check-in em Saúde Mental e o Kairós: rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera de um hospital oncológico

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Dra. Márcia Araújo Sabino de Freitas

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o
propósito debaixo do céu”*

Eclesiaste 3.

A minha filha Mariana, o melhor presente que a vida me deu!

Meu esposo Walter que, com sua alma generosa, apoia todos os meus sonhos.

Meus pais que me ensinaram os primeiros passos e me permitiram caminhar, meus irmãos que partilharam das minhas melhores e piores versões e ainda assim me amam, minha avó de 92 anos que foi alfabetizada aos 70, começou academia aos 88 e sempre me diz que com coragem se faz tudo.

E a todas as pessoas incríveis que passaram pela minha vida e me ensinaram o senso de humanidade que carrego comigo.

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço a todos os professores que tive, cada um deles contribuiu para que eu chegasse até aqui representados, em ordem cronológica, pelos Dr. Sérgio Castilho (in memorian), Dr. Leandro Chevitarese, Dra. Terezinha Amaro, Me. Maria Carolina.

A minha orientadora Dra. Márcia Araújo Sabino, por acreditar na importância das minhas ideias, pelo acolhimento e orientação durante toda a pesquisa.

Ao A.C.Camargo Cancer Center, minha gratidão por abrir as portas — inclusive as da “cozinha” — e permitir a realização desta pesquisa, com apoio, generosidade e a admirável coragem de olhar para o que precisa ser transformado.

Ao Dr. Rubens Chojniak por sua humanidade indistinta no ambiente hospitalar.

A todos os colaboradores que me auxiliaram representados na figura da Adriana (secretaria), Juliana (enfermagem), e Matheus (estatística), especialmente ao Dr. Rafael Vanhoz pelo apoio à pesquisa.

A Camila Sepulveda, pela presteza em revisar a dissertação.

Agradeço principalmente aos pacientes, acompanhantes, colaboradores e outros que participaram da pesquisa e confiaram em mim para lhes dar voz.

RESUMO

Santos, Shirley. **Check-in em Saúde Mental e o Kairós**: rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera de um hospital oncológico [Dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2025.

Considerando que a humanização e o cuidado integral são princípios que devem reger qualquer fluxo hospitalar, realizou-se esta pesquisa no intuito de contribuir para que propostas sejam criadas para o rastreamento de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos nos ambulatórios. Essa lacuna é especialmente preocupante para psicólogos, visto que essas condições representam respostas adaptativas comuns, no entanto, diante da intensidade e do impacto emocional do processo de adoecimento, podem tornar-se disfuncionais gerando sequelas a curto, médio e longo prazo. Este é um estudo transversal, com abordagem mista, integrando análises quantitativas e qualitativas sob uma perspectiva fenomenológica. A coleta de dados foi realizada por meio de QR Codes disponibilizados nas salas de espera dos ambulatórios do A.C.Camargo Cancer Center, utilizando como instrumentos a validada Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e um questionário produzido por nós. O objetivo foi testar um fluxo espontâneo em que qualquer pessoa na sala de espera pudesse ter autonomia para solicitar atendimento psicológico. Participaram do estudo pacientes, acompanhantes e colaboradores. A prevalência encontrada na amostra de ansiedade foi de 60,9%, enquanto a depressão atingiu 43,8%. Observou-se uma associação significativa entre a autopercepção dos participantes e a presença de estados ansiosos ou depressivos. Entre os principais motivos autorrelatados pelos pacientes para esses estados emocionais destacam-se: questões relacionadas ao trabalho; diagnóstico, tratamento e realização de exames; medo de recidiva ou progressão da doença; saúde mental e vivências de luto. Mais de 50% dos acompanhantes têm como motivo a doença do familiar e os colaboradores destacam a sobrecarga de trabalho. A estratégia de enfrentamento mais frequentemente aplicada pelos pacientes foi a distração. Mais de 75% dos pacientes que participaram da pesquisa nunca foram atendidos pelo setor de Psicologia do hospital – destes, 52,8% gostariam de ser atendidos. O fluxo proposto verifica a autonomia das pessoas com relação a receberem ou não atendimento psicológico, a partir de sua própria autopercepção,

sem que um “outro” lhe diga que precisa. Assim utilizamos o conceito de Kairós, entendido como momento oportuno, ao passar pela singularidade da pessoa e entendido como instante qualitativo, ao passar pelo desejo da pessoa. Embora o cuidado centrado no paciente seja amplamente defendido em oposição à atenção médico-centrada, como princípio essencial no cuidado humanizado, esta pesquisa levanta um questionamento importante: é possível garantir esse cuidado centrado no paciente quando, para vivenciar, de fato, o modelo de atenção multiprofissional e, especialmente, ter seu necessário apoio psicológico, o paciente ainda depende de um encaminhamento médico, que ainda aparenta não estar ocorrendo devidamente? Esse aspecto evidencia a necessidade de repensar práticas institucionais que talvez estejam limitando o acesso ao cuidado, comprometendo o direito à saúde, bem como os processos de humanização no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Oncologia. 4. Psico-Oncologia. 5. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Santos, Shirley. **Mental Health Check-in and Kairos**: tracking anxiety and depression in the waiting rooms of an oncology hospital. [Tesis]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2025.

Considering that humanization and comprehensive care are principles that should govern any hospital flow, this research was conducted with the aim of contributing to the creation of proposals for the screening of anxiety and depression in oncology patients in outpatient clinics. This gap is especially worrying for psychologists, since these conditions represent common adaptive responses; however, given the intensity and emotional impact of the illness process, they can become dysfunctional, generating short-, medium-, and long-term sequelae. This is a cross-sectional study with a mixed approach, integrating quantitative and qualitative analyses from a phenomenological perspective. Data collection was performed through QR Codes made available in the waiting rooms of the A.C.Camargo Cancer Center outpatient clinics, using the validated Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and a questionnaire developed by us as instruments. The objective was to test a spontaneous flow in which anyone in the waiting room could have the autonomy to request psychological care. Patients, companions, and employees participated in the study. The prevalence in the sample collected of anxiety was 60.9%, while depression reached 43.8%. A significant association was observed between the participants' self-perception and the presence of anxious or depressive states. Among the main reasons self-reported by patients for these emotional states are: work-related issues; diagnosis, treatment and examinations; fear of recurrence or progression of the disease; mental health and experiences of grief. More than 50% of the companions gave the reason for the illness of a family member, and the employees highlighted work overload. The most frequently used coping strategy by patients was distraction. More than 75% of the patients who participated in the survey had never been seen by the hospital's Psychology department – of these, 52.8% would like to be seen. The proposed flow assesses people's autonomy in relation to whether to receive psychological care, based on their own self-perception, without someone else telling them that they need it. Thus, we use the concept of *Kairós*, understood as an opportune moment, when considering the person's singularity and understood as a qualitative moment, when considering the person's desire. Although patient-centered care is widely advocated in opposition to

physician-centered care as an essential principle in humanized care, this research raises an important question: is it possible to guarantee this patient-centered care when, in order to actually experience the multidisciplinary care model and, especially, to have the necessary psychological support, the patient still depends on a medical referral, which still appears not to be occurring properly? This aspect highlights the need to rethink institutional practices that may be limiting access to care, compromising the right to health, as well as the humanization processes in the hospital environment.

KEY WORDS: 1. Anxiety. 2. Depression. 3. Clinical oncology. 4. Psycho-Oncology. 5. Humanization of assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Display com o QR Code.....	38
Figura 2 – QR Codes nas salas de espera das unidades.....	39
Figura 3 – Parecer consubstanciado do CEP.....	44
Figura 4 – Grupos de participantes identificados, em números absolutos, a partir do papel desempenhado no hospital.....	49
Figura 5 – Prevalência encontrada nos grupos de participantes na coleta de 2004 e na de 2025.	50
Figura 6 – Autopercepção de ansiedade e de depressão nos 3 maiores grupos participantes versus resultado da escala HADS.	54
Figura 7 – Realização de acompanhamento psicológico.	68
Figura 8 – Número absoluto de participantes que realizam acompanhamento psicológico divididos por grupo de pacientes, acompanhantes e colaboradores.....	69
Figura 9 – Número de pessoas que não conhecem, nunca foram atendidos pelo setor de saúde mental do hospital e gostariam de passar com a equipe de psicologia do hospital.	69
Figura 10 – Proposta para Fluxo de Rastreamento de Ansiedade e Depressão.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes.....	52
Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes Associação entre ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas	53
Tabela 3 – Motivos autorrelatados por pacientes para se sentirem ansiosos ou deprimidos. .	55
Tabela 4 – Motivos autorrelatados por acompanhantes para se sentirem ansiosos ou deprimidos.....	56
Tabela 5 – Motivos autorrelatados por colaboradores para se sentirem ansiosos ou deprimidos	56
Tabela 6 – Estratégias de enfrentamento dos pacientes para quando se sentem ansiosos ou deprimidos.....	61
Tabela 7 – Estratégias de enfrentamento dos acompanhantes e colaboradores para quando se sentem ansiosos ou deprimidos	62
Tabela 8 – Momento que mais precisou de atendimento psicológico no ambiente hospitalar.....	66
Tabela 9 – Momento que mais precisou de atendimento psicológico no ambiente hospitalar.....	67

LISTA DE SIGLAS

ASCO	American Society of Clinical Oncology
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença do coronavírus 2019 (corona virus disease 2019)
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição
FCR	Recorrência e progressão do câncer (fear of cancer recurrence or progression)
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PJ	Pessoa Jurídica
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Humanização em saúde.....	8
1.1.1	<i>O conceito de humanização.....</i>	9
1.1.2	<i>A Política Nacional de Humanização</i>	11
1.1.3	<i>Técnica e cuidado</i>	12
1.1.4	<i>A humanização a partir da arqueologia de Foucault</i>	13
1.1.5	<i>Cuidado do paciente oncológico</i>	16
1.2	Tempo.....	17
1.2.1	<i>O que é tempo?.....</i>	17
1.2.2	<i>Cronos e Kairós</i>	17
1.3	Ansiedade e depressão no paciente oncológico	20
1.3.1	<i>Ansiedade.....</i>	22
1.3.2	<i>Depressão.....</i>	27
1.4	Contexto atual da saúde mental no A.C.Camargo Cancer Center.....	Erro! Indicador não definido.
2	JUSTIFICATIVA.....	35
3	OBJETIVOS	35
3.1	Objetivo principal	37
3.2	Objetivos específicos	377
4	METODOLOGIA.....	38
4.1	Tipo de estudo, instrumentos e coleta de dados	38
4.2	Análise dos Dados.....	411
4.3	Critérios de inclusão	42
4.4	Ética em pesquisa	43
4.5	Custos e financiamento	44
4.6	O percurso da pesquisa.....	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6	RECOMENDAÇÕES	73
7	LIMITAÇÕES E VIÉS DE PESQUISA	75

7.1	<i>Limitações da pesquisa</i>	76
7.2	<i>Vieses</i>	76
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
9	REFERÊNCIAS	82
	ANEXO 1 – HADS (ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO)	94
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA	95
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

1 INTRODUÇÃO

Em minha vivência nos ambientes hospitalares, tanto públicos quanto privados, notei que, apesar de frequentemente mencionada, a humanização nem sempre é aplicada. Muitas vezes, observamos equipes que participam de reuniões de forma obrigatória, ambientes onde a escuta é limitada, espaços reduzidos para equipes multiprofissionais e um número insuficiente de psicólogos para atender às demandas existentes. O sofrimento psicoemocional, muitas vezes ignorado, só é reconhecido quando se manifesta de forma intensa e/ou perturbadora: “Se chorar ou fazer escândalo? Chama a psicologia!”

Embora a humanização esteja prevista como princípio norteador das políticas públicas de saúde, sua efetiva aplicação ainda encontra barreiras estruturais, simbólicas e culturais. A lógica biomédica hegemônica frequentemente restringe o cuidado à dimensão biológica, marginalizando os aspectos subjetivos do processo saúde-doença. Como afirma Ayres (2009), no cuidado integral não se trata apenas de "amplitude", mas da "particularização significada" da experiência de saúde, capaz de reconhecer, valorizar e atuar sobre a singularidade das vivências dos sujeitos. A prática do cuidado humanizado exige mais do que protocolos: demanda escuta ativa, vínculos, sensibilidade, ética e disposição para reconhecer o outro em sua integralidade. No entanto, como destaca Pinheiro (2009), mesmo nas tentativas de reorganização dos serviços, persiste a predominância de uma racionalidade centrada na doença, nos procedimentos técnicos e na produtividade, em detrimento da escuta e do acolhimento das demandas subjetivas dos usuários.

A análise de Foucault (2001) ainda reverbera nas instituições contemporâneas, com longas jornadas de trabalho e protocolos extensos, falta percepção para aspectos não biológicos e falta recursos para a saúde mental no ambiente hospitalar. O corpo é objetificado, o tempo é cronometrado e o sofrimento psíquico muitas vezes invisibilizado, emergindo apenas quando rompe com os padrões esperados de comportamento. A integralidade do cuidado não pode ser alcançada dentro dos limites singulares de um serviço, mas depende de uma rede articulada que permita o acolhimento das múltiplas necessidades do sujeito em sofrimento (Cecilio, 2009). É como se a saúde mental fosse um “extra” e não parte da própria saúde. Como pode faltar saúde em um ambiente de produção de saúde?

O ser humano precisa de cuidado integral para que o componente “humano” não adoça. O conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que “a saúde

compreende dimensões emocionais e psíquicas, além da física” (World Health Organization, 2020) não pode ser apenas um belo discurso, pois há sofrimentos subjetivos que necessitam de olhares atentos, ouvidos treinados e de falas assertivas.

Uma das ideias mais enfatizadas ao longo desses dois anos e meio de convívio acadêmico no mestrado, destacada reiteradamente pelos professores, foi o pensamento de que: "a prevenção é sempre uma opção melhor". Essa perspectiva ressalta a importância de evitar o agravamento de condições de saúde que poderiam ser tratadas com menos recursos e menos sofrimento ao paciente. E, claro, não apenas no âmbito dos desfechos orgânicos – apesar de que também já está amplamente comprovada a influência dos estados mentais-emocionais nos aspectos biológicos das enfermidades.

Diante dessa indicação, surge a proposta de um check-in hospitalar ampliado, que não se baseie somente numa anamnese que vislumbre sintomas orgânicos, incluindo também aspectos para rastreamento de ansiedade e depressão. Essa proposta dialoga com o entendimento de que o rastreamento de ansiedade e depressão é uma estratégia de cuidado ampliado, alinhada tanto à humanização quanto à integralidade. A qualidade de um programa de saúde mental está relacionada à sua capacidade de oferecer acessibilidade e um conjunto variado de ações que incluam assistência, reinserção, trabalho, lazer e hospitalidade (Saraceno, 2001) — práticas que consideram a totalidade do sujeito e não apenas sua patologia.

Diversos estudos têm demonstrado que a adoção de práticas de cuidado integral no contexto hospitalar — especialmente aquelas que incluem a dimensão subjetiva do paciente — contribui significativamente para a melhoria da experiência de cuidado e para a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. Quando o paciente é acolhido em sua totalidade, com escuta ativa, respeito à singularidade e suporte emocional contínuo, há maior adesão ao tratamento, redução da ansiedade e da dor percebida, além de aumento da satisfação com os serviços recebidos (Silva et al., 2018; Borges et al., 2021). Uma revisão sistemática conduzida por Santana et al. (2018), por exemplo, indica que práticas de cuidado centrado na pessoa estão associadas a melhores desfechos clínicos, menor tempo de internação e maior bem-estar emocional. No campo específico da oncologia, Bergerot et al. (2017) mostram que intervenções psicoeducativas, associadas a estratégias de rastreamento precoce do sofrimento emocional, contribuem diretamente para a melhora da qualidade de vida e da experiência hospitalar de pacientes oncológicos. Tais achados reforçam a premissa de que a atenção integral — conforme defendida por políticas públicas como a Política Nacional de Humanização — deve ser entendida

não como ideal abstrato, mas como tecnologia essencial para a efetividade terapêutica e a humanização do cuidado.

Estudos indicam que condições como ansiedade e depressão estão fortemente associadas ao enfrentamento de diagnósticos graves, como o câncer. Essa doença, além de provocar graves debilitações físicas, está cercada por uma série de medos e estigmas sociais, podendo impactar na adesão ao tratamento, na qualidade de vida e em alguns casos, inclusive, levar à ideação suicida. Apesar de todos os riscos envolvidos, as instituições de saúde parecem subestimar o rastreamento adequado de sintomas de ansiedade e depressão não apenas entre os pacientes, mas também entre seus acompanhantes e as equipes de saúde, que igualmente vivenciam intensos desafios emocionais (Yu et al., 2011; Andersen et al., 2014; Duarte e Noro, 2013; Bergerot et al., 2014; Ferreira et al., 2016; Simão et al., 2017; Galvão et al., 2021; Bergerot et al., 2023; Michalek et al., 2023; Ramos e Ducatti, 2023; Araújo et al., 2024; Silva, 2024).

Estudo anterior a este, realizado em 2009 nesta mesma instituição, na sala de espera da radiologia, obteve resultados preocupantes relacionados à ansiedade, mostrando que 46% dos participantes da pesquisa apresentavam algum grau de ansiedade segundo os resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), sendo que 31% faziam acompanhamento de câncer tratado e o restante estava fazendo check-up ou exames de follow-up. (Yu et al., 2011).

Dessa forma, é necessário incorporar à rotina institucional dispositivos de escuta, acolhimento e intervenção em saúde mental, sobretudo em contextos como a oncologia, onde os níveis de sofrimento subjetivo são especialmente elevados (Deslandes, 2006; Bergerot et al., 2017). Considero que a incorporação desse rastreamento na prática clínica pode favorecer a identificação precoce de sintomas emocionais, viabilizando intervenções mais ágeis e eficazes.

Um dos objetivos deste trabalho foi não só atualizar os dados, mas expandir a pesquisa anterior, ampliando sua abrangência para todas as salas de espera do hospital, tanto na unidade Antônio Prudente quanto na unidade Pires da Mota, incluindo também a sala de espera da "escolinha da pediatria" (Escola Schwester Heine). O estudo também incluiu a depressão, além da ansiedade. Além disso, a pesquisa foi estendida para que pudessem participar não apenas os pacientes, mas também acompanhantes, colaboradores e demais pessoas que transitam pelas salas de espera do hospital. O intuito é de traçar um panorama mais amplo sobre o estado de ansiedade e depressão das pessoas que convivem com a oncologia, mesmo sem serem os próprios pacientes, e que também podem apresentar adoecimento advindo dessa convivência.

Ainda, o estudo envolveu mais variáveis, com abordagem mais abrangente, qualiquantitativa, que parece mais adequada para analisar fenômenos complexos como o sofrimento humano. Finalmente, este trabalho não só levantou dados, como também buscou oferecer possibilidade de solução, ainda que parcial, ao problema do rastreio, que parte da iniciativa das próprias pessoas que podem estar precisando de cuidado.

Entendemos que a equipe responsável pelos setores pode reconhecer no paciente algum incômodo, como demanda por atenção ou princípio de sofrimento psíquico, no entanto, não é habilitada para intervir em tais situações ou ainda não possui tempo hábil para isso, o que pode desfavorecer os processos de humanização no hospital. O encaminhamento para o setor de saúde mental geralmente se dá em caso de sintomas muito evidentes, mais graves, isto é, quando os sintomas emocionais suscitam cuidados de emergência (Duarte e Noro, 2013).

No âmbito da oncologia, o papel do tempo é fundamental para o tratamento e a cura. E aqui nos referimos ao tempo Cronológico, tempo que leva para que o paciente reconheça que há algo errado, busque recursos médicos (consulta, realização de exames) passando pelo diagnóstico até a intervenção.

No entanto, há também um outro tempo que nos interessa no escopo da Psicologia. Embora se reconheça a importância do tempo de Cronos (o tempo cronológico, físico, medido em minutos, horas e dias), há também o tempo de Kairós, mais apropriado para uso quando falamos de sintomas emocionais.

A palavra Kairós foi usada primariamente na antiguidade para se referir a uma abertura por onde se poderia atirar uma flexa e exclusivamente no instante desta abertura o inimigo poderia ser derrotado. Depois, o termo Kairós passou a ser utilizado como momento oportuno, apropriado, um tempo de qualidade de vida (Quirin, 2015). O conceito grego de *Kairós* remonta às origens da literatura helênica e atravessa a tradição filosófica e poética da Grécia antiga como um símbolo do tempo oportuno, qualitativo. Longe de se confundir com o tempo cronológico (*Chronos*), *Kairós* refere-se ao momento certo, à ocasião propícia, à oportunidade que deve ser reconhecida e aproveitada no instante exato. Como afirma Hesíodo, “em tudo, o *kairós* é a suprema excelência” (*Obras*, v. 694), enquanto Sófocles o define como “o melhor guia em todos os esforços humanos” (*Electra*, v. 75-76). A força dessa noção atravessa séculos, sendo exaltada por Píndaro, Poseidipo, Políbio, Calístrato, Aristóteles, todos reconhecendo em *Kairós* o princípio orientador das ações humanas eficazes. Ainda que sua tradução oscile entre “oportunidade”, “instante certo” ou “tempo adequado”, o que caracteriza o *Kairós* é sua

plasticidade, sua ligação à experiência e à ação eficaz, talvez por isso seu conceito escape a definições fixas e a palavra grega não pôde ser traduzida. No campo da saúde, essa concepção de tempo ganha relevância à medida que se busca um cuidado que vá além do cronológico, atento ao instante vivido e às necessidades subjetivas do sujeito em sofrimento. Assim, pensar o *Kairós* no contexto hospitalar significa reconhecer o “tempo da escuta”, o momento certo para intervir, acolher, ou simplesmente estar presente — uma perspectiva particularmente preciosa para a abordagem fenomenológica, que considera a experiência como o modo pelo qual o Ser se manifesta (Heidegger, 1927).

A partir do aporte da Psicologia tomaremos o tempo emocional experienciado pelos sujeitos da pesquisa como *Kairós*, o instante da experiência como o único possível, o único que importa para a manifestação do Ente. Nem passado, nem presente, nem futuro: *Kairós*, o momento da abertura da possibilidade de existir para a vida. Percorrendo essa dialética entre Cronos (o deus da existência física) e *Kairós* (o deus da vida psíquica) podemos pensar a humanização em saúde como a integração entre existência e vida em sua integralidade (Marramao, 1992; Souza, 2015).

O processo de humanização, no âmbito da saúde, tem sido pensado desde a década de 70 e atualmente configura-se como meta primordial em todos os níveis da atenção à saúde. A lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, estabelece que o cuidado integral é um dos principais objetivos da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, sendo que “fazem parte do cuidado integral [...] a prevenção, o rastreamento, a detecção precoce e o diagnóstico do câncer, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos do paciente, bem como ***o apoio psicológico oferecido a ele e a seus familiares***” (Brasil, 2023, art. 2º § 1º).

Houve um crescente avanço na técnica, no poder dos diagnósticos precoces, intervenção terapêutica e precisão na atuação dos fármacos. Apesar disso, o componente humano (ética, empatia, comunicação, solicitude, capacidade de ouvir, paciência) continua sendo imprescindível aos cuidados em saúde e o apoio psicológico interfere diretamente na qualidade de vida do paciente.

Por exemplo, em um projeto conjunto, com publicação ainda pendente, idealizado por mim e realizado por um grupo de psicólogos clínicos junto a pacientes oncológicos e seus familiares, temos obtido resultados (com base nos feedbacks dos participantes e relatórios dos voluntários do projeto) de maior adesão ao tratamento, maior qualidade de vida, menor sofrimento psíquico e emocional após 8 a 12 sessões de Psicoterapia.

Humanizar é sobretudo manifestar uma atitude de encontro subjetivo. Mesmo que utilizando-se da tecnologia, é necessário que haja relação entre os sujeitos humanos que interagem e se integram na experiência hospitalar. Compreendendo que os procedimentos realizados a partir da aplicação mecânica das tecnologias possuem um significado para a vida do paciente, é importante pensarmos se os fins e os meios favorecem tanto a humanização quanto a qualidade de vida (Deslandes, 2006).

Quando se pensa em oncologia, a humanização surge como um conceito imprescindível devido, principalmente, à grande vulnerabilidade em que se encontram os pacientes, fato que atinge direta ou indiretamente os cuidadores e as equipes de saúde.

O sofrimento psíquico é encontrado com frequência no ambiente hospitalar oncológico, e as principais comorbidades psiquiátricas relacionadas a esse sofrimento são ansiedade e depressão (Andersen et al., 2014; Bergerot et al., 2014; Simão et al., 2017). A perspectiva de uma doença grave e ameaçadora da vida, como é o caso do câncer, com o estigma de incurável e que teve 225.830 óbitos apenas no ano de 2020 (Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2022), pode vir acompanhada por um desses dois fatores, senão os dois. Ou seja, no caso do diagnóstico de neoplasia, uma série de sofrimentos não restritos ao âmbito biológico experienciados pelo sujeito podem suscitar episódios de ansiedade, acompanhados ou não de depressão.

Uma pesquisa realizada na Polônia com todos os casos de neoplasias primárias diagnosticados entre 2009 a 2019 com pessoas de 15 a 39 anos a fim de identificar os riscos de suicídio, chegou à conclusão de que o risco para suicídio dessa população era 2,5 vezes maior do que o normal para adolescentes e adultos jovens poloneses. Na conclusão, há recomendação para rastreio de “pacientes com condições de saúde mental pré-existentes ou novas, como depressão ou ansiedade” e “outras medidas que devem ser tomadas incluem [...] integração de serviços psicológicos” (Michalek et al., 2023, p. 661).

A ansiedade e a depressão são respostas adaptativas a situações de estresse, mudanças, medos, incertezas. No entanto, dependendo da intensidade, podem causar graves desajustes.

O diagnóstico de câncer traz implícitas diversas perdas de ordem social, econômica, corporal, psíquica e emocional, tais como perda da saúde, do trabalho, da autonomia, de partes do próprio corpo, da dinâmica familiar, de atividades sociais, de relacionamentos amorosos, podendo inclusive culminar na morte do sujeito (Cardoso e Santos, 2013; Cardoso et al., 2018). Essas perdas podem explicar os índices para depressão e ansiedade considerados como sendo de cerca de 22% a 30%, respectivamente, pelo programa Epi Info (Ferreira et al., 2016).

Esses índices significativos, num primeiro momento, podem reverberar nas equipes hospitalares durante realização do exame, ser motivo de o sujeito não realizar o exame (por exemplo, numa crise de ansiedade), nos cuidadores (sobrecarga emocional), no próprio sujeito (sofrimento psicoemocional) e posteriormente interferir na adesão do paciente ao tratamento, e na maior carga emocional demandada dos cuidadores e das equipes de saúde (Deslandes, 2006; Cardoso e Santos, 2013; Cardoso et al., 2018; Menezes et al., 2012).

No entanto, apesar de todos os impactos da saúde mental e emocional nos pacientes oncológicos, não há nas instituições oncológicas do país, inclusive no A.C.Camargo, um fluxo para identificação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão ambulatorial, tampouco sabemos a prevalência desses sintomas entre toda a população que frequenta o hospital.

Neste estudo, avaliaremos se é possível a inserção de um fluxo de rastreamento onde o usuário passe por rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera a partir da escala HADS, verificando a adesão espontânea ao novo fluxo, verificando também o desejo do usuário em querer ou não atendimento no setor de saúde mental. As salas de espera parecem momentos adequados para a inserção do fluxo não só pelo tempo disponível do paciente para responder a questionários, mas também porque nos momentos de espera e tensão, o Kairós é de forte percepção.

Além disso, vamos comparar os resultados encontrados com os dados de prevalência encontrada na amostra de sintomas de ansiedade do estudo anterior (Yu et al., 2011), que foi realizado há mais de década atrás tendo um hiato da pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19). Ainda, consideramos interessante ampliar o escopo daquele estudo, que foi feito apenas nas salas de espera da radiologia. Por fim, desta vez o estudo contará com o aporte da Psicologia, essencial para a melhor compreensão dessa realidade, e terá outras variáveis de análise.

Por exemplo: a situação financeira/de trabalho e o fato de os respondentes serem os principais provedores do domicílio poderia ter relação com a ocorrência desses sintomas? Os participantes da pesquisa têm consciência de sua autopercepção para ansiedade e depressão? E os sujeitos que têm consciência de sua autopercepção para ansiedade e depressão usam algum recurso de enfrentamento que os faça se sentir melhor? E será que a instituição pode retirar aprendizados para si a partir das formas de enfrentamento desenvolvidas pelos seus próprios pacientes, para melhor acolhê-los? Além disso, o quão comum é que essas pessoas façam psicoterapia? Caso tenham acesso a esse recurso, gostariam de fazer? E, por fim, o que poderia

ser feito para que sua qualidade de vida no ambiente hospitalar gerasse menos ansiedade e depressão?

É assim que nos propomos a abordar a ansiedade e a depressão em salas de espera de um hospital oncológico, realizando uma análise quanti-qualitativa embasada numa perspectiva fenomenológica.

1.1 Humanização em saúde

O processo de humanização, no âmbito da saúde, tem sido pensado desde a década de 70 e atualmente configura-se como meta primordial em todos os níveis da atenção à saúde. A lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, estabelece que o cuidado integral é um dos principais objetivos da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, sendo que “fazem parte do cuidado integral [...] a prevenção, o rastreamento, a detecção precoce e o diagnóstico do câncer, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos do paciente, bem como **o apoio psicológico oferecido a ele e a seus familiares**” (Brasil, 2023, art. 2º § 1º) e a lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024 institui a Política Nacional de Cuidados, garantindo o direito “a ser cuidado, a cuidar o ao autocuidado” (Brasi, 2024, art. 1º § 2º). Um marco importante do processo de humanização se dá em abril de 2025 quando é acrescida à lei 8080, espinha dorsal do SUS, a atenção humanizada como um dos princípios do SUS, inclusão feita pela lei nº 15.126 de 28 de abril de 2025 (Brasil, 2025, art. 7º). Essas leis mostram a preocupação crescente em ofertar um cuidado cada vez mais integral e humanizado.

Mas, afinal, o que significa, de fato, humanizar o cuidado em saúde?

Veremos que a humanização se propõe a ir além das perspectivas éticas e práticas que partem de ações pontuais, propondo uma abordagem integral que considera o indivíduo como um ser bio-psico-social e espiritual, motivo pelo qual sua conceitualização e aplicabilidade se tornam um desafio para governos, instituições e profissionais de saúde.

A fenomenologia e a ética aplicada podem amparar teoricamente nossa compreensão na tentativa de compreender a complexidade dessa prática, especialmente em cenários que afetam tantas instâncias da vida humana, como o tratamento de pacientes com câncer.

1.1.1 O conceito de humanização

A definição de Humanização no dicionário Aurélio, embora pareça simples, aborda aspectos complexos: “Humanização significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude”. Num primeiro momento, podemos pensar que a humanização situa o humano no tempo presente (humanizar), embora sua proposta se volte ao mesmo tempo para um vir-a-ser do humano (tornar humano), pressupondo um componente de ordem prática, sem a qual não se pode constituir como campo de ética, possibilidade de ação do sujeito, embora, não se restrinja puramente à ética. “Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável” – nem sempre o humano é benévolo, afável ou tratável, no entanto a ética é o que deve ser, não apenas o que é. Nesse sentido, podemos pensar no humano fenomenologicamente como um humano que não se encerra no que é, mas também acomoda uma perspectiva de vir-a-ser. Trata-se de um Dasein (ser-ai), que estando no mundo se pergunta como agir melhor, de um modo ético reflexiona e muda de atitude e se mantém aberto para outras possibilidades de ação (Ferreira, 2009).

Humanizar “é realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro” (Ferreira, 2009). A definição partilha também patamares psicológicos quando coloca a necessidade de se “considerar o ser humano como ser único e complexo”.

A fenomenologia reconhece a experiência individual como constitutiva dos processos de aquisição de consciência, sendo a consciência sempre dirigida a algo, conforme o princípio da intencionalidade. Para Husserl, a consciência não é uma substância ou um recipiente passivo de percepções, mas uma atividade relacional e dinâmica que se manifesta sempre como “consciência de algo”, de modo que: “Toda consciência, enquanto consciência de algo, é intencionalmente estruturada; é essa intencionalidade que constitui o núcleo da vida consciente” (Husserl, 2006, p. 40). A fenomenologia resgata o ser integral quando integra corpo e mundo na constituição da experiência, principalmente com Merleau-Ponty afirmando que o mundo não é o que eu penso, mas é aquilo que eu vivo (1999). Assim, o conceito de consciência é expandido: uma experiência encarnada no corpo é condição de possibilidade para o surgimento do sentido e da consciência, perspectiva fundamental para compreender o adoecimento, especialmente em contextos oncológicos, onde as experiências são intensamente corporificadas e emocionalmente carregadas.

A aquisição de consciência, nesse contexto, refere-se ao processo pelo qual a mente percebe, interpreta e organiza as experiências vividas (Fernandes, 2010) de tal modo que a subjetividade deva ser considerada não permitindo que o humano seja reduzido a uma instância puramente biológica (o que em tese nem seria possível), mas reconhecendo sua complexidade e considerando sua integralidade.

Autores como Deslandes (2006) destacam que a humanização requer práticas que vão além do cuidado biomédico. Em seu artigo *Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar*, examina como a humanização foi incorporada ao discurso oficial e às políticas de gestão hospitalar no Brasil, avalia tanto os avanços quanto as contradições existentes entre as propostas “humanizantes” e a realidade cotidiana das instituições de saúde: “A retórica oficial, ao enfatizar a humanização, pode incorrer em ambiguidades quando não são criadas condições reais para a transformação das práticas profissionais e das relações de poder que estruturam o ambiente hospitalar” (Deslandes, 2006, p. 10).

Partindo desse ponto, embora possamos pensar tanto o conceito de humanização como o de saúde em um cenário ideal, como por exemplo a clássica definição de saúde da OMS “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, é necessário considerar o quanto esse vislumbrar o ideal dificulta a identificação de práticas normativas dinâmicas. Ayres (2004) propõe a ideia de saúde como um “projeto em curso” – isto é, um processo, não é algo que se atinge porque não há uma resposta definitiva, já que temos um vir-a-ser, somos inter-relacionais, em constante reconstrução com nossos valores individuais e coletivos, o que nos leva a um processo de constante reflexão e realinhamento de saberes e práticas.

Deve-se ter uma visão ampliada da saúde, que vai além da ideia de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, uma vez que essa perspectiva idealizada desconsidera a complexidade da experiência humana. Afinal, simplesmente não é possível uma vida sem problemas e desafios. A condição humana, o princípio da impermanência, tão bem explicado pelas filosofias orientais, representada aqui pelas mudanças que causam desequilíbrios nos diversos âmbitos da vida, sugerem que a saúde deve ser compreendida como um “processo dinâmico e inacabado”, alinhado aos valores, ao contexto individual e ao sentido que cada pessoa confere à sua própria existência. No entanto, há possibilidades de um “projeto de felicidade”, quando se oferece algo além do saber técnico e se considera “a busca da totalidade existencial que permite dar significados e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida” da pessoa estabelecendo uma relação terapêutica (Ayres, 2004).

Nesse sentido, a saúde está menos relacionada à ausência de doenças e mais ao modo como cada indivíduo constrói sentido e vive sua existência, experienciando vulnerabilidades e possibilidades de existir nunca pensadas. Nesse caso, já não é o sintoma que importa, mas o modo como cada indivíduo experiencia esse sintoma, sua vivência, experiência, suas dificuldades em vivenciar tal situação. Eis o ponto em que a abordagem fenomenológica ressoa fortemente com a humanização do cuidado, especialmente no contexto oncológico, onde os desafios do adoecimento exigem um olhar às dimensões subjetivas da vida dos pacientes.

1.1.2 A Política Nacional de Humanização

Segundo consta no site do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), o SUS incorporou a PNH, lançada em 2003, com a proposta de realizar articulação entre práticas de cuidado, formação e gestão dos serviços de saúde. Suas diretrizes possuem o objetivo de valorizar os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, não apenas trabalhadores e gestores, mas também usuários, promovendo autonomia, de modo a haver entre os envolvidos corresponsabilidade e possibilidade de inovação nos processos de trabalho.

Entre os princípios básicos da PNH estão a comunicação eficaz (acolhedora e assertiva), o estabelecimento de vínculos solidários (humanos) e a atuação interdisciplinar – ampliando a relação de cuidado e desafiando as relações de poder e hierarquia para a construção coletiva de soluções de modo participativo e integrado.

A humanização, segundo o Ministério da Saúde, é a valorização dos sujeitos no contexto das práticas de saúde, com todos os sujeitos participando do processo de produção de saúde e vistos de forma integral. Esse conceito vai além do atendimento técnico-científico, pois estabelece uma relação entre sujeitos, incorporando aspectos sociais, emocionais e éticos na assistência, de forma a transformar as realidades vividas.

Para além dos setores públicos, também os setores privados possuem investimentos em humanização. O A.C.Camargo Cancer Center, no âmbito do mestrado profissional em oncologia, desenvolveu uma linha de pesquisa intitulada “Pessoas: o cuidado humanizado dos pacientes”, que busca avaliar práticas e recursos voltados para a ampliação das relações entre profissionais de saúde e pacientes. Essa abordagem considera não apenas os processos biológicos relacionados à saúde, mas também os aspectos éticos e psicológicos que permeiam essas interações. De acordo com a descrição fornecida no site da instituição (A.C.Camargo Cancer

Center, 2024), essa linha de pesquisa se propõe estudar elementos essenciais para a assistência ao paciente oncológico, incluindo a reabilitação, a qualidade de vida e a bioética. Além disso, as iniciativas dessa linha de investigação destacam a importância de promover um cuidado integral, que vá além dos critérios biomédicos, compreendendo o cuidado como um diálogo contínuo entre os sujeitos envolvidos e o ambiente em que estão inseridos. Esse modelo reforça que a humanização é um pilar fundamental para garantir a excelência no cuidado e na experiência do paciente.

1.1.3 Técnica e cuidado

Uma das questões que surgem quando pensamos em humanização, segundo Ferreira (2005), é a ideia de uma dualidade entre as dimensões técnica (*to cure*) e relacional (*to care*). Embora a técnica esteja associada ao saber, à cura, ao domínio de ferramentas para diagnóstico e terapêutica, sozinha, pode levar à objetificação do sujeito, pois o fragmenta ao ignorar os aspectos subjetivos, sociais, espirituais, emocionais. Atualmente, a proposta do processo de humanização requer integração da dimensão técnica com a relacional: o “to cure” (curar) precisa incorporar o “to care” (cuidar) – a interação humana, a empatia, o acolhimento, a escuta ativa. Não é possível promover saúde sem qualidade de vida, sem integrar ética e técnica, sem considerar o cuidado.

Não basta tratar o paciente; é necessário reconhecê-lo como sujeito ativo em seu processo de cuidado. Aqui novamente nos deparamos com a interseção entre fenomenologia e humanização, pois uma base fenomenológica nos permite compreender o humano como multidimensional. Não minimizamos a importância do corpo, no entanto enfatizamos o aspecto indissociável que há entre corpo, mente e espírito.

Fernandes (2010), por exemplo, ao explorar o conceito de intencionalidade da consciência, destaca a importância de experiências vividas na construção do ser, de modo que “a consciência é sempre consciência de alguma coisa e o objeto é sempre para uma consciência. Sem essa relação consciência-objeto não haveria nem consciência nem objeto”. Assim, o adoecimento, o diagnóstico, os modos de entender e enfrentar será diferente para cada pessoa, a depender de suas experiências pregressas, pois sua intencionalidade define seu modo de relação. Embora não apenas isso aconteça, como vemos em Castro e Gomes (2015, p. 91), Husserl defende que embora os objetos intencionados no presente “sejam influenciados pela

direcionalidade consciente configurada no passado do fluxo, sempre ocorrerão novas impressões primárias”, de modo que “a influência das experiências passadas se define pelo modo como a experiência atual acessa tal passado (retenções)”. Nisso reside a possibilidade de qualquer tipo de intervenção psicológica: atuar no presente oferecendo recursos para que as experiências passadas sejam acessadas a partir de possibilidades de enfrentamento estratégicas.

No cuidado oncológico, essa perspectiva é essencial. Pacientes enfrentam não apenas desafios físicos, mas também emocionais e existenciais, que demandam abordagens sensíveis e integradoras. A humanização, nesse sentido, não se dá apenas pela via da técnica: profissionais e pacientes coparticipam do processo do cuidado que se dá a partir, também, da qualidade das relações intersubjetivas. É dessa forma que a escuta é fundamental para entender a intencionalidade do paciente oncológico: com qual objeto simbólico ele se relaciona ao adoecer? Quais são realmente seus medos? Que particularidade intrínseca representa o adoecer para aquela pessoa naquele momento?

1.1.4 A humanização a partir da arqueologia de Foucault

Michel Foucault, em *"O Nascimento da Clínica"* (2001), analisa a transformação do saber médico nos séculos XVIII e XIX, enfatizando como o ato de observar, classificar e nomear corpos e doenças reformulou profundamente a prática médica: a medicina moderna emerge a partir de mudanças nas estruturas discursivas e nos regimes de verdade. Foucault ilumina as relações entre poder, saber e corpo, realizando uma arqueologia histórica que possibilita um novo entendimento da "verdade", deslocando-a de seu status de verdade absoluta (descoberta) para compreendê-la como uma construção histórica.

Segundo Foucault (2001), antes do final do século XVIII, o saber médico estava mais ligado a teorias gerais do corpo e da saúde, frequentemente desconectadas da observação direta do corpo doente. Com o advento da clínica moderna, há uma mudança para um olhar anatômico-patológico, em que o médico observa diretamente o corpo e associa sintomas a lesões específicas.

Na contemporaneidade, podemos pensar os exames de imagem e as inteligências artificiais ocupando o papel do olhar: “a aproximação do médico ao corpo do doente foi substituída pela aproximação do médico à imagem em sentido literal, do corpo do paciente”

(Manço, 2004, p. 133). Com as novas técnicas e exames, os conhecimentos trazem um novo olhar: já não observa o corpo exterior, mas os órgãos internos que não podem ser vistos pelo olho senão a partir do seu exame de imagem ou exame laboratorial. O diagnóstico só tem status de verdade se for obtido a partir de imagens, exames anatomopatológicos. A medicina é baseada em evidências, é baseada no olhar, naquilo que se pode ver – essa noção está mais acentuada que nunca, embora tenha sido observada muito antes:

Não é mais o olhar de qualquer observador, mas o de um médico apoiado e justificado por uma instituição; o de um médico que tem poder de decisão e intervenção. Em seguida, é um olhar que não está limitado pela rede estreita da estrutura (forma, disposição, número, grandeza), mas que pode e deve apreender as cores, as variações, as ínfimas anomalias, mantendo-se sempre à espreita do desviante. Finalmente, é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos; é calculador (Foucault, 2001. p. 144).

Quando Foucault escreve o Nascimento da Clínica, o hospital havia passado por uma transformação significativa. Deixará de ser um espaço destinado exclusivamente à caridade ou ao confinamento de doentes para se tornar um laboratório de produção de conhecimento médico. Essa transição do assistencialismo para uma prática científica e técnica trouxe consigo o modelo que conhecemos atualmente, no qual o setor hospitalar começa a se tornar, além de centro de produção de conhecimento, um local que considera dinâmicas de mercado, sendo visto como um "investimento no setor de saúde", onde os médicos deixam de ser funcionários contratados para atuarem como prestadores de serviço, trabalhando de forma autônoma e alinhados a interesses individuais e empresariais. Consultas, exames, cirurgias são realizados no menor tempo possível, seguindo diretrizes de fluxos industriais. Como observa Han (2015) em "A sociedade do Cansaço", há profundas mudanças na sociedade que refletem no ambiente hospitalar quando nos tornamos uma "sociedade de desempenho": o tempo se torna imprescindível no processo de produção, a obediência dá lugar ao desempenho, agora somos "sujeitos de desempenho e produção" e o status de pessoa jurídica (PJ) transforma todos em "empresários de si mesmos" (Santos, 2006; Bello e Garrafa, 2018).

Nesse sentido, num cenário em que os pacientes frequentemente enfrentam não apenas a doença em si, mas também o impacto psicológico e social do diagnóstico, como no caso do câncer, um cuidado centrado exclusivamente na doença parece tornar o sofrimento

subjetivo como irrelevante para a cura, o cuidado e a vida. Essa objetificação do paciente, tomado pela sua doença, identificado pelo número do prontuário, tipo de câncer, facilmente desconsidera suas narrativas pessoais, seus temores, suas expectativas, enfim, seu protagonismo como pessoa, afinal “time is money” (tempo é dinheiro).

Foucault (2001) argumenta, ao longo do livro, que, com a modernidade, o médico assume um papel central na determinação da "verdade" sobre o corpo do paciente. Esse poder é exercido por meio do conhecimento científico, que legitima intervenções sobre o corpo, muitas vezes desconsiderando a vontade ou o entendimento do paciente. Na Oncologia, esse poder pode se manifestar em decisões unilaterais sobre tratamentos, como quimioterapia, radioterapia ou cirurgias, frequentemente deixando o paciente alheio ao processo decisório e apenas comunicando-o do que a equipe médica decidiu.

Nesse contexto, as discussões e pesquisas sobre a humanização do cuidado destacam a necessidade de uma redistribuição desse poder, promovendo o compartilhamento de decisões (Freitas, 2017). Essa abordagem tem sido cada vez mais valorizada nas práticas de cuidados paliativos, especialmente no cuidado em fim de vida. Segundo Saunders (2001) "a comunicação aberta e o respeito pela autonomia do paciente são pilares fundamentais para proporcionar dignidade e conforto em momentos críticos": o desejo é considerado, o poder de decisão passa pelo paciente. Sepúlveda et al. (2002) reforçam que, no cuidado paliativo, informar o paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, além de respeitar suas escolhas, é essencial para equilibrar a relação entre o cuidador e o paciente. Essa prática não apenas empodera o paciente, mas também contribui para uma experiência de cuidado mais ética e humanizada, alinhada com seus valores e desejos.

A humanização no cuidado oncológico beneficia não apenas os pacientes, mas também os profissionais de saúde e as instituições. Essa abordagem promove um ambiente colaborativo e participativo, no qual todos os envolvidos são valorizados e se tornam corresponsáveis pelo cuidado. As demandas emocionais intensas não deixam de existir. No entanto, uma vez que adquirem sentido, permitem a criação de um ambiente de segurança psicológica, essencial para enfrentar os desafios impostos pelo tratamento oncológico, tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

1.1.5 Cuidado do paciente oncológico

Percebemos até aqui a importância do processo de humanização junto ao paciente durante seu processo de adoecimento.

Heidegger (2002) entende o ser humano como um "ser no mundo", e adoecer, especialmente no contexto do câncer, pode ser compreendido como uma ruptura na existência. Essa experiência implica uma tomada de consciência da finitude, que propicia o encontro do ser com sua angústia existencial. O diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora à vida, como o câncer, representa uma ruptura significativa na experiência de vida da pessoa, levando-a a enfrentar questões profundas sobre sua existência. Nesse contexto, o processo de humanização no cuidado torna-se essencial, pois tratar o paciente sem considerar outras dimensões além da orgânica é como observar o horizonte e limitar a realidade ao que se vê. A humanização, portanto, amplia o olhar para além das intervenções biomédicas, reconhecendo a integralidade do ser humano.

Retomando o conceito de "projeto de felicidade" de Ayres (2004), a saúde, assim como a vida, é um processo dinâmico e inacabado, fundamentado nas aspirações e nos valores individuais. Consideremos mais atentamente o caso do paciente oncológico, cuja crença muitas vezes associa o sucesso do cuidado apenas à ausência de sintomas físicos ou à "cura", cujo objetivo é "vencer a guerra" contra o câncer. Esse paciente precisa acessar outras instâncias de pensamento para entender que embora a cura ou ausência de sintomas sejam possíveis, há um encontro inevitável com o "não-ser" em determinado ponto da jornada.

Atualmente, muitos pacientes convivem por anos com a doença, alternando entre tratamentos, acompanhamentos e recidivas. Dessa forma, sua saúde não pode, nem deve, ser avaliada unicamente pela ausência da doença, mas pela conquista de condições emocionais que lhes permitam viver com dignidade e autonomia, conferindo sentido à própria vida, não um sentido ingênuo, mas um que, como nos alerta Frankl (1991), consiga integrar à vida também o fenômeno da morte e do sofrimento como fontes de sentido para o cuidado.

1.2 Tempo

1.2.1 O que é tempo?

Segundo Marramao (1992, p. 128-136), a etimologia da palavra “tempo”, derivada do latim “*tempus*”, é incerta. O termo *tempus* substitui duas palavras que, em inglês (*time* e *weather*) e em alemão (*Zeit* e *Wetter*), significam, “respectivamente, o tempo cronológico e o tempo meteorológico”. *Tempus* também se relaciona a “dois verbos: *teino* (esticar) e *temno* (cortar)”. O tempo, entendido como *teino*, remete ao tempo físico que flui do passado, atravessa o presente e segue em direção ao futuro. Já *temno* evoca as fiandeiras (Brandão, 1986, p. 230-232), que, com a tesoura, cortavam o fio da vida, determinando o momento da morte. Marramao (1992), ao recorrer a Benveniste, integra esses dois significados. Segundo Benveniste (apud Marramao, 1992, p. 128-136), “a dificuldade em descobrir a etimologia de *tempus* reside no fato de que os compostos deste termo são mais antigos que a própria palavra tempo”, sendo *tempus* “um substantivo que nasce da abstração de termos como *tempestus*, *tempestar*, *temperare*, *temperature* e *temperatio*”. Atento ao significado dessas palavras que dão origem à palavra tempo: *tempestus* (tempestade ou tempo oportuno), *tempestar* (ocasião propícia), *temperare* (moderar ou equilibrar), *temperature* (grau de calor ou medida), e *temperatio* (harmonia ou ajuste). O autor conclui que “tempus” é de fato “algo muito próximo do que os gregos chamavam de *kairos*, o tempo oportuno, o tempo propício”, tempo da justa medida, que engloba elementos diferentes, misturando-os e realizando um corte na justa medida, assim, continua Marramao “o equivalente grego de *tempus* não é *chronos*, mas *kairos*”.

Na tradição grega, tem-se basicamente três concepções de tempo: Cronos, Aion e Kairós. Cada um representa uma perspectiva única sobre o tempo, conectada às experiências humanas e ao cosmos. Trataremos mais precisamente de Kairós, utilizando Cronos como contraponto para o entendimento. Já Aion, que equivaleria a “eternidade”, não será considerado em nosso contexto.

1.2.2 Cronos e Kairós

Comumente utilizado, Cronos simboliza o tempo cronológico, linear, medido, o tempo espacializado, que pode ser contado, numerado. É o tempo que se utiliza concretamente na vida

diária para termos de organização, que pode ser medido a partir do relógio e do calendário, que, segundo os físicos, avança de forma contínua e irreversível. O tempo pode ser dividido em passado, presente e futuro. Assim, diríamos que Cronos é o tempo da física, o tempo de fora de nós (Klein, 2019).

Kairos surge também relacionado ao metron (medida ou justa medida). Trata-se de uma medida não numerada, porque o métron é a medida exata no campo da ética, representação de "momento certo", instante que implica uma tensão entre a ação necessária e o tempo apropriado, momento de ação no tempo que junta uma conjuntura favorável de elementos para que uma ação chegue à sua "virtude".

É o que pensava Aristóteles (em *Ética a Nicômaco*, edição de 1984) quando afirma que "o prazer e a dor, podem ser sentidos em excesso ou em grau insuficiente; e, num caso como no outro, isso é um mal", entendendo que não é sentir ou não sentir dor ou prazer o cerne do problema, "mas senti-los na ocasião apropriada, com referência aos objetos apropriados, para com as pessoas apropriadas, pelo motivo e da maneira conveniente". Ou seja, a excelência da virtude não é não sentir, mas justamente poder sentir no momento certo ou oportuno, respeitando a pausa e voltando à ação no "instante exato em que uma intervenção pode mudar o curso dos eventos" (Trédé, 1992).

Dessa forma, o instante Kairológico é um tempo decisivo e crítico, na medida exata (metron), tempo não cronológico, que pode ser considerado um tempo da consciência.

Em Minkowski (apud Costa e Medeiros, 2009), temos o tempo vivido subjetivo, percebido pela consciência. Assim, o tempo que se relaciona ao tratamento oncológico muitas vezes é o Kairós. Assim como para os médicos o sucesso ou fracasso de um tratamento possui janelas de tempo que podem ser determinantes para o desfecho, para os pacientes, há janelas emocionais em que passado, presente e futuro são vivenciados enquanto presentificação. Dessa forma, pesar, remorso, expectativa, espera, dependem dos conteúdos subjetivos e podem ter desfechos de sofrimento que podem ser evitados, controlados ou amenizados.

A diferença entre Cronos e Kairós é reflexão fundamental no modo como o tempo é compreendido e considerado no ambiente hospitalar, especialmente no que tange às suas implicações nos processos de humanização, uma vez que ambas as noções se referem ao tempo, mas de maneiras completamente diferentes em essência, natureza e função.

Enquanto Cronos simboliza o tempo do "To Cure", tempo do fazer, da ação externa, do movimento, tempo contínuo, que pode ser organizado em minutos e horas, permitindo

organização da vida prática, controle, tempo que segue em uma única direção “a morte”, se pensarmos o futuro segundo Heidegger (2002), “Ser é ser-para-a-morte”, para a finitude, para o fim de um ciclo. Esse tempo cronológico é racional, na medida em que independe de quem o vivência, é um tempo objetivo.

Por outra perspectiva tem-se Kairós, aquele que confere “virtude” aos acontecimentos, que incide sobre nós dinamicamente e subjetivamente, carregando uma dimensão profunda ligada à experiência humana, qual seja, suportar o não-ser. O Kairós confere sentido e significado para a ação. Pode ser observado naquela ideia de “um dia de cada vez”. Nessa capacidade de vivenciar o presente, pode-se viver uma vida inteira ou deixar de vivê-la em um único instante tal a relevância e intensidade daquilo que é vivenciado pela experiência. Kairós é um tempo maleável, tempo do sonho em que uma vida inteira cabe num quarto de hora, que ao contrário da rigidez de Cronos, é fluido. É um tempo em que passado, presente e futuro podem se sobrepor, especialmente em contextos de rituais e experiências sagradas (Trédé, 1992; Souza, 2015).

Embora possamos pensá-los distintos, Cronos e Kairós não se excluem; são faces complementares de uma mesma realidade temporal. Cronos nos permite compreender epistemologicamente a estrutura e a ordem do mundo, enquanto Kairós representa o instante “oportuno”, propício, que rompe essa estrutura ontologicamente manifestando-se na consciência como intuição. Essa coexistência sugere uma interação fenomenológica, o que se apresenta como tempo para minha consciência num momento significativamente singular pela experiência temporal, transcende a mera sucessão cronológica: o tempo deixa de ser uma instância meramente exterior, existe também em mim, também “Sou” tempo.

Consideremos um paciente que realiza exames e obtém um diagnóstico de câncer, que após 10 sessões de quimioterapia irá realizar cirurgia e há chances de o prognóstico ser favorável. Nesse instante, o tempo cronológico avança de maneira contínua, as horas e dias, os meses e anos continuarão a passar. No entanto, o tempo subjetivo, percebido pelo sujeito da experiência será pontuado por momentos kairológicos — eventos significativos que trazem profundidade ao fluxo rotineiro. Suas interações sociais poderão adquirir novo significado, comportamentos cotidianos simples poderão ser vistos como ações de grande valor, quiçá sinta que um encontro familiar foi mais intenso e longo do que todos que já houvera tido até então.

Muitos dos pacientes que atendi e atendo na clínica, quando vivenciam o instante Kairológico, se sentem numa espécie de caos, em que Cronos sozinho deixa de ter sentido. Eles

se deparam com a necessidade de inovar comportamentos, buscar novos sentidos de vida, transcender a realidade ordinária a fim de vivenciar um tempo qualitativo. Esses pacientes relatam uma maior presentificação nas relações interpessoais, tornando-as mais significativas.

Se tomarmos a perspectiva de Leach (apud Souza, 2015) acerca dos conceitos de Cronos e Kairós como metáforas do tempo ritual, veremos que o tempo profano (Cronos) é aquele da vida cotidiana, regido pelas obrigações e normas sociais. O Cronos é um tempo que muitas vezes perde o sentido para o paciente oncológico, principalmente quando este é acometido por psicopatologias como ansiedade e depressão, enquanto Kairós é tido como tempo sagrado justamente por ser uma ruptura dessa linearidade, um espaço liminar onde novas ordens e significados podem emergir, um espaço de reedição de vida. Kairós, nesse sentido, é visto como o intervalo, um tempo que suspende a continuidade para trazer renovação, transformação ou sacralidade, embora não seja em última instância uma pausa no tempo cronológico, mas a manifestação de uma temporalidade própria que transcende o mensurável e o linear.

A sala de espera da oncologia, onde realizamos este estudo, é local onde as pessoas experimentam importante confronto das realidades de Cronos e Kairós – não raro, como os dados deste estudo mostram, de profundo desencontro entre o tempo cronológico e o tempo subjetivo, com todo o sofrimento daí advindo. A espera sempre é mais subjetiva do que objetiva. E a percepção do tempo, sobretudo diante do câncer, caminha mais ao lado de Kairós do que de Cronos.

1.3 Ansiedade e depressão no paciente oncológico

O sofrimento é uma realidade inescapável da experiência humana, como nos ensina o budismo através de suas Quatro Nobres Verdades (Andrade, 2016). Quando atesta sua realidade, o sofrimento (dukka) existe, é parte da vida, se manifesta na impermanência, no constante vir-a-ser, no devir, na angústia existencial de nossas escolhas e caminhos. Cada indivíduo sente o sofrimento de maneira singular, tornando-se um desafio para a linguagem expressá-lo. Ainda que tenhamos diretrizes e critérios diagnósticos para os sofrimentos psíquico-emocionais, não se pode esquecer a singularidade de cada pessoa humana.

Minkowski (2011) coloca de maneira apropriada a preocupação com a transformação do pathos em patológico. A contemporaneidade parece insistir em toda evitação de sofrimento. E embora “não devamos sofrer ou buscar o sofrimento”, ele faz parte de nossa existência. Dentre

os fenômenos páticos estão a nostalgia, a angústia e a ansiedade, sentimentos que permeiam nossa existência principalmente em situações de perda. A pergunta que nos fazemos é: esses sentimentos páticos estão em consonância com a vivência da pessoa que o experiencia? Esse é o motivo pelo qual a fenomenologia lança sobre o adoecimento um olhar diferente, pois sua intenção é compreender como o sujeito vivencia essa experiência.

Não se trata apenas de identificar sintomas de ansiedade e depressão no paciente oncológico, ainda que isso seja um problema de saúde global e altamente relevante, devido ao impacto significativo que têm no bem-estar físico, mental e emocional dos indivíduos afetados. Sabe-se que a ansiedade e a depressão se manifestam de vários modos com relação à sintomatologia e pode ser desencadeada por vivências exógenas, também por isso colocamos no questionário da pesquisa uma questão sobre relacionamento e outra sobre desemprego, além de questão para tentar identificar o momento vivenciado durante o processo de adoecimento, no intuito de tentar compreender como as pessoas vivenciam essa experiência nas salas de espera, quais estratégias utilizam para se sentirem melhor e sobretudo como o ambiente hospitalar pode contribuir para que suas salas de espera sejam locais acolhedores e humanizados.

A compreensão dessa experiência emocional no contexto oncológico é fundamental para garantir um cuidado eficaz e abrangente aos pacientes. Em um contexto hospitalar humanizado, os profissionais de saúde de todas as áreas devem estar preparados para identificar sinais de ansiedade e depressão, oferecendo minimamente um acolhimento a partir de escuta humanizada, além de realizar encaminhamento para o setor de saúde mental do hospital a fim de que haja suporte psicológico e/ou intervenções terapêuticas adequadas. Como o câncer é uma doença que pode levar à morte e tem adoecimento extremamente complexo no contexto pessoal e social, é necessário considerar a importância de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo não apenas profissionais da área médica, mas também psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros especializados e outros especialistas.

A prevalência encontrada na amostra de ansiedade e depressão no paciente oncológico varia consideravelmente de acordo com uma série de fatores, incluindo o tipo de câncer, o estágio da doença e o tratamento recebido. É importante destacar que são vários os estudos que indicam a presença desses distúrbios emocionais em pacientes com câncer, sendo que a porcentagem geralmente varia entre 20% e 30% (Andersen et al., 2014; Bergerot et al., 2014;

Ferreira et al., 2016; Simão et al., 2017). Além disso, uma proporção ainda maior desses pacientes apresenta sintomas subclínicos, ou seja, não preenchem os critérios formais de diagnóstico, mas ainda assim sofrem com manifestações negativas no campo emocional. A condição de enfrentamento da doença oncológica por esses pacientes promove temores relacionados ao prognóstico, tratamento, mudanças físicas, dificuldades em articular tratamento e trabalho, muitas vezes acarretando perdas de recursos financeiros, mudança nas relações familiares – fatores que adicionam mais elementos ao quadro já complexo do processo de adoecimento. Diante disso, torna-se fundamental que a equipe de saúde ofereça suporte emocional e psicológico adequado aos pacientes. É fundamental que a equipe de saúde esteja ciente dessas questões e possa fornecer o suporte necessário em todas as etapas do tratamento e recuperação dos pacientes oncológicos, visando melhorar sua qualidade de vida e promover um enfrentamento mais eficaz da doença (Ferreira et al., 2016; Pinto, 2024; Machado et al., 2024; Silva, 2024).

Os desafios no diagnóstico e rastreamento da ansiedade e depressão no paciente oncológico incluem a dificuldade em distinguir os sintomas psicológicos das manifestações físicas da doença, bem como a relutância dos pacientes em relatar seu sofrimento emocional, muitas vezes por falta de acesso a um profissional que possua escuta técnica qualificada, outras vezes porque os profissionais de saúde enfrentam limitações de tempo para abordar questões psicológicas durante as consultas ou procedimentos, o que pode dificultar a identificação precoce desses distúrbios. Outro desafio é a falta de treinamento adequado para os profissionais de saúde em reconhecer e lidar com os aspectos emocionais do paciente oncológico, o que pode resultar em subdiagnóstico e subtratamento dessas condições.

1.3.1 Ansiedade

Tu tens um medo de
Acabar.
Não vês que acabas todo o dia.
Que morres no amor.
Na tristeza.
Na dúvida.
No desejo.
Que te renovas todo dia.

No amor.
 Na tristeza.
 Na dúvida.
 No desejo.
 Que és sempre outro.
 Que és sempre o mesmo.
 Que morrerás por idades imensas
 Até não teres medo de morrer
 E então serás eterno.
 (Meireles, 1963).

A palavra ansiedade, frequentemente utilizada no senso comum para descrever um estado de desconforto muito grande diante de situações de espera, reflete, nesse sentido, a sensação de que o tempo não avança na velocidade do desejo. Ela está associada à busca pelo imediato, ao anseio pelo agora e a uma urgência que parece intolerável diante da espera.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM V, 2014), os transtornos de ansiedade “compartilham medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados” e a ansiedade relaciona-se diretamente ao medo diferenciando-se apenas pelo tempo. Enquanto o medo é entendido como “resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida”, na ansiedade essa resposta emocional é por “antecipação de ameaça futura” (American Psychiatric Association, 2014). Nessa mesma linha de raciocínio, a neurociência contextualiza a ansiedade sob uma perspectiva biológica ancorada na teoria da evolução, considerando-a uma estratégia adaptativa. Nos animais, isso se manifesta por meio de reações defensivas que podem se manifestar em fuga ou esquiva. Contudo, quando se trata dos seres humanos, a complexidade aumenta devido ao componente simbólico construído historicamente, influenciado pela cultura em que estamos inseridos.

Segundo Heidegger (2002), há uma "facticidade" no humano, pois somos inseridos num mundo dado, existente, um mundo a priori ou, na terminologia de Parker, "mundo presumido". A ideia fundamental é que a ciência, ao adotar uma posição filosófica, também se baseia em perspectivas ontológicas e epistemológicas que aceita como verdades. Portanto, os símbolos que adotamos e as teorias que aceitamos como verdadeiras, influenciadas por esses símbolos, devem ser considerados ao discutir processos de adaptação, que são não apenas biológicos, mas também sociais e emocionais (Heidegger, 2002; Parkes, 2009). Ansiedade e depressão são

processos adaptativos num mundo contingente, em que a facticidade ou mundo presumido passa por um processo disruptivo – consideremos que após um diagnóstico de câncer, haja um alerta vermelho de mudanças em toda sua vida e por toda a sua vida.

Parkes (2009, p. 43-47) explora o conceito do "mundo presumido", definindo-o como uma esfera interna que engloba "tudo que consideramos garantido" — nossas percepções sobre nós mesmos e sobre os outros, além de nossa capacidade de enfrentar perigos. Esse conceito abrange todos os conhecimentos, pensamentos e sentimentos que temos em relação ao mundo, derivados tanto de experiências individuais quanto coletivas. O mundo presumido é dinâmico, não estático; ele se transforma continuamente à medida que adquirimos novos conhecimentos intelectuais, experienciamos sensações e relações inéditas, e nos reconstruímos ao longo da vida. É, portanto, o mundo vivenciado por nós, não o mundo real, mas o mundo fenomenológico, aquele que percebo e me oriento: “não importa quão insatisfatório o mundo possa ser; o fato de termos um mundo presumido razoavelmente acurado nos permite saber onde estamos, e na maior parte das vezes, lidar com ele” (Parkes, 2009, p. 43-47).

Logo, qualquer fato ou acontecimento que gere mudanças importantes na vida, contingências inesperadas, como o diagnóstico de câncer, desafiam nosso mundo presumido, podendo gerar sintomas ligados a ansiedade e depressão, principalmente sentimentos de inquietação e desorientação. Neste contexto, a doença não é apenas uma ameaça biológica, mas uma ameaça do humano em sua dimensão simbólica e ôntica, pois nos coloca diante da possibilidade do não ser.

Em Heidegger (2002, p. 104-119), a noção de mundo como característica essencial do ser-no-mundo, do ser-aí (Dasein), é fundamental, pois “mundo é um caráter da própria presença”. Para o autor, o mundo não é apenas um conjunto de objetos externos, mas um horizonte de significados e relações dentro do qual o Dasein está sempre já situado. Podemos considerar que o mundo, para Heidegger, é um aspecto intrínseco da própria existência, implicando que ser é sempre ser-em-mundo. Essa concepção se torna importante para pensarmos nossa prática, pois destaca a interdependência entre o indivíduo e seu ambiente, sugerindo que o mundo é co-constituído pela presença e suas relações. Assim, considerando o paciente no hospital, aquele que está na sala de espera é um ser-em-mundo, alguém que está em relação com seu ambiente, com as pessoas ao redor e também consigo mesmo, tanto no sentido corporal quanto no âmbito de suas fantasias e desejos, que podem ser seus medos, anseios, problemas, sonhos, planos. Este entendimento de mundo como caráter da própria

presença reflete a natureza não isolada do ser humano; somos seres cuja existência está inextricavelmente ligada ao mundo de objetos, significados e outros seres, além de sermos sujeitos situados no tempo.

Segundo Pinto (2021), somos seres de contato, estamos sempre em contato com o mundo externo e interno, e a ansiedade é a possibilidade de perda desse contato. Na ansiedade, nos relacionamos com nossas fantasias, as diversas possibilidades de desfecho que podem acontecer diante de um fato. Já o medo é a realidade que se apresenta diante de nós e a qual temos de lidar imediatamente. De modo geral, podemos diferenciar ansiedade e medo colocando a ansiedade no âmbito do simbólico enquanto o medo reside na concretude. Por isso, muitas vezes transformar a ansiedade em medo faz cessar a ansiedade, porque o medo permite estratégias de enfrentamento, uma vez que a doença sai do mundo fantasioso para a realidade, então pode-se desenvolver a coragem de realizar um tratamento, entendendo seus benefícios, modos de ação etc.

Há uma ansiedade que é existencial, perpassa por nossa humanidade. Tillich (1992, p. 30) define essa ansiedade, correlacionando-a à natureza da coragem, como sendo “o estado no qual um ser tem ciência de seu possível não-ser”. E que fato mais apropriado para essa consciência do que o adoecimento? E ainda uma doença que ameaça a vida tão fortemente quanto o câncer? Nesse contexto, todos teríamos contato com essa ansiedade existencial que “é a ansiedade de não-ser, a certeza de nossa finitude como finitude”. E é natural, é humano, sentirmo-nos ansiosos diante da consciência de nossa finitude. Essa ansiedade existencial permeia nossas vidas e não pode ser combatida. É assim que essa ansiedade precisa ser diferenciada daquela outra que é patológica, que nos impede a coragem de viver ou lutar pela vida.

Segundo Tillich (1992), o medo possui objeto próprio, definido. E, embora seja assustador, o medo pode ser combatido, enfrentado, porque é real. No entanto, a ansiedade não tem objeto.

A ansiedade considerada existencial, para Tillich (1992), aparece de três formas:

- i) Ansiedade da morte (do destino e da morte), é uma ansiedade que não se pode combater, se temos uma certeza é a da “completa perda do eu que a extinção biológica implica”. No entanto, temos também um destino, que é tomado aqui como a contingência da vida, a facticidade, o mundo que nos é oferecido, pois o ser que somos é um ser “no mundo” e “no tempo”: nascemos em determinado

lugar, em determinado tempo, em determinada cultura. Porém, embora o destino seja contingente, a morte é absoluta – “a ameaça do não-ser à auto-afirmação ôntica do homem é absoluta na ameaça da morte, relativa na ameaça do destino” (Tillich, 1992, p. 37). Apesar de a ameaça do destino ser relativa, por trás dela está a ameaça da morte. Nesse sentido, não importa se lutamos contra a doença, ou a miséria ou quaisquer condições em que vivamos, por mais coragem que tenhamos, por mais guerras que possamos vencer, a ansiedade da morte é uma condição humana.

- ii) Ansiedade da vacuidade e insignificação que surge da percepção da falta de sentido e propósito na vida, da sensação de vazio e da ausência de significado, uma vez que “o ser do homem inclui sua relação com as significações” (Tillich, 1992, p. 41), isto é, os símbolos, valores. A perda de sentido leva o indivíduo a se sentir perdido em um universo que parece não ter significado intrínseco: as coisas perdem sua importância, e a vida parece vazia e sem propósito. Consideremos uma pessoa cujo sentido de vida que assumiu para si é o trabalho ou o cuidado da família e que descubra um diagnóstico de câncer que a impeça de trabalhar e precisa ser cuidada, até encontrar outro sentido padecerá da vacuidade. E se não encontrar outro sentido, poderá cair na insignificação, em que a pessoa pode se sentir desconectada de si mesma, dos outros e do mundo e experimentar um sentimento de isolamento e solidão profunda. Inclusive, essa falta de sentido e propósito pode levar à desesperança e à perda da vontade de viver, culminando em uma vivência depressiva.
- iii) E a última das ansiedades existenciais é a da culpa e condenação ligada à percepção da transgressão, da violação de normas e valores e da ameaça de punição ou rejeição. Essa ansiedade está vinculada à consciência moral do indivíduo, sua aprendizagem acerca dos valores morais de sua cultura onde expressa sua capacidade de discernir o certo do errado e de se responsabilizar por suas ações. A consciência moral se modifica ao longo da vida. A partir de novas vivências ou aquisições intelectuais, adquirimos ou reorganizamos valores. Essa flexibilidade permite novos olhares. As mudanças sociais dependem, em grande parte, de conseguirmos suportar essa ansiedade (Pinto, 2021).

Esclareço que a intenção da pesquisa não é diagnosticar ansiedade em pacientes oncológicos das salas de espera. A proposta é mostrar a necessidade de um fluxo de rastreamento e, a partir daí, investigar se esses sintomas são condições existenciais ou, caso não sejam, fazer o encaminhamento para diagnóstico precoce de transtornos de ansiedade. Embora a ansiedade existencial também possa gerar sofrimento psíquico, muitas vezes esse sofrimento pode ser amenizado a partir de orientações ligadas ao campo da dimensão espiritual do paciente, da psicoterapia breve, de grupos de apoio, grupos psicoeducativos, de atendimentos complementares como as práticas integrativas ou apenas de acolhimento humanizado. Desse modo, a entrevista psicológica é fundamental para determinar um plano de cuidado condizente com a necessidade do paciente e realizar os encaminhamentos necessários.

1.3.2 Depressão

O termo "depressão" passou a ser utilizado no século XIX, substituindo a palavra "melancolia". Na antiguidade, a melancolia não era necessariamente associada à psicopatologia; pelo contrário, indivíduos melancólicos eram frequentemente considerados geniais. No campo das artes e da poesia, a melancolia foi um elemento essencial para a criação de belos poemas e obras literárias, especialmente durante o período do romantismo. Os filósofos tratavam temas como tédio, nostalgia e melancolia como modos de existir do humano, eram conceitos relacionados ao vazio existencial e não tinham relação necessariamente com objetos exteriores (Berrios, 2012; Castro, 2021).

A contemporaneidade traz a depressão com seus sintomas de angústia e melancolia relacionados à psicopatologia. “Cada época possuiu suas enfermidades fundamentais” (Han, 2015, p. 7) e as da contemporaneidade são relacionadas ao tempo. “O depressivo foi arrancado de sua temporalidade singular; daí sua lentidão, tão incompreensível e irritante para os que convivem com ele” (Kehl, 2009, p. 18). A lentidão é tediosa, o que não condiz com os estímulos cada vez mais intensos, onde não há mais espaço para o tédio: “quanto mais melhor”, “não podemos mais parar”, não há tempo para o vazio. E, assim, o tédio e a frustração não são vivenciados e a tolerância para eles se torna baixa, a ponto de uma tristeza justificada ser tomada como depressão. Han (2015, p. 34) adverte sobre a “pura inquietação” que “não gera nada de novo”, apenas “reproduz e acelera o já existente”, características das macroestruturas econômicas e políticas que se desenvolvem a partir das novas tecnologias e reestruturam as

percepções de mundo coletiva e individualmente. Não podemos desconsiderar esse diálogo dos novos modos de atuação social humana com os processos depressivos e ansiosos.

A partir dessa perspectiva, podemos entender como o diagnóstico de câncer, ou outra forma de adoecimento que ameace o devir (ou até mesmo a mera possibilidade do adoecimento), pode modificar profundamente a maneira como o indivíduo experimenta o tempo. Sob o olhar da fenomenologia e das teorias humanistas em geral, a experiência temporal dos pacientes deprimidos é alterada, sendo vivenciada de forma fragmentada. Esse corte, essa ruptura que, por vezes, chega como sofrimento, pela própria característica da experiência à qual está associada e o desamparo contido na angústia existencial da possibilidade de finitude, pode remeter ao instante *Kairológico*, um momento oportuno para ação, para reflexões sobre as mudanças relacionadas ao tempo de vida, o tempo próprio, o tempo de existir, de vivenciar, experienciar, de ter contato com o nada, de considerar a finitude, podendo haver também um sentimento de inadequação diante dos valores da sociedade em que estamos inseridos.

A experiência Kairológica, entendida aqui como ruptura distímica, é percebida de forma desorganizada e perturbadora, quando a sociedade “disciplinadora” se transforma na sociedade da “autonomia”, do si mesmo que controla e é responsável: a patologia sai do âmbito do conflito e passa para o âmbito da ação (Ehrenberg e Botboll, 2004). Assim, o adoecimento é sentido como uma eternidade angustiante, onde o indivíduo se vê preso em um estado de paralisia existencial, um loop sem sentido e sem esperança de mudança. Estar na inação é não ser suficiente para o mundo em que vivemos, pois “vivemos num mundo muito pobre de interrupções, pobre de entremeios e tempos intermédios” (Han, 2015, p. 53). A máquina não para, o tempo não para; no entanto, não somos máquinas ou relógios: somos humanos!

No instante em que nossa humanidade se apresenta, olhamos o passado, muitas vezes, carregado de arrependimentos e falhas, e o futuro se apresenta com um vazio ameaçador, sem perspectiva de transformação, sem possibilidade de “Ser”. Essa percepção alterada do tempo, que resulta em uma sensação de imobilidade, reforça a ideia de que o sujeito está preso em uma experiência temporária de desesperança e desamparo.

Essa dissonância do tempo pode ser associada aos conceitos de “tempo imanente” e “tempo da experiência transitiva”, entendidos por Castro (2021) em seu capítulo “A vivência do tempo na depressão segundo a psiquiatria antropológica”, como respectivamente, “o tempo do eu e o tempo do mundo”:

No sentido psicofísico, pertencemos aos dois tempos, mas enquanto o tempo transitivo é medido de acordo com a duração ou a mudança dos objetos circundantes, a medida da vivência imanente é o cronômetro do desenvolvimento da personalidade. O tempo do mundo passa, enquanto o tempo do eu avança, progride, cresce com a história da pessoa. Os eventos tornam-se significativos à medida que avança a história pessoal. No entanto, o tempo do eu e o tempo do mundo podem não ser harmônicos e sofrer contrastes, especialmente em sua relação com o passado e o futuro. (Castro, 2021, p. 272).

Essa experiência temporal na depressão é diferente da vivência comum do tempo, como se ao sujeito não fosse possível transitar entre passado, presente e futuro. A percepção do tempo próprio na depressão interrompe a fluidez, tornando constante o tédio, criando a sensação de um ciclo sem fim, um ciclo sem futuro. O indivíduo deprimido se vê preso em um presente imutável: “a inibição caracteriza-se como uma estagnação do tempo vivido e da perda de sincronismo com o tempo do mundo” (Castro, 2021, p. 272). Nesse caso, o futuro parece fora do alcance, não há esperanças, não há “potência”.

O *Kairós*, na depressão, cede lugar à incapacidade de agir no “momento certo”, pois não há momento oportuno numa visão de mundo onde as chances de mudança são vistas como inalcançáveis, em que o campo de ação da pessoa não existe. Nesse ciclo de desesperança e estagnação, o sujeito não consegue identificar os momentos de ação ou de reflexão que poderiam trazer a transformação e lhe conferir coragem diante do tempo do mundo dissonante do seu tempo próprio.

Poderíamos dizer que o *Kairós*, em contextos de depressão, não encontra modo de se expressar pela crença na incapacidade de agir do sujeito, pois não há para ele “momento adequado”. Não existe um momento propício em uma visão de mundo onde as possibilidades de mudança pareçam inatingíveis, e onde o campo de ação pareça não existir. Assim, um ciclo de desesperança e paralisação se instala, no qual o indivíduo não consegue discernir os instantes propícios para ação ou reflexão que poderiam induzir a transformação e proporcionar coragem frente ao descompasso entre o seu tempo e o “tempo do mundo”.

Vislumbrar a depressão pela ótica da psicopatologia fenomenológica significa estabelecer um olhar profundo e integrado do sofrimento psíquico. “O transtorno atinge o ser global da existência”, de modo que “não se pode separar as dimensões existenciais fundamentais”, quais sejam “a afetividade, a corporeidade, a temporalidade e a relação com o

outro” (Castro, 2021, p. 279). Desse modo, justificamos que o Kairós foi pensado como instância temporal necessária para a implementação do fluxo sugerido, destacando a importância de compreender a experiência subjetiva do paciente, em vez de tratar a depressão e a ansiedade apenas como desequilíbrios químicos a serem corrigidos com medicamentos. É assim que propomos rastreamento adequado, para que possa o profissional de saúde mental ter oportunidade de participar da experiência do paciente e auxiliar o sujeito a ressignificar sua relação com o tempo, restaurando suas possibilidades de transformação.

Ao se concentrar no sofrimento existencial, a fenomenologia reconhece a importância da *angústia existencial* — uma condição humana fundamental que pode ser paralisante ou mobilizadora. Quando bem compreendida, essa angústia pode ser um ponto de partida para a reconstrução do significado da vida, permitindo ao indivíduo reencontrar o *Kairós* e perceber que o tempo ainda oferece momentos de mudança, mesmo em meio ao sofrimento. Como Lima (2020, p. 11) observa, “o sofrimento psíquico é uma expressão da angústia existencial, revelando uma relação intrínseca entre o ser humano e as condições históricas e sociais em que está inserido”.

1.4 Contexto atual da saúde mental no A.C.Camargo Cancer Center

No contexto hospitalar, a atuação do psicólogo é determinada por fatores tanto institucionais quanto estruturais. A rotina do psicólogo hospitalar varia conforme os protocolos clínicos estabelecidos, os valores e condutas institucionais, as demandas específicas dos pacientes, o número de profissionais alocados na equipe e as condições físicas do serviço de saúde (YAMAMOTO; SILVA; MAIA, 2016). Baseada em minha experiência pessoal e nas trocas com colegas que atuam nesse campo, verifico que essa variabilidade é um aspecto constante da prática profissional, estando em consonância com a literatura especializada. Observa-se, de modo geral, que os atendimentos psicológicos se concentram nos setores de internação, abrangendo desde unidades de terapia intensiva até setores de internação nos períodos pré e pós-cirúrgicos, além de setores como o de quimioterapia (Rodrigues; Costa, 2014). Já no âmbito ambulatorial, a atuação psicológica tende a ser mais esporádica, ocorrendo majoritariamente mediante solicitação médica ou de membros das equipes multiprofissionais, e não como parte de um fluxo sistemático de cuidado (Oliveira; Lima, 2018).

Os hospitais oncológicos possuem suas especificidades. Um estudo de revisão integrativa sobre a caracterização da atenção psicológica aos pacientes oncológicos nos hospitais no Brasil entre 2012 e 2022, mostra que nos estudos analisados o atendimento não se deu apenas ao paciente mas também aos acompanhantes e profissionais de saúde; os estudos mostram variedade na oferta de serviços como atendimentos individuais (incluindo atendimentos individuais em conjunto com familiar) e grupais com “objetivos de assistência Psicológica, apoio e orientação, oferta de informações e orientações de acordo com as especialidades médicas, numa abordagem psicoeducativa” (Santos, 2022, pág. 15).

Observei, ao longo de minha experiência clínica, que pacientes internados que haviam recebido acompanhamento psicológico prévio em outros setores do hospital, como o ambulatório ou a unidade de quimioterapia, frequentemente apresentavam maior abertura ao vínculo terapêutico durante a internação. Essa familiaridade prévia com o psicólogo ou com a presença da psicologia no contexto hospitalar parecia favorecer uma relação de confiança, tornando as intervenções psicológicas mais efetivas. Tal percepção está alinhada com a literatura da Psicologia Hospitalar, que reconhece a importância do vínculo como elemento facilitador na escuta clínica e no manejo do sofrimento psíquico (Rosa; Tonini, 2015; Neves et al., 2020).

O serviço de psicologia do A.C.Camargo Cancer Center opera de forma integrada a uma equipe multiprofissional e exerce um papel essencial no cuidado integral ao paciente, uma vez que atende às dimensões subjetivas do processo de adoecimento.

As informações a seguir foram coletadas com o coordenador da saúde mental do hospital A.C.Camargo Cancer Center, o Psiquiatra Alexandre Shoji, bem como por meio de reuniões com Psicólogos da equipe.

Atualmente, a equipe de saúde mental do hospital é composta de seis psiquiatras, sete psicólogos titulares e oito residentes em psico-oncologia. Essa formação permite a realização de um trabalho interdisciplinar voltado para o atendimento de pacientes.

Há também no hospital intervenções pontuais de saúde mental junto a familiares, como nos casos de emergências ou em momentos sensíveis de cirurgia e cuidados paliativos em que os familiares se encontram na cena de atendimento ao paciente.

Quanto aos números mensais de atendimentos, utilizando abril de 2025 como exemplo, foram realizados 731 atendimentos, incluindo tanto avaliações iniciais quanto acompanhamentos de pacientes internados e consultas ambulatoriais. Esses atendimentos

ocorrem em quase todas as unidades do hospital, como pronto-socorro, unidades de terapia intensiva (UTI), enfermarias de internação e ambulatórios. A única exceção é a unidade de infusão de medicação quimioterápica, onde, por motivos logísticos, a equipe de psicologia não realiza atendimentos. Dentre todos os setores atendidos, as unidades de internação concentram o maior volume de solicitações, configurando-se como a principal frente de atuação da equipe.

O acesso dos pacientes ao serviço de saúde mental acontece, majoritariamente, por meio de encaminhamentos médicos. Nos atendimentos ambulatoriais, esse encaminhamento é obrigatório, pois é ele que viabiliza a cobrança dos procedimentos pelos convênios médicos. Durante a internação, a solicitação deve ser formalizada no prontuário eletrônico pelas equipes médicas, embora outras áreas da equipe multiprofissional também possam acionar o serviço de psicologia.

Quanto ao suporte oferecido aos colaboradores, há algumas iniciativas específicas em determinados setores, como na UTI pediátrica, embora o setor de saúde mental e a equipe de psicologia não estejam diretamente envolvidos nessas ações. O setor de saúde mental possui iniciativas pontuais voltadas aos profissionais, como um projeto específico conduzido por residentes de psico-oncologia que promove espaços de discussão sobre a morte com os residentes das demais especialidades.

As ações da equipe de psicologia são orientadas por protocolos clínicos específicos que sistematizam e qualificam os atendimentos. Entre os principais, destacam-se os protocolos para risco de suicídio, risco psiquiátrico, avaliação pré-transplante de medula óssea (pré-TMO) e cuidados na fase final de vida. Além desses, a equipe tem desenvolvido, em parceria com os Centros de Referência (CR), protocolos mais específicos, como o de recuperação rápida no CR de tórax e o de medicina sexual junto à urologia. No que diz respeito à priorização das demandas, os atendimentos realizados por meio de interconsulta seguem a ordem de solicitação, mas com prioridade para casos de ideação suicida, óbito, cuidados paliativos e pacientes em setores de emergência.

Para além do atendimento individual, a equipe busca ampliar suas modalidades de atuação por meio da implantação de grupos terapêuticos em diversos CRs. No entanto, há obstáculos burocráticos importantes, especialmente relacionados à ausência de codificação para esse tipo de procedimento pelos convênios, o que compromete a institucionalização dessas práticas.

No âmbito das campanhas institucionais, o setor participa de ações como o Janeiro Branco e o Setembro Amarelo, voltadas à promoção da saúde mental. Essas campanhas, no entanto, ocorrem de maneira pontual e ainda carecem de um suporte institucional mais robusto para que possam se consolidar e ter maior impacto dentro da cultura organizacional.

Para além dos recursos e tratamentos convencionais no âmbito da saúde mental, o hospital dispõe também de voluntários que podem oferecer valiosas contribuições no que concerne às demandas de ansiedade e depressão.

Além disso, no âmbito hospitalar, as práticas integrativas têm ganhado crescente relevância como estratégias complementares no cuidado à saúde, contribuindo de forma significativa para o bem-estar físico, emocional e espiritual de pacientes e colaboradores (Lima; Souza, 2019). Na instituição, essas atividades são oferecidas por um serviço estruturado, com atuação diversificada em múltiplos setores hospitalares. As informações a seguir foram obtidas junto ao coordenador das práticas integrativas da instituição.

A equipe de práticas integrativas conta atualmente com 32 terapeutas de Reiki, quatro professores de Yoga ambulatorial, quatro de Yoga no leito, um musicoterapeuta, uma instrutora de meditação, uma arteterapeuta e quatro auriculoterapeutas. Cada modalidade segue rotina, horários e locais próprios.

Atualmente o hospital conta com práticas como:

- I. Reiki, uma das práticas mais consolidadas, ocorre de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, em diversos espaços: sala de acolhimento no átrio da Matriz, unidades de internação adulto e pediátrica (Matriz e Tamandaré), quimioterapia e UTIs, com 40 atendimentos diários, em média;
- II. Yoga ambulatorial, que é oferecido às terças e quartas-feiras, manhã e tarde, na sala multiuso da unidade Tamandaré, atendendo cerca de oito pessoas por dia. O Yoga no leito ocorre às quartas, quintas e sextas, mediante agendamento, com média de seis atendimentos diários;
- III. Musicoterapia, desenvolvida nas manhãs de sexta-feira para pacientes da pediatria e quimioterapia, e que contabiliza em torno de seis atendimentos diários;
- IV. Meditação, ofertada quinzenalmente de forma online pelo canal institucional no YouTube, que registra cerca de 15 participantes síncronos e 150 acessos assíncronos semanais;

- V. Arteterapia, que ocorre em oficinas semestrais, com turmas de aproximadamente 30 participantes, em formato híbrido — encontros inicial e final presenciais e demais sessões online.
- VI. Auriculoterapia, que é oferecida exclusivamente aos colaboradores do Contact Center (unidade 7 de abril) às quartas-feiras, em conjunto com o Reiki, reforçando seu caráter preventivo e de promoção de bem-estar no trabalho.

Os atendimentos são gratuitos. Em geral, pacientes são encaminhados por profissionais de saúde — especialmente enfermagem e psicologia —, mas também podem procurar diretamente o serviço, estimulados por divulgação interna, redes sociais de profissionais e ações institucionais.

Essas informações, coletadas junto à equipe de saúde mental e o coordenador das práticas integrativas, demonstram a existência de recursos à atenção à saúde mental na instituição, mas há desafios.

Em síntese, o serviço de psicologia no hospital desenvolve um trabalho fundamental no cuidado aos aspectos subjetivos do adoecer, atuando de forma estratégica em diferentes setores da instituição. Ainda assim, enfrenta desafios importantes de ordem estrutural e institucional que limitam a ampliação de suas ações e a consolidação de uma abordagem psicossocial mais ampla e contínua.

2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa justifica-se diante da crescente demanda por práticas de cuidado mais humanizadas no contexto hospitalar, especialmente em instituições oncológicas, onde o sofrimento emocional figura como dimensão constante e muitas vezes invisibilizada do processo de adoecimento. Embora o conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (2020) inclua explicitamente as dimensões emocional, mental e social, observa-se que, na prática cotidiana, o cuidado ainda permanece majoritariamente centrado na dimensão biológica, com lacunas significativas na atenção à saúde mental dos pacientes e de seus acompanhantes.

Sabe-se que o sofrimento psíquico em ambientes hospitalares, longe de ser pontual ou secundário, é parte constitutiva da experiência de adoecer e ser cuidado (Deslandes, 2006; Ayres, 2004). Essa dimensão do sofrimento tende a ser reconhecida apenas em manifestações intensas, quando o quadro emocional já está agravado e exige intervenções de urgência. Em contrapartida, a identificação precoce de sintomas de ansiedade e depressão permite intervenções mais oportunas e eficazes, reduzindo o impacto do sofrimento emocional na adesão ao tratamento, na qualidade de vida e até mesmo na sobrevivência dos pacientes (Bergerot et al., 2017; Michalek et al., 2023).

A literatura demonstra que o rastreamento sistemático de sintomas de ansiedade e depressão, por meio de instrumentos validados, é uma estratégia eficaz para a detecção precoce do sofrimento emocional e possibilita a construção de fluxos assistenciais mais resolutivos, inclusivos e integrados (Santana et al., 2018; Yu et al., 2011). Os benefícios dessas práticas se estendem a curto, médio e longo prazo: a curto prazo, observa-se melhora no bem-estar subjetivo e na comunicação com as equipes; a médio prazo, maior adesão aos tratamentos e redução da sintomatologia; e a longo prazo, prevenção de desfechos graves como depressão persistente, distúrbios de adaptação e ideação suicida (Bergerot et al., 2023; Ramos & Ducatti, 2023).

Além disso, práticas integradas de cuidado psicoemocional estão associadas a um uso mais racional dos serviços de saúde, redução da medicalização excessiva e diminuição de internações evitáveis (Silva et al., 2018; Borges et al., 2021). Tais achados reforçam o valor estratégico do cuidado integral, conforme proposto pela Política Nacional de Humanização

(PNH) e, mais recentemente, pela Lei nº 15.126/2025, que insere a atenção humanizada como princípio do SUS na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

Portanto, a proposta de um fluxo que possa ser implementado para rastreamento de sintomas emocionais em salas de espera ambulatoriais, utilizando tecnologia simples e acessível como QR Codes — pode vir a responder às necessidades dos pacientes das salas de espera, caso seja comprovado que há necessidade e demanda para tal fluxo. Ao propor um “check-in emocional”, pretende-se não apenas coletar dados diagnósticos, mas inaugurar um modo de atenção mais sensível, ético e vinculado aos princípios da integralidade e da humanização.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

O objetivo principal deste trabalho é propor fluxo de rastreamento de ansiedade e depressão ambulatorial centrado na autonomia das pessoas de desejarem endereçar sua saúde mental, bem como verificar a prevalência de ansiedade e depressão nas pessoas que estão nas salas de espera de um hospital oncológico.

3.2 Objetivos específicos

- a) Verificar o interesse espontâneo das pessoas que aguardam em salas de espera ambulatorial pelo tema saúde mental;
- b) Avaliar a viabilidade, na estrutura e dentro dos protocolos do hospital, do fluxo de rastreio proposto;
- c) Relacionar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão com variáveis demográficas;
- d) Verificar a autopercepção com relação a estados de ansiedade e depressão;
- e) Verificar os motivos autorrelatados de as pessoas se sentirem ansiosas e/ou deprimidas nas salas de espera;
- f) Verificar se há associação entre a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão com a realização e tempo de psicoterapia;
- g) Verificar as estratégias que os próprios indivíduos utilizam para se sentir melhor;
- h) Verificar o desejo das pessoas sobre receber ou não atendimento psicológico no hospital;
- i) Propor protocolo de triagem e encaminhamento das pessoas detectadas como possíveis e/ou prováveis casos de ansiedade e depressão para atendimento no setor de saúde mental;
- j) Pensar uma sala de espera que possa minimizar prováveis casos de ansiedade e depressão, inclusive podendo tomar como base as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos próprios sujeitos para se sentirem melhor.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo, instrumentos e coleta de dados

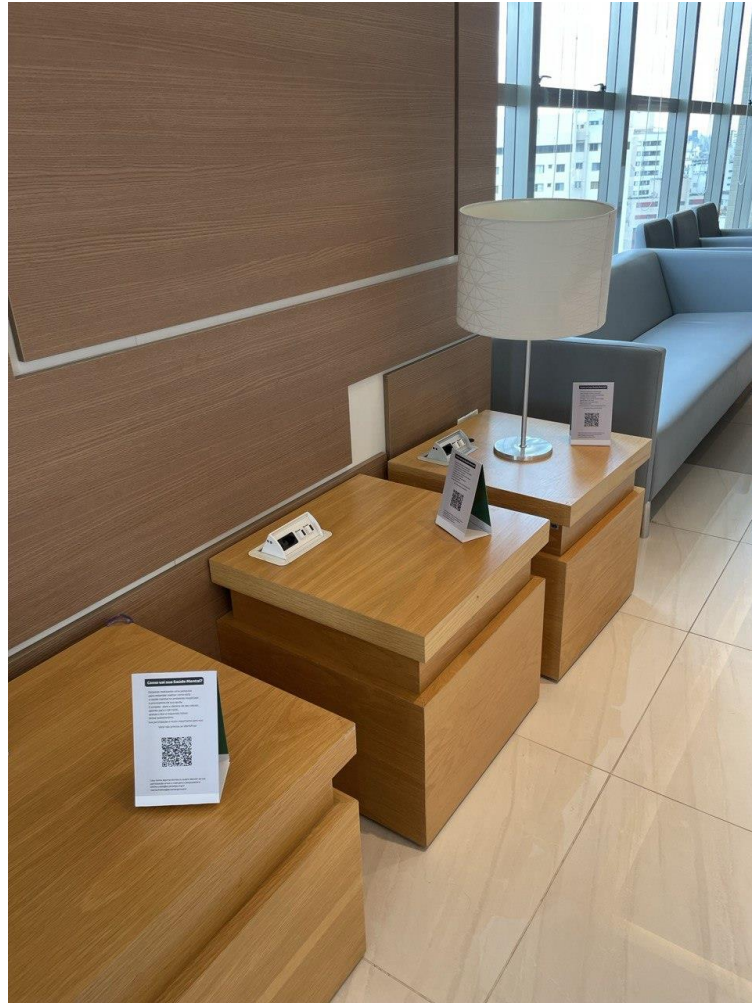
Trata-se de estudo transversal a partir das respostas a um questionário que foi acessado via QR Code (Figura 1) disponibilizado nas salas de espera do hospital A.C.Camargo Cancer Center, um dos maiores centros oncológicos de São Paulo/SP.

Os QR Codes ficaram em todas as salas de espera das unidades Antônio Prudente e Pires da Mota (Figura 2), durante 16 dias (de 12 a 27 de fevereiro de 2025). Foram colocados em mesas e também nos guichês de atendimento, em forma de display de mesa e, na Unidade Antônio Prudente, em algumas salas foram colocados adesivos autocolantes (10x15cm) nas paredes salas que não possuíam mesas ou guichês (apenas 4 salas, e os adesivos ficaram pequenos para o tamanho do ambiente).



Fonte: autoria própria.

Figura 1 – Display com o QR Code.



Fonte: autoria própria.

Figura 2 – QR Codes nas salas de espera das unidades.

Ao acessar o QR Code a partir de dispositivos eletrônicos, o participante da pesquisa era direcionado diretamente ao RedCap, plataforma segura e própria para o gerenciamento de dados de pesquisa e capaz de resguardar a segurança dos dados pessoais dos participantes.

Ao acessar o QR Code, a primeira página era a data de nascimento, para garantir o critério de exclusão para menores de 18 anos e as primeiras letras do nome da pessoa, coletados apenas para fins de identificação caso o respondente quisesse futuramente desistir de sua participação no estudo. Em seguida, aparecia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde havia informações sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios. Ao final, era solicitado e-mail para envio do TCLE (não obrigatório, já que havia um link para baixar o TCLE) e assinatura concordando em participar do estudo. Apenas após a concordância e a assinatura era possível seguir para responder ao questionário e a escala.

Em seguida, era acessado um questionário sociodemográfico (Apêndice I) com questões sobre seu papel no hospital (paciente, acompanhante, colaborador), sexo, estado civil, religião, escolaridade, renda familiar mensal per capita e sua participação na renda na familiar, jornada de trabalho, se tinha diagnóstico de câncer, se se sentia ansioso ou deprimido, se realizava psicoterapia, há quanto tempo, se conhecia e havia passado por atendimento com a equipe de saúde mental do hospital e, caso não houvesse, se gostaria de ser atendido. Também havia 3 questões abertas, a primeira e a segunda relacionadas a sua autopercepção de estar ansioso ou deprimido, a que o sujeito relacionava sua ansiedade ou depressão e o que fazia para se sentir melhor ao perceber-se ansioso ou deprimido, e a terceira sobre em que momento, pensando em sua experiência no hospital, sentiu que mais precisou de um atendimento psicológico.

E por último, para verificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão, se apresentava a HADS, escala validada e amplamente utilizada no Brasil para fins de rastreamento. A HADS é constituída por 14 itens de múltipla escolha, sete deles para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D). Cada item tem pontuação de 0 a 3, podendo chegar no máximo de 21 pontos em cada subescala.

As perguntas do questionário foram auto aplicadas, assim como o instrumento HADS. Para que o participante tivesse total liberdade para responder às perguntas, foi solicitado, a partir de instrução contida antes do questionário, que respondesse sozinho tanto ao questionário quanto a escala.

Os participantes do estudo acessaram os QR Codes de maneira espontânea, pois houve a intenção de avaliar o próprio nível de interesse pelo tema da saúde mental entre as pessoas presentes nas salas de espera do hospital. Essa estratégia acontece não apenas como uma ferramenta de triagem, mas também como indicativo do nível de letramento em saúde mental da população atendida no hospital. O conceito de letramento em saúde mental, conforme definido por Jorm et al. (2000), refere-se ao conhecimento e às crenças sobre transtornos mentais que auxiliam no seu reconhecimento, manejo ou prevenção.

Ressalte-se que a pesquisa anterior realizada na instituição para verificar ansiedade nos pacientes na sala de espera da radiologia (Yu et al., 2011), utilizou também o instrumento IDATE. Entretanto, pensando na adesão, no tempo para resposta e também em um processo simplificado para futuro fluxo, utilizamos apenas a escala HADS, que é tida como um instrumento de excelente adequação para fins de rastreamento em pacientes oncológicos (Annunziata, 2020; Muzzatti, 2022).

4.2 Análise dos Dados

Para a análise descritiva, foram calculadas medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas (perfil, sexo, cor, estado civil, religião, nível educacional etc.), e medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão) para as variáveis numéricas (idade, tempo de psicoterapia e número de pessoas que participam da renda familiar).

A associação entre as variáveis categóricas e os níveis de ansiedade e depressão foi avaliada utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Quando não foram atendidos os pressupostos mínimos de frequência esperada em cada célula, aplicou-se o teste exato de Fisher ou a correção de continuidade, conforme apropriado.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Para a análise qualitativa, utilizou-se a abordagem fenomenológica, perspectiva que analisa o mundo vivido pela pessoa a partir de sua autopercepção. O sujeito, segundo a abordagem fenomenológica, manifesta-se enquanto ente que experiencia a situação que se lhe apresenta: não há sujeito sem experiência e toda experiência pressupõe um sujeito que, a partir do seu modo de existir, lhe confere significado.

Segundo Merleau-Ponty (1999, p. 1) fenomenologia retoma a questão do “ser”: “A fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se a definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo”.

No entanto, apesar de ter como objetivo as “essências”, a fenomenologia olha para aquilo que “é dado”, ou seja, os fenômenos, de onde inclusive vem o termo fenomenologia – a própria coisa que é percebida é o fenômeno, que se apresenta ao sujeito e é percebido a partir da consciência, sendo isto a intencionalidade (Heidegger, 2002). Para a fenomenologia, é preciso considerar a “facticidade”, isto é, “o mundo já está sempre ali, antes da reflexão, como uma presença inalienável” (Merleau-Ponty, 1999, p. 1), de tal modo que o ser é um ser aí no mundo, um mundo dado e contingente e “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo” (Merleau-Ponty, 1999, p. 3).

O corpo é o primeiro a experienciar o mundo, a partir dos sentidos. Os fenômenos são percebidos conscientemente, uma vez que toda consciência é consciência de algo – logo a consciência é intencional enquanto relação entre o ser aí (dasein) e o fenômeno ou mundo. Também fazemos parte do mundo nos diferenciamos dele por nossa capacidade de ser

sencientes ao mesmo tempo em que somos sensíveis (fenômenos). Por considerar o ser de modo integrado corpo, mente e consciência, é que escolhemos a abordagem fenomenológica, uma vez que o adoecimento se dá em apenas uma instância: a do “ser” indivisível.

A análise fenomenológica, a princípio, considerou as questões norteadoras: os sujeitos que estão numa sala de espera de um centro oncológico se percebem como ansiosos ou deprimidos? Há autopercepção corporal? Por que se percebem assim? Essas pessoas gostariam de receber atendimento do setor de saúde mental? Preferem receber esse tipo de atendimento no próprio hospital ou fora do hospital? Caso se percebam ansiosos ou deprimidos, é possível fazer algo para que consigam melhores recursos de enfrentamento? Em que momento, ou em qual sala de espera do hospital, essa pessoa se sente mais vulnerável emocionalmente?

Por fim, embora o foco seja na vivência do paciente, ressalte-se que qualquer pessoa que apontar seu dispositivo para o QR Code pode acessar e responder ao questionário, sejam pacientes, acompanhantes e até mesmo profissionais de saúde, inclusive de serviços terceirizados. E isso foi intencional, já que a saúde mental de todas essas pessoas que convivem com o câncer pode precisar de cuidados. Esse inclusive é um dos dados do estudo: como a experiência vivenciada no ambiente hospitalar afeta esses sujeitos?

Gostaríamos que as mesmas pessoas respondessem à pesquisa diversas vezes ao longo de suas visitas ao hospital, mas, como os QR Codes, em razão da viabilidade do estudo em seu tempo, ficaram disponíveis por pouco tempo nas salas de espera e, como para resguardar a privacidade da pessoa não coletamos dados que pudessem identificar o respondente, não foi possível comparar as respostas de um mesmo participante ao longo do tempo.

4.3 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram: pessoas maiores de idade e que tenham capacidade para responder ao questionário e a escala HADS acessando algum dos QR Codes disponibilizados nas salas de espera do hospital, bem como que quisessem ingressar no estudo voluntariamente.

4.4 Ética em pesquisa

Todo o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, bem como demais normas aplicáveis, com especial atenção à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Antes de se iniciar a coleta de dados, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovada sob parecer no. 7.101.355 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 79621524.9.0000.5432 (Figura 3).

Em atenção à segurança dos dados, os questionários de entrevista foram disponibilizados aos participantes e as suas respostas também foram guardadas no RedCap, que é plataforma considerada muito segura para o gerenciamento de dados de pesquisa. De qualquer forma, não era possível identificar nenhum dos respondentes, pois não se perguntava dados de identificação e também não se guardava o IP dos respondentes. A pergunta das iniciais do nome era feita apenas para possibilitar a eventual retirada das respostas daquele sujeito do estudo caso ele viesse solicitar sua retirada da pesquisa. Foi orientado que, nesse caso, a pessoa enviasse um e-mail, também sem precisar se identificar, apenas informando as iniciais e, caso se recordasse, a data da resposta ao questionário.

Todos os responsáveis pelas salas de espera, tanto da Unidade Pires da Mota, como da Unidade Antônio Prudente, assinaram termo de concordância e colaboração. Os QR Codes, o texto que os acompanhava e sua forma de apresentação também passaram por aprovação do setor de comunicação do hospital, além do CEP, já que seriam disponibilizados nas salas de espera do hospital.

Também me reuni algumas vezes, presencialmente e de modo remoto, com o responsável pelo setor de Saúde Mental do hospital, bem como com Psicólogos do setor, que deram informações valiosas e apoiaram muito a iniciativa, inclusive para obter dados referentes à demanda em saúde mental do hospital e para já testar fluxo possível para detecção e abordagem dessas pessoas. Entretanto, o setor não pôde se comprometer a prestar atendimento às pessoas que respondessem ao questionário informando desejarem atendimento pelo setor, porque não tinha condições de absorver uma demanda ainda desconhecida – não sabíamos quantas pessoas iriam responder ao QR Code e quantas, dessas, iam solicitar atendimento. Mas, o setor informou que a pesquisa seria importante exatamente para conhecer essa demanda e, se fosse o caso, se organizar para atendê-la, conforme fosse ou

não possibilitado pela gestão do hospital, já que atualmente o setor não consegue atender a novas demandas e não tem atuado na seara ambulatorial. Isso foi informado ao CEP, que havia solicitado o atendimento das pessoas que solicitassem assistência ao setor de saúde mental do hospital, mas posteriormente o CEP aceitou a justificativa dada pelo setor e pela pesquisadora. A pesquisadora se comprometeu a dar um feedback da pesquisa ao setor de saúde mental do hospital.

	A.C. Camargo Cancer Center	FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE - A.C. CAMARGO CANCER CENTER	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: Check-in em Saúde Mental e o Kairós: rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera de um hospital oncológico			
Pesquisador: SHIRLEY SUELY DOS SANTOS			
Área Temática:			
Versão: 3			
CAAE: 79621524.9.0000.5432			
Instituição Proponente: FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 7.101.355			

Fonte: autoria própria.

Figura 3 – Parecer consubstanciado do CEP.

4.5 Custos e financiamento

Foram gastos R\$654,91 com material de escritório (impressão dos QR Codes em papel adesivo e displays de mesa). Os gastos foram arcados pela própria pesquisadora principal, que não recebeu bolsa ou auxílio financeiro para a realização do estudo.

4.6 O percurso da pesquisa

Durante a pesquisa, foram realizadas duas reuniões com o responsável pelo setor de saúde mental e três encontros com três psicólogos da equipe para apresentar a ideia e entender

como funcionava o setor de saúde mental, além de trocas contínuas por e-mail, Teams e WhatsApp ao longo da elaboração do projeto. Também tive reunião e diversas interações com o coordenador do setor de práticas integrativas. Foram feitas visitas presenciais aos setores de saúde mental e de práticas integrativas do hospital. Isso demonstra processo colaborativo durante e após a realização da pesquisa.

Optei pela adoção de um fluxo espontâneo, com o intuito de compreender o quanto o tema da saúde mental despertava interesse nas pessoas que se encontravam nas salas de espera, inclusive pelo tipo de análise proposta sendo fenomenológica. Busquei também entender como essas pessoas percebiam suas próprias demandas relacionadas à saúde mental, se havia algum público potencialmente desassistido por esse setor no contexto hospitalar ambulatorial e, ainda, se manifestavam interesse em receber atendimento especializado da equipe de saúde mental.

Inicialmente, considerei a possibilidade de realizar o rastreamento e o encaminhamento de possíveis casos de ansiedade e depressão ao setor de saúde mental. No entanto, diante da incerteza quanto à demanda que poderia surgir, a equipe não pôde assumir esse compromisso naquele momento. Essa limitação, embora compreensível, gerou certa frustração e inquietação, uma vez que a proposta da pesquisa é justamente refletir sobre formas de identificar sintomas que causem sofrimento emocional, com vistas à intervenção. Também por isso não foi possível testar todo o fluxo que se pretendia – do interesse do sujeito, passando pelo rastreio, até a realização do atendimento.

Entretanto, os contatos de e-mail dos participantes foram coletados e havia pergunta no questionário sobre o desejo de ser atendido no hospital. Posteriormente à coleta e análise dos dados, já ciente do número de potenciais pacientes a serem atendidos, um gestor da instituição solicitou que todas as pessoas que foram identificadas na pesquisa como necessitando de atendimento de saúde mental fossem devidamente encaminhadas. Então, com nova autorização do CEP para contatar os participantes da pesquisa, utilizou-se os e-mails de contato deixados pelos próprios participantes da pesquisa para realizar esse encaminhamento, sem compartilhar seus dados de contato com o hospital, para que não fossem expostas as pessoas que responderam à pesquisa na condição de anonimato.

O percurso até a coleta de dados demandou tempo e cuidado, estendendo-se por alguns meses. Durante esse processo, surgiram desafios naturais de um projeto que envolve múltiplas instâncias e setores institucionais, incluindo alinhamentos com os setores que possuem

protocolos e critérios próprios. Houve instabilidades no acesso ao e-mail institucional, relacionadas às normas de segurança adicionais implementadas em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) que resultaram em perdas de contatos e alguns alinhamentos por meio de e-mail e Teams. A tramitação junto ao CEP também exigiu atenção, com devolutivas que solicitaram esclarecimentos adicionais, além da necessidade de articulação com diversas áreas para a emissão das cartas de colaboração. Somou-se a isso o importante alinhamento com os setores de Experiência do Paciente, e Comunicação e Marketing, que revisaram o material em que seria divulgada a pesquisa aos participantes (formato e texto apresentado junto dos QR Codes) e propuseram um modelo de display para facilitar o acesso dos participantes.

Todos esses foram processos criteriosos que certamente contribuíram significativamente para a solidez da proposta e também para minha formação enquanto aluna do mestrado profissional, mas que, ao final, tomaram cerca de oito meses dedicados a essa etapa preparatória, cuja complexidade reflete o cuidado necessário para assegurar um percurso ético e alinhado aos critérios institucionais, mas que também mostra como iniciativas e projetos de humanização, inclusive em pesquisa, passam por várias instâncias e alinhamentos, se constituindo em um longo processo laboral. Todo esse processo também fez parte da validação dos QR Codes e do fluxo proposto como possível de ser implementado na própria instituição ou em outra de porte e públicos semelhantes, já dimensionando o esforço e tempo que seriam necessários para tanto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optei por colocar na presente seção, de forma integrada, os resultados e a discussão analítica da pesquisa. Essa opção metodológica fundamenta-se na perspectiva fenomenológica, segundo a qual os dados empíricos não se impõem como evidências objetivas ou neutras, mas se manifestam no entrelaçamento entre o vivido e o interpretado, exigindo a incidência de uma consciência que os revele, afinal, “o sentido não está dado, ele se realiza na percepção” (Merleau-Ponty, 1999). Ainda, por analogia, pode-se dizer que os dados não falam por si: eles são constituídos como significativos a partir da experiência intersubjetiva do pesquisador com os discursos e situações vivenciadas. Nesse sentido, a análise se realiza em movimento, à medida que o fenômeno se desvela no encontro com as falas dos participantes, com os contextos observados e com a intencionalidade do olhar investigativo (Martins, 2016).

Trata-se, portanto, de um processo de interpretação encarnada, no qual a descrição e a discussão ocorrem simultaneamente, não apenas a partir dos referenciais teóricos, mas também dos existenciais que orientam esta pesquisa. Na abordagem fenomenológica, os resultados não falam por si, necessitam da incidência de uma consciência sobre eles, assim os dados vão sendo revelados e discutidos.

Uma das recomendações mais importantes que o pensamento fenomenológico traz à tona é a suspensão de juízo (*epochè*) como modo de “abertura da consciência” para perceber o mundo sem pré-definições ou preconceitos – olhar o mundo a partir da própria consciência para depois situá-la no mundo (Martini, 1999; Branco, 2014; Sousa e Mesas, 2020).

A partir da recomendação fenomenológica, as respostas às questões abertas foram, num primeiro momento, “ouvidas” e trazidas à tona por meio deste relatório, o que, de certa maneira, já é positivo e é parte do seu encaminhamento. Realizei uma abertura de presença para ouvir os sujeitos da pesquisa, olhando para cada resposta, de cada sujeito, deixando de lado meus pré-conceitos, predefinições, objetivos, e apenas lancei o olhar sobre eles e tentei vê-los em suas vivências. Em seguida, fiz uma síntese geral daquilo que percebi até conseguir retornar aos autorrelatos para manuseá-los separando-os tematicamente em unidades de significação.

A literatura sobre os sofrimentos psíquicos de pacientes oncológicos é vasta (Andersen et al., 2014; Bergerot et al., 2014; Cardoso et al., 2018). Há também um volume significativo de estudos abordando o sofrimento vivenciado por acompanhantes e cuidadores, destacando sua

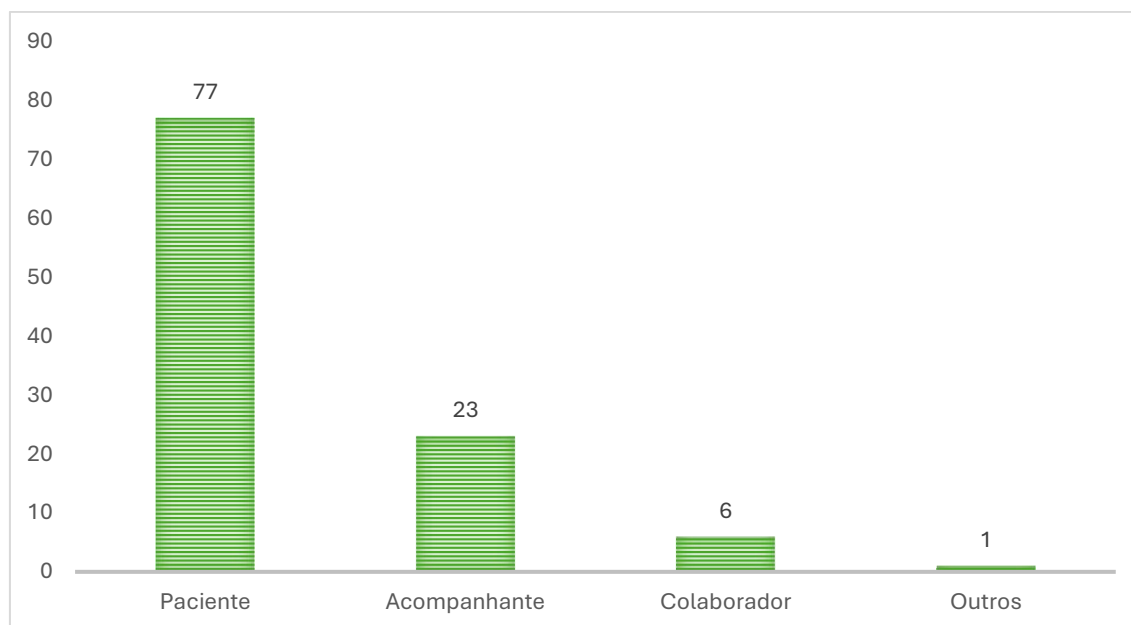
sobrecarga emocional e o processo de luto antecipatório (Guimarães e Lipp, 2011; Maturana e Valle, 2014; Silva, 2024). E há outros estudos ainda que abordam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde ao lidar com o sofrimento dos pacientes, muitas vezes sem dispor de recursos adequados para gerenciar seus próprios desafios emocionais (Gonzaga et al., 2016). Por esse motivo, disponibilizamos o QR Code a todos que estivessem no ambiente hospitalar.

Durante o período de 16 dias corridos em que os QR Codes estiveram disponíveis nas salas de espera do hospital, 258 pessoas acessaram o QR Code, destas, 107 foram consideradas respostas válidas e 151 não chegaram a acessar nem o questionário e nem a escala.

Diante do número de pessoas que frequentam anualmente o hospital, estimado em cerca de 100 mil pacientes por ano (AC CAMARGO CANCER CENTER, 2025) – o que daria uma média de 274 pacientes por dia –, esse número pode parecer quantitativamente pequeno, e pode ser inclusive que não revele a universalidade das populações que acessam as salas de espera, no entanto, não só traz informações preocupantes com relação à saúde mental no ambiente hospitalar, como se mostrou útil em termos de rastreio de ansiedade e depressão (alta prevalência de respondentes rastreados para ansiedade e depressão, como veremos a seguir), que é o objetivo deste trabalho aplicado.

Por exemplo, diante de estudo anterior feito na instituição (Yu et al., 2011), que coletou dados durante oito meses e utilizando muito mais recursos humanos (diversos pesquisadores realizando a coleta de dados), para obter 398 respondentes, o fluxo ora proposto, que foi testado por apenas 16 dias e sem o emprego de direto de mão de obra, parece bastante eficaz por ter obtido 107 respostas válidas neste curto período – e principalmente, com alto rastreio de casos de ansiedade e depressão, que, novamente, é o objetivo deste estudo.

Considerando o número válido de participantes de 107 sujeitos, quatro perfis foram identificados (Figura 4): pacientes, acompanhantes, colaboradores e outros. Embora haja diferenças significativas entre os papéis atribuídos a cada perfil no processo de adoecimento, não foi encontrada significância entre ansiedade e depressão e estar no hospital como paciente, acompanhante, colaborador ou outro. O grupo “outro”, por conter um único participante, não figura nas análises estatísticas dos grupos, mas está nas análises gerais e na análise qualitativa.



Fonte: autoria própria.

Figura 4 – Grupos de participantes identificados, em números absolutos, a partir do papel desempenhado no hospital.

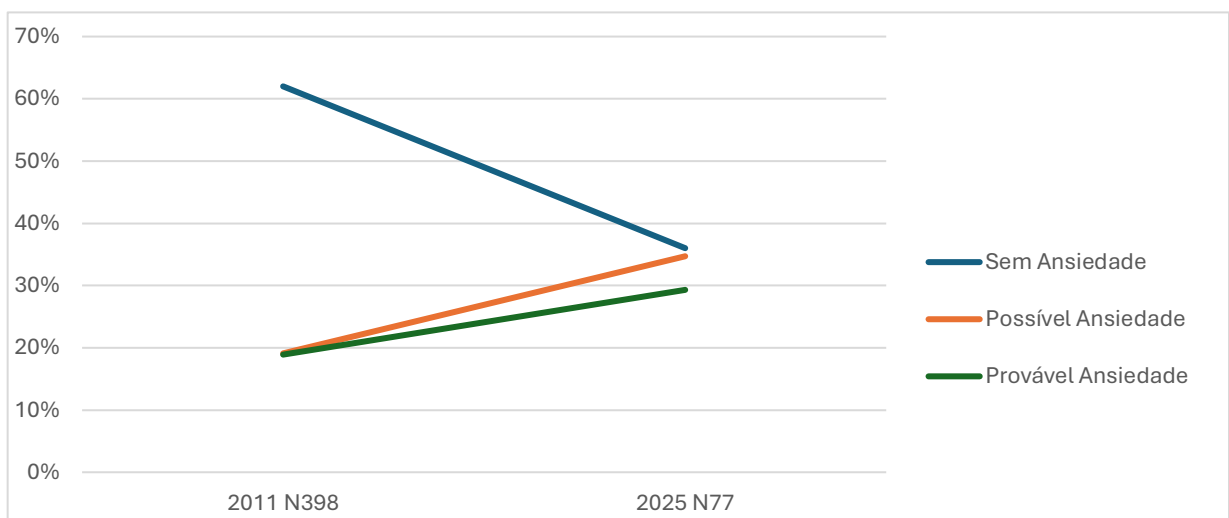
Encontramos prevalência na amostra para ansiedade de 60,9% (casos possíveis e prováveis de ansiedade segundo escala HADS, pontuação de corte 8). Se considerarmos apenas os respondentes que estavam no hospital como pacientes (n77), a prevalência encontrada na amostra de ansiedade sobe para 64%. A prevalência encontrada na amostra para depressão foi de 43,8% (casos possíveis e prováveis de depressão segundo escala HADS, pontuação de corte 8). Se considerarmos apenas os que estavam no hospital como pacientes, a prevalência é de 49,3%. A prevalência nos acompanhantes foi de 56,5% para ansiedade e 34,7% para depressão, e nos colaboradores foi de 50% para ansiedade e 33,3% para depressão.

Apesar dos pacientes estarem um pouco mais ansiosos e deprimidos que os acompanhantes e colaboradores, não houve associação entre ser paciente, acompanhante e colaborador e os resultados para estados de ansiedade e depressão na escala HADS.

O Brasil é um dos países de maior prevalência de ansiedade e depressão do mundo (IPSOS, 2024; World Health Organization, 2017). Um estudo de revisão dos últimos dez anos chega a alarmantes números de 9% de prevalência para transtorno de ansiedade e 6% para depressão (Freitas et al., 2024; World Health Organization, 2017). Outro estudo, com metodologia diversa, encontrou que dados ainda piores: que no primeiro trimestre de 2023, a prevalência de ansiedade no Brasil foi de 26.8% e, a de depressão, de 12.7% (Hallal et al., 2023).

Já a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos variam entre 16% e 70% em pesquisas brasileiras (Machado et al, 2024; Leal et al, 2021).

Pesquisa realizada nas salas de espera do setor de imagem da mesma instituição em 2004 (Yu et al., 2011) com 398 participantes que foram convidados a responder questionário e escalas ao longo de 9 meses, encontrou taxas de prevalência na amostra para ansiedade de 38% entre pacientes do hospital (casos possíveis e prováveis de ansiedade segundo escala HADS, pontuação de corte 8). Esse estudo anterior não investigou prevalência de depressão.



Fonte: autoria própria.

Figura 5 – Prevalência encontrada nos grupos de participantes nos estudos de 2004 e de 2025

Podemos observar que a prevalência encontrada na amostra de estados de possível e provável ansiedade sobem consideravelmente em 2025 em relação ao estudo anterior. Isso é compatível com dados gerais da OMS sobre a população brasileira, que mostram crescente incidência de ansiedade na população ao longo do tempo (World Health Organization, 2020). O estudo anterior foi feito há cerca de 20 anos atrás, antes do período da pandemia de COVID-19, em uma realidade em que os smartphones e as redes sociais nos telefones não eram tão disseminadas como hoje e que talvez as pressões de trabalho e por performance fossem diferentes – até mesmo em razão da ampla distribuição de celulares com acesso à internet –, talvez, nas décadas anteriores também fosse mais possível ter diagnóstico de câncer sem tamanha exposição como hoje.

Entretanto, é provável que a amostragem deste estudo seja mais enviesada a favor de rastrear mais casos porque partiu da iniciativa dos próprios participantes acessarem os QR

Codes para falarem da sua saúde mental (já que o objetivo é testar um fluxo de rastreio), enquanto o estudo anterior (Yu et al., 2011), que objetivava verificar a prevalência de ansiedade, inseriu entrevistadores nas salas de espera. Assim, há a possibilidade de quem tome a iniciativa de responder ao QR Code o faça exatamente porque não está se sentindo bem – o que conta a favor da eficácia do fluxo de rastreio, mas pode identificar taxas de prevalência de ansiedade e depressão maiores do que o pode ser o padrão geral encontrado no hospital.

Dos participantes da pesquisa, 61,9% tiveram em algum momento diagnóstico de câncer, sendo que, destes, 81,4% estavam no hospital como pacientes e 9,4% estavam no hospital como acompanhantes. Já os colaboradores que participaram nunca receberam um diagnóstico de câncer. Não encontramos associação entre ser ou não diagnosticado com câncer e ansiedade ou depressão. Isso condiz com os dados da pesquisa anterior feita no hospital (Yu et al., 2011), que constatou que as pessoas mais ansiosas não eram as que estavam em tratamento de câncer, mas as que estavam fazendo exames para verificar ou confirmar se tinham diagnóstico de câncer.

Os dados sociodemográficos e demais variáveis coletados nesta amostra e suas associações com estados de ansiedade e depressão mostraram que apenas a autopercepção de ansiedade e depressão tiveram associação com os estados de ansiedade e depressão. Esse dado é extremamente relevante para a criação de fluxo de rastreio, pois seria possível reduzir etapas no rastreio: em vez de aplicar escalas validadas a todos, é possível apenas perguntar como a pessoa se sente, já que a taxa de acerto é muito alta sobre quem acha que está deprimido ou ansioso e quem efetivamente está. Falaremos mais sobre esse dado a seguir.

Seguindo para os dados demográficos da população deste estudo, a idade mínima foi de 20 anos e a máxima de 75 anos, sendo que 50% dos participantes tinham entre 41,5 e 55 anos.

A maioria dos sujeitos da pesquisa foi composta por pacientes (72%), mulheres (82,1%), brancos (76,6%), casados ou em união estável (71,4%), católicos (40,4%), pós-graduados (49,5%), com trabalho remunerado (82,9%), trabalhando de 21 a 44 horas (35,8%), com renda familiar acima de 10 salários-mínimos¹ (40%) – portanto, muito acima da média da população brasileira em relação à renda e ao nível educacional –, e o próprio respondente era responsável por, pelo menos, metade da renda familiar (60,8%).

¹ * O valor do salário-mínimo era de R\$1.412,00 no período da coleta de dados.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes.

(continua)

Variáveis	N	%
SEXO:		
Feminino	87	82,1%
Masculino	19	17,9%
COR:		
Branca	82	76,6%
Parda	19	17,8%
Preta	4	3,7%
Amarela	2	1,9%
ESTADO CIVIL:		
Casado(a)/União Estável	75	71,4%
Solteiro(a)	21	20,0%
Separado/Divorciado(a)	7	6,7%
Viúvo	2	1,9%
RELIGIÃO:		
Católica	42	40,4%
Evangélica	17	16,3%
Espírita	15	14,4%
Sem Religião	13	12,5%
Não Determinada e Múltiplo Pertencimento	6	5,8%
Outras Religiões	6	5,8%
Candomblé/ Umbanda	4	3,8%
Judaísmo	1	1,0%
NÍVEL EDUCACIONAL:		
Pós Graduação	48	49,5%
Ensino Superior Completo	38	39,2%
Ensino Médio Completo	6	6,2%
Ensino Superior Incompleto	5	5,2%
TRABALHO REMUNERADO:		
Sim	87	82,9%
Não	18	17,1%
HORAS SEMANAIS TRABALHADAS:		
Não Trabalha	7	6,6%
Até 6 horas	12	11,3%
De 7 a 20 horas	14	13,2%
De 21 a 44 horas	38	35,8%
Mais de 44 horas	22	20,8%
Aposentado	13	12,3%

(conclusão)

RENDA FAMILIAR MENSAL

De meio a 1 salário mínimo (de R\$ 706 a R\$ 1.412	1	1,0%
De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.412 a R\$ 2.824	6	5,7%
Mais de 2 até 5 salários (mais de 2.824 até R\$ 7.060	26	24,8%
Mais de 5 até 10 salários (mais de R\$ 7.060 até 14.120	27	25,7%
Acima de 10 salários (acima de R\$ 14.120)	42	40,0%
Não sei	3	2,9%

RESPONSÁVEL PELA MAIOR PARTE DA RENDA FAMILIAR

O próprio responsável	49	45,8%
O próprio responsável de forma igual com outro morador da casa	16	15,0%
Cônjuge	36	33,6%
Pai e mãe	5	4,7%
Outro	1	0,9%

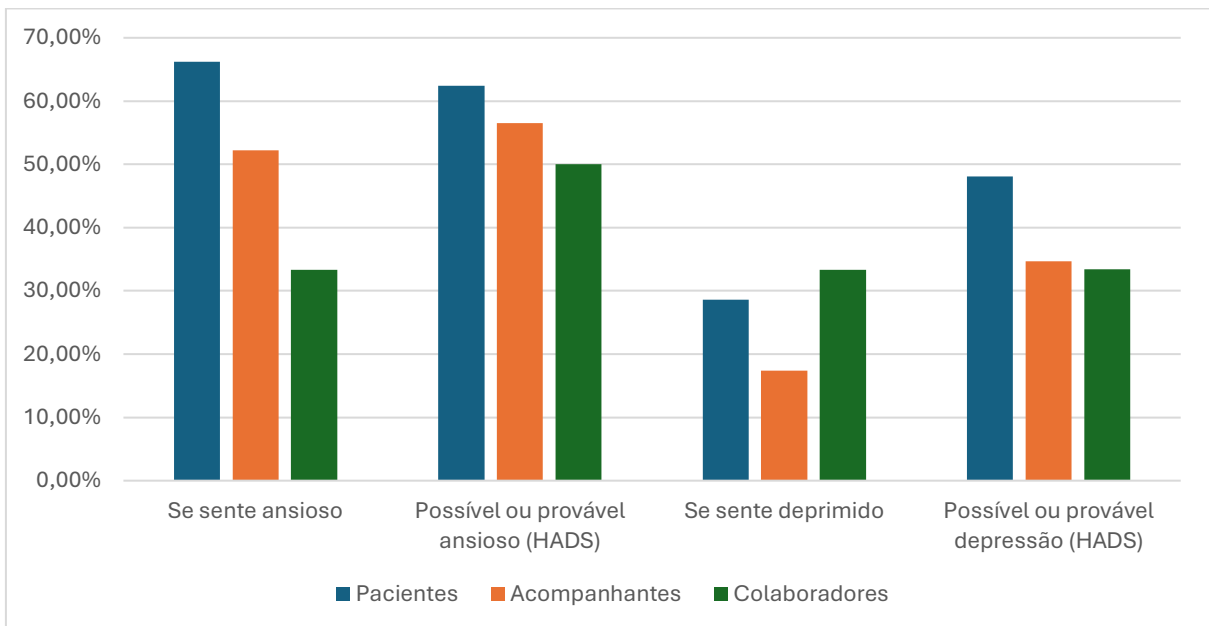
Fonte: autoria própria.

Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes Associação entre ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas

Variável	Participantes, N	Valor P
Perfil (paciente, acompanhante ou colaborador)	104	0,310
Sexo	103	0,092
Cor	104	0,300
Estado Civil	102	0,107
Separado ou viúvo	9	0,571
Religião	101	0,835
Nível Educacional	94	0,583
Trabalho remunerado	102	1,000
Horas semanais trabalhadas	103	0,767
Desemprego ou mudança de trabalho	102	0,514
Renda familiar	102	0,951
Ser responsável pela renda	104	0,374
Ter diagnóstico de Câncer	94	0,435
Autopercepção Ansiedade	104	<0,001
Autopercepção Depressão	104	<0,001
Realizar acompanhamento Psicológico	102	0,123
Conhecer setor saúde mental	104	0,887
Ter sido atendido no setor saúde mental	104	0,323

Fonte: autoria própria

Com relação a autopercepção de ansiedade, 60,7% se sentiam ansiosos, havendo diferença entre os grupos: pacientes tiveram porcentagem maior com relação a se sentir ansiosos (66,2%) do que acompanhantes (52,2%) e colaboradores (33,3%). Como já mencionado, houve associação entre se sentir ansioso e estar ansioso ($p \leq 0,000$), e entre se sentir deprimido e estar deprimido ($p \leq 0,000$).



Fonte: autoria própria.

Figura 6 – Autopercepção de ansiedade e de depressão nos 3 maiores grupos participantes versus resultado da escala HADS.

A autopercepção de ansiedade foi mais facilmente reconhecida do que a autopercepção de depressão para a população estudada.

O estudo de Yu et al. (2011) também comparou autopercepção de ansiedade. Dos 40,5% que se sentiam ansiosos, 38% o estavam possivelmente e provavelmente. Neste estudo, a autopercepção dos pacientes e acompanhantes parece ser mais próxima de seu estado (medido pela HADS) em ansiedade do que em depressão, como podemos ver na Figura 6. Os sintomas depressivos são menos autopercebidos tanto pelos pacientes quanto pelos acompanhantes.

No presente estudo, dos 49 pacientes que responderam à questão “Você julga que esses sentimentos de ansiedade ou depressão que está experimentando tem a ver com”, relacionaram os sentimentos de ansiedade e depressão: ao trabalho (26,5%); ao diagnóstico, tratamento e exames (26,5%); ao medo da recidiva ou progressão da doença (22,4%); à saúde mental e luto (22,4%); e outros (6,1%) (Tabela 2).

No grupo dos acompanhantes, mais da metade relaciona seus sintomas ao adoecimento do familiar (Tabela 3) e os colaboradores relacionam à sobrecarga de trabalho (Tabela 4).

Tabela 3 – Motivos autorrelatados por pacientes para se sentirem ansiosos ou deprimidos.

Medo de recidiva ou progressão da doença	Rotinas e jornadas de trabalho	Saúde mental e Luto	Diagnóstico, Tratamento e Exames
"a cada 6 meses faço a rotina de exames pra prevenção do câncer"	"emprego e pós-graduação"	"Tenho diagnóstico de transtorno de ansiedade"	"resultado dos exames"
"o desafio de enfrentar um tratamento novo, além da ansiedade de uma cirurgia"	"excesso de trabalho e muita preocupação com o futuro"	"Além de já ter ansiedade e depressão anterior, depois que meu esposo faleceu no Ac Camargo - Antônio Prudente isso piorou bastante"	"resultado de exame de sangue"
"expectativa de novo possível câncer"	"Frustração no trabalho (vítima de constante assédio moral...)"	"o falecimento do meu marido a 90 dias"	"medo do diagnóstico e tratamento"
"medo de adoecer novamente" "receio de a doença voltar e ter que passar novamente pelo tratamento"	"jornada de trabalho" "necessidade de compatibilizar tratamento com a rotina laboral"	"perdas familiares a independência dos filhos que cresceram"	"a limitação/sequelas provocadas pela cirurgia de um tumor medular" "fazer as coisas sem conseguir me concentrar"
"medo de voltar algum tipo de câncer"	"jornada de trabalho"	"morte"	"o diagnóstico de câncer"
"medo de adoecer novamente"	"stress da rotina de trabalho"	"Medo de morrer"	"apreensão pela consulta médica"
"ansiedade em realizar os exames de acompanhamento"	"estou fazendo imuno e a medicação é forte não fico 100% para trabalhar"	"vontade de chorar e ficar trancada no quarto, não socializar com ninguém"	devido a todo tratamento doença.... problemas familiares
"insegurança sobre os resultados do tratamento"	"stress no trabalho"	"com a dificuldade em retomar os planos de vida de antes do tratamento"	"início do tratamento"descoberta do meu câncer de mama"
"com a ansiedade pelo fim do tratamento e o que poderá ocorrer no futuro"	"trabalho"	"stress"	"a doença, medicações"
"novos achados que vieram nos últimos exames"	"vida profissional"	"pensamento negativo e baixa autoestima"	"medo de cirurgia"
"a doença, incerteza de reincidência"	"Trabalho e vida futura"		"sequelas da cirurgia de esofagectomia"
	"precisaria estar mais atuando para ganhar dinheiro e pagar as contas da empresa"		"mudanças na minha rotina muito repentinas, desde o primeiro diagnóstico"
	"Dinheiro"		

Outros motivos:**"Tudo"; "correria do dia a dia e alguns medos";****"demora para pedir liberação pro plano de saúde(...) atraso nos procedimentos (...) burocracias"**

Fonte: autoria própria.

Tabela 4 – Motivos autorrelatados por acompanhantes para se sentirem ansiosos ou deprimidos

Acompanhantes	
Relacionados ao adoecimento de familiar	Relacionados a outras demandas
"a doença do meu marido"	"me sinto cansada sem disposição nem paciência com nada"
"exame de rotina da minha mãe"	"vida pessoal e crise no relacionamento"
(...)"avô com diagnóstico de câncer de bexiga e apenas tratamento paliativo foi oferecido"(...)"o fato de minha mãe estar doente"	"preocupações do dia a dia, com filhos, financeiro..."
"o tratamento da minha esposa"	"trabalho"
"o fato de minha mãe estar doente"	"desemprego e ter que dar conta da faculdade"
"Tratamento da minha mãe"	

Fonte: autoria própria.

Tabela 5 – Motivos autorrelatados por colaboradores para se sentirem ansiosos ou deprimidos

Colaboradores
Relacionados à sobrecarga de trabalho
"acúmulo de tarefas, responsabilidades do dia a dia, cobrança, esgotamento."
"não só eu mas todos que trabalham neste setor estão (...) sobrecarregados"

Fonte: autoria própria.

Quando perguntados sobre a que sua autopercepção de ansiedade ou depressão se relaciona, os pacientes a relacionam às suas preocupações e medos com relação ao futuro em seu processo de adoecimento e seus medos com relação a diagnóstico, tratamento, cirurgia, recidivas, resultados de exames, algum problema físico associado, morte, problemas relacionados a dificuldades com rotina e jornada de trabalho e também com problemas de ordem financeira, problemas familiares e até problemas técnicos ligados à operadoras de saúde.

Os relatos mais prevalentes para ansiedade em pacientes no estudo anterior na mesma instituição (Yu et al., 2011) foram acerca da preocupação com os resultados dos exames.

Nos relatos desta pesquisa, os participantes associaram seus sentimentos de ansiedade e depressão a quatro principais grupos de fatores (conforme tabela 2): recidiva ou progressão da doença; questões relacionadas ao trabalho; aspectos envolvidos em diagnóstico, tratamento e exames; e, por fim, saúde mental. Houve 3 respostas em que não ficou claro estar em nenhuma destes grupos ou poder pertencer a todos ("tudo", "correrias do dia a dia e alguns medos") e relacionado diretamente a operadora de saúde ("demora para pedir liberação pro plano de saúde [...] atraso nos procedimentos [...] burocracias").

Segundo Garcia (2021), em publicação no site A.C.Camargo Cancer Center, após o tratamento de câncer, o paciente passa por um seguimento, isto é, “período de consultas médicas regulares mesmo estando sem sintomas”, podendo haver solicitação de exames de rastreamento para recidiva. O seguimento dura pelo menos 5 anos, prazo estimado para que o paciente possa ser considerado curado se permanecer em remissão completa. O problema é que células cancerosas podem viver longos períodos no corpo, podendo reaparecer no mesmo local ou em outro – isso chama-se recidiva ou recorrência (Garcia, 2021).

Antes de receber um diagnóstico de câncer, a pessoa pode ter contato com a ideia de finitude, podendo manifestar ansiedade relacionada à morte. Ao receber um diagnóstico de câncer, ela tem uma vivência de finitude que se manifesta não só no pensamento, mas também em sua corporeidade: o corpo doente que pode vir a deixar de ser-no-mundo. Essa vivência envolve, além da corporeidade, a angústia existencial, essa “dor ôntica”, relacionada à angústia (angst) que foi traduzida por ansiedade, perdendo seu significado fundamental para descrever uma série de sintomas (Sousa e Messas, 2020).

Ao entrar em contato com a fala dos sujeitos da pesquisa, percebo sua angústia no sentido existencial, reconhecendo-a como essência dos sintomas ansiosos, inclusive penso ser este um dos motivos pelos quais mesmo os respondentes que realizam psicoterapia há muitos anos são classificados como possivelmente ou provavelmente ansiosos e/ou deprimidos. Aspectos ônticos geram naturalmente estados de angústia, podendo gerar sintomas de ansiedade e depressividade. Em minha experiência na clínica psicológica, os relatos de ansiedade são trazidos quando há diagnóstico de câncer, sendo também intensos na fase de seguimento, incluindo vivências de angústia antecedendo à realização dos exames de rastreamento, durante a expectativa dos resultados até a consulta médica. Os pacientes relatam sintomas como dificuldades para dormir, irritabilidade, medo persistente de adoecer novamente, sintomas de isolamento e vontade de chorar. Isso também é coerente com os achados do estudo anterior (Yu et al., 2011), em que as maiores taxas de ansiedade foram encontradas nos pacientes que estavam na sala de espera para realizar exames de follow-up.

O medo de recorrência e progressão do câncer (FCR – *fear of cancer recurrence or progression*) é definido como uma intensa preocupação persistente, com pensamentos repetitivos e hipervigilância a sintomas corporais. Embora seja relatado com frequência por pacientes e sobreviventes do câncer, tem sido subestimado ou desconsiderado frequentemente pelas equipes de saúde. A literatura mostra que níveis altos de FCR podem influenciar no uso

excessivo dos serviços de saúde como exames e consultas além do necessário, influenciando na qualidade de vida, gerando altos níveis de sintomas emocionais, sendo um deles a ansiedade (Lebel et al., 2017; Otto et al., 2018; Bergerot et al., 2022) – o que também implica maiores gastos ao sistema de saúde, com salas de espera mais cheias, principalmente se a demanda emocional não estiver sendo acolhida.

Os autorrelatos dos motivos de se sentirem ansiosos ou deprimidos trazem à tona a questão do trabalho e dificuldades com relação às rotinas e jornadas de trabalho (“excesso de trabalho e muita preocupação com o futuro”; “necessidade de compatibilizar tratamento com a rotina laboral”), bem como os impactos discriminatórios e financeiros trazidos pelo câncer (“Frustração no trabalho vítima de constante assédio moral...”; “estou fazendo imuno e a medicação é forte não fico 100% para trabalhar. Tenho a minha pequena empresa e funcionários, mas precisaria estar mais atuando para ganhar dinheiro e pagar as contas da empresa”).

Quando o afastamento do trabalho ocorre, pode ser por dificuldades com as tarefas exigidas, pois pode ocorrer incapacitação física momentânea ou permanente para executar a função anteriormente exercida, bem como problemas de ordem psíquica, provocados pelo tratamento ou estresse decorrente do próprio adoecimento, de modo que esse momento pode ser encarado como mais uma perda dentre tantas outras. Pacientes também relatam, inclusive em outros estudos (Freitas, 2017), problemas no ambiente de trabalho em razão do estigma do câncer, com pessoas até mesmo deixando de trabalhar não pela impossibilidade física, mas pela discriminação que sofrem no meio laboral em razão do câncer – como sendo tratadas como incapazes, doentes, que não vão prosperar, que não vão mais seguir adiante na carreira, e então deixam de ser promovidas e acreditadas, recebendo olhares de pena e como se já estivessem praticamente mortas.

Estudos qualitativos realizados com mulheres com câncer de mama mostram que o retorno ao trabalho se torna difícil por vários motivos diferentes, dentre eles: o câncer pode modificar o modo como veem sua vida profissional; apreensões sobre sua própria capacidade de realizar tarefas; medo de não conseguir um bom gerenciamento no trabalho; dificuldades em se readaptar as rotinas e jornadas de trabalho; necessidade de flexibilização de tarefas e horários para o seguimento do tratamento e/ou atividades de reabilitação (Costa et al., 2020).

No Brasil, segundo o site do Tribunal Superior do Trabalho (2025), a Constituição permite jornadas de trabalho de 8 horas, podendo chegar a 44 horas semanais, sendo que algumas

categorias cumprem horas diferenciadas. Dos participantes da pesquisa, 85,5% dos pacientes possuem algum trabalho remunerado e a maioria (38,2%) trabalha de 21 a 44 horas semanais, enquanto 21,1% trabalham mais de 44 horas semanais.

No site do Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho (2022), o número de afastamentos não acidentários por neoplasia no ano de 2022 foi de 72.761 pessoas, representando 5,88% do total de afastamentos.

Não encontramos dados sobre o índice de sobreviventes de câncer que permanecem ou não no emprego, que perdem o emprego após retornar ao trabalho ou após licença para tratamento. Mas a legislação não concede estabilidade de emprego ao paciente com câncer. Segundo o site da Oncoguia, o funcionário pode ser demitido logo após o retorno ao trabalho depois de alta médica, só podendo entrar com recurso caso fique evidente que houve discriminação, caso em que pode haver reintegração ou reparação por danos morais.

No entanto, sabe-se que o tratamento do câncer pode afetar habilidades tanto físicas quanto cognitivas, a depender do local, estadiamento e tratamento realizado. Assim, fica evidente que além das vulnerabilidades físicas e psíquicas, o câncer também gera vulnerabilidades socioeconômicas no campo do trabalho. Há, inclusive, o termo “toxicidade financeira” (Lentz et. al, 2018; Schroeder et al, 2019; Carrera et al, 2018) do tratamento de câncer, que se refere às perdas financeiras advindas como “efeitos colaterais” do câncer, seja pelos gastos com o tratamento, reabilitação e outras mudanças de vida, seja pela redução ou total perda de rendimentos causada pelo adoecimento. Por isso, é essencial considerar um cuidado integral que envolva a reabilitação física, psíquica, social e econômica do paciente. A responsabilidade pelo cuidado à saúde ultrapassa os limites do hospital, exigindo o envolvimento ativo da sociedade e do Estado.

Há também nas falas dos pacientes relatos relacionados ao luto vivido (“Além de já ter ansiedade e depressão anterior, depois que meu esposo faleceu no Ac Camargo - Antônio Prudente isso piorou bastante”) e antecipado (“Medo de morrer”). Na fala dos acompanhantes, principalmente dentre os que se sentiam ansiosos e/ou deprimidos, 50% atribuíram essa vivência ao adoecimento do familiar (“a doença do meu marido”, “o fato de minha mãe estar doente”, “o tratamento da minha esposa”). Embora não fique claro que é um processo de luto sabe-se que acompanhantes vivenciam o luto antecipado, além da sobrecarga física e emocional dos cuidados com o familiar (Correia, 2014; Delalibera et al., 2015).

O luto é um processo comum diante de mudanças significativas que são percebidas como perdas no mundo presumido, ocorrendo não apenas em casos de morte. Por exemplo, na fala de uma paciente, sua ansiedade tem a ver “com a dificuldade em retomar os planos de vida de antes do tratamento”. Nesse caso, houve nitidamente uma ruptura do mundo tal qual era conhecido para ela, então os planos de vida deveriam prosseguir os mesmos já que agora tenha passado e conheceu tantas outras coisas? O mundo presumido, aquele com o qual ela estava habituada e que considerava garantido, se desfez, exigindo a criação de novos mundos simbólicos, novos objetivos e novos significados para os planos de vida existentes ou, quem sabe, a formulação de novos planos de vida. Esses processos não são fáceis.

Outros mundos se manifestam nas falas dos pacientes, e são mundos temidos e/ou esperados: “ansiedade pelo fim do tratamento e o que poderá ocorrer no futuro”, “medo de adoecer novamente” – esses mundos que não existem senão como temor ou expectativa.

Esse mundo interno seguro que criamos, embora seja considerado fixo, é regido pela lei da impermanência, é constantemente modificado por novas informações e desafiado por acontecimentos que provocam mudanças importantes na vida, como é o caso de um diagnóstico de câncer ou morte de um familiar. A doença ou a morte modifica não apenas a vida daquele que passa pela experiência, mas também a vida dos que o cercam, como nas falas dos acompanhantes, quando atribuem seu estado de ansiedade e/ou depressão ao fato de “a mãe estar doente, instabilidade emocional do filho”, “a doença do meu marido”, “o tratamento da minha esposa”.

Observa-se uma forte presença da dimensão temporal nos autorrelatos dos pacientes ao indicar as razões pelas quais se sentem ansiosos ou deprimidos. Em contrapartida, acompanhantes e colaboradores mostram menor ênfase na questão temporal. Os pacientes utilizaram expressões cronológicas (“a cada 6 meses”), situaram eventos em um período específico ou relacionando o presente ao passado (“suportar o dia a dia como eu suportava”), além de expressarem expectativas, tanto implícitas quanto explícitas, com relação ao futuro (“incerteza de reincidência”, “se este não retornou”, “o que poderá ocorrer no futuro”, “retomar planos”, “próximos passos”, “preocupação com o futuro”, “expectativa de novo possível câncer”, “receio do resultado”, “medo de morrer”, “medo de adoecer novamente”, “vida futura”), sendo estes os mais prevalentes.

Ao refletir sobre esses dados, percebo que as experiências corporais relacionadas ao adoecimento, ao remeter à finitude, ressaltam a percepção do tempo como se a possibilidade

de “ser-no-mundo” estivesse voltada, em grande parte, para o futuro, futuro este que se encontra ameaçado pelo adoecimento. Essa perspectiva pode levar a maiores dificuldades em vivenciar plenamente o momento presente, clamando pela necessidade de cuidados paliativos e abrindo possibilidades até para a inserção de práticas integrativas como meditação e mindfulness, para minimizar o sofrimento emocional vivenciado por pacientes com câncer. Aliás, um estudo de revisão sistemática e metanálise publicado pelo Instituto Einstein sugere que o mindfulness, isolado ou combinado com outras intervenções, pode reduzir o estresse no tratamento de câncer de mama (Del Castanhel e Liberali, 2018).

O questionário incluiu uma questão destinada a identificar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes que se sentiam ansiosos e/ou depressivos (O que faz para se sentir melhor quando se sente assim?).

As estratégias de enfrentamento relatadas para estados de ansiedade e depressão são relacionadas a: buscar por profissionais de saúde e tratamento; aceitação e criação de significado; distração e negação (fuga); apoio familiar, social e espiritual. Os relatos são diferentes entre pacientes (Tabela 5), acompanhantes e colaboradores (Tabela 6).

Cada sujeito buscou suas formas de enfrentamento, dentro das suas possibilidades. Mas ressalta a grande ocorrência de estratégias diversionistas, de fuga, utilizando recursos muito primitivos e que, em médio e longo prazo não irão ajudar muito a pessoa a passar por esses processos de perdas e reinvenções do seu mundo, tais como ir dormir e ver televisão quando se sente muito triste. Faltam recursos emocionais e suporte para as pessoas passarem melhor por esse momento e lidarem de fato com seus sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 6 – Estratégias de enfrentamento dos Pacientes para quando se sentem ansiosos ou deprimidos

(continua)			
Buscar Profissionais de saúde e tratamento	Aceitação e criação de significado	Distração e negação (fuga):	Apoio social, familiar e espiritual
Pacientes			
“além do anti-depressivo q tomo á quase 24 anos, já tentei terapia por 14 anos, meditação e hipnoterapia”	“Busco esperar, ter paciência e conversar”,	“Pintar, ouvir música, ver filme ou série”; “	“Ficar com meus sobrinhos Ir para a igreja sair com os amigos”.

(conclusão)

Buscar Profissionais de saúde e tratamento	Aceitação e criação de significado	Distração e negação (fuga):	Apoio social, familiar e espiritual
“Faço tratamento com psiquiatra, psicóloga, tomo bupropiona, mas sigo depressiva, todos os dias após o falecimento dele”	“Tento fazer coisas que me reconectem com o momento presente e que me lembrem das vantagens de estar vivo”	“Tento me distrair com hobbies, mas tem sido difícil devido a mente não se desligar dos problemas virou um círculo vicioso”;	
“tomo remédio”	“e tento seguir em frente”	“viajar quanto possível”.	
		“quando possível viajar”	
		“deitar e dormir”	
		“durmo, assisto TV, ouço música, leio”	
		“Vejo memes”	
		“ouço música”	

Fonte: autoria própria.

Tabela 7 – Estratégias de enfrentamento dos acompanhantes e colaboradores para quando se sentem ansiosos ou deprimidos

Buscar Profissionais de saúde e tratamento	Aceitação e criação de significado	Distração e negação (fuga):	Apoio social, familiar e espiritual
Acompanhantes			
• atividade física • medicação antidepressiva • exercício físico	• pensar nos pontos positivos	• estudar • dormir	• Espiritualidade • Orar
Buscar Profissionais de saúde e tratamento	Aceitação e criação de significado	Distração e negação (fuga):	Apoio social, familiar e espiritual
Colaboradores			
• Meditação faço Yoga e hidroginástica		• trabalhos manuais origami artesanato	• chegar em casa e ficar com a minha família • vou a igreja gosto muito de orar

Fonte: autoria própria.

No grupo dos acompanhantes, foram utilizados recursos de resolução relacionados à medicação, autocuidado físico, distração, espiritualidade, aceitação (os sujeitos relataram numa mesma fala mais de um desses recursos): “atividade física e vou começar medicação antidepressiva”; “espiritualidade, estudar, exercício físico e dormir”; “Orar e pensar nos pontos positivos com relação ao diagnóstico da minha mãe, como o bom tratamento que está recebendo”.

Um dos relatos destacou uma experiência na qual uma pessoa alega dificuldade de enfrentamento por não haver conseguido acesso aos elementos que considera fundamentais para o processo no ambiente hospitalar. Entre esses recursos estão o atendimento por profissionais de saúde especializados, a disponibilidade de itens que o hospital não possui e práticas integrativas que, segundo ela, são importantes para proporcionar conforto físico e psicológico, tanto para si quanto para o paciente: “mais deprimida é estar frustrada e cansada do sistema. não tem uma cadeira com extensor de perna para relaxamento como em aeroportos nem como uma área reservada zen para relaxar. meu avô ficou 3 semanas internado e mesmo com aprovação dos médicos para a praça do colaborador para tomar sol, em nenhum momento a visita a praça ocorreu. não existe um apoio psicológico para familiares do paciente com câncer que foi oferecido até o momento”.

Essa fala especificamente suscita também uma questão que tem sido amplamente estudada na área de Estudos Pessoa-Ambiente, desde a década de 80, que é o conceito de “ambientes restauradores”. Trata-se da forma como o ambiente pode interferir no bem-estar e restaurar o sujeito do estresse, melhorando sua percepção do ambiente hospitalar. Ulrich (apud Silveira e Felipe, 2019) na Teoria do Design de Suporte, menciona o benefício de distrações positivas, como inserção de elementos naturais (jardins, vegetação, água). Estudos apontam para o fato de ambientes naturais (áreas verdes) terem funções restauradoras conferindo sensação de bem-estar, redução de estresse e conforto psicológico, e mesmo imagens ou vídeos projetados em TVs ou quadros de paisagens naturais tem algum potencial de restauração do estresse (Gressler e Günther, 2013).

Além disso, em espaços de saúde humanizados, pode haver menor uso de ansiolíticos e analgésicos, bem como doses menores que as usuais de medicamentos (Ulrich, 2008). Isso significaria não só menor possibilidade de efeitos colaterais de medicamentos para os pacientes, mas também que a humanização pode economizar recursos ao hospital. Quanto aos profissionais de saúde, a literatura relata menores ocorrências de doenças do trabalho em espaços humanizados (Wilson, 1972).

Para a acompanhante mencionada, especificamente o fato de o avô poder tomar sol e ir até a praça dos colaboradores, traria ganho de bem-estar. O ambiente físico hospitalar, assim sendo, deve ser parte do processo de humanização e de produção de saúde.

Os relatos dos colaboradores incluem recursos de enfrentamento relacionados a apoio social (“chegar em casa e ficar com a minha família quando tenho tempo”) e também de

resolução de problemas baseada em distração e espiritualidade, além do apoio familiar (“Prático já um bons anos Meditação faço Yoga e hidroginástica, faço muitos trabalhos manuais tbm origami artesanato me faz muito bem tranquilisa, vou a igreja gosto muito de orar e tbm planto plantinhas com meu filho minha benção, eu tenho uma válvula de escape mas ...”). No entanto, apesar da utilização de estratégias de enfrentamento variadas, nesse relato, percebe-se, na continuidade da fala dessa pessoa, que o estresse no ambiente de trabalho contribui para a intensificação e a perpetuação de estados de ansiedade e depressão (“O que me preocupa muito é ver o andar perdendo funcionários tão bons por que ninguém aguenta ou não suporta trabalhar mais neste andar estou muito triste e preocupada com meus colegas de trabalho e comigo pq quero sair neste setor, o Ac Camargo precisa urgente fazer mudanças neste andar”).

O estudo também buscou compreender em que momento dentro da vivência hospitalar o sujeito sentiu necessidade de um atendimento psicológico. Os relatos de pacientes, acompanhantes e colaboradores trazem principalmente tratamento, diagnóstico e realização de exames (Tabelas 7 e 8).

Andersen et al. (2014), nas recomendações finais da diretriz da American Society of Clinical Oncology (ASCO), adaptada da diretriz pan-canadense, coloca como recomendações de triagem para depressão os seguintes momentos: “consulta inicial, para diagnóstico, especialmente se essa for devido a reincidência ou progressão da doença ou ainda para encaminhamento para cuidados paliativos ou cuidados de final de vida”.

A diretriz Canadense (apud Andersen et al., 2014) sugere uma triagem mais ampla, incluindo:

diagnóstico inicial, início do tratamento, intervalos regulares durante o tratamento, fim do tratamento, pós-tratamento ou na transição à sobrevivência, na recorrência ou progressão, doença avançada, próximo a morte e durante períodos de transição ou reavaliação pessoal, como crise familiar, durante a sobrevivência pós-tratamento e ao se aproximar da morte.

Os relatos de necessidade de atendimento psicológico por parte dos sujeitos da pesquisa faz pensar que a diretriz Canadense engloba as demandas relatadas, pois estas se referem a todo o processo desde o diagnóstico inicial (inclusive na pesquisa anterior, antes mesmo do diagnóstico inicial, foi encontrada alta prevalência na amostra de ansiedade), passando pelos acompanhamentos, realização de exames, cirurgias, tratamentos (quimioterapia, radioterapia) e pós-tratamento (reabilitação, luto, recidiva, cuidados paliativos).

Seria possível identificar o momento exato e propício em que uma pessoa no ambiente hospitalar precisa de um atendimento psicológico? Nesse contexto, trazemos à tona o conceito de Kairós, afinal, seria no diagnóstico ou após? No tratamento? Na primeira sessão de quimioterapia? Em exames de acompanhamento?

As respostas dos participantes nos fazem pensar que o instante Kairológico é diferente para cada um. Alguns pacientes relataram ter precisado de atendimento psicológico em momentos distintos, outros sentiram que nunca precisaram, outros que precisavam “agora”, “hoje”.

Para a psicologia hospitalar, o instante kairológico é aquele em que a vivência do sofrimento precisa de espaço para a manifestação da subjetividade. A função da Psicologia, como explica Simonetti, não é curar, erradicar doenças ou eliminar sintomas, mas agir “no âmbito da relação do paciente com seu sintoma” (Simonetti, 2013, p. 20). Sua função é entender o que o sintoma está representando, qual vivência está acontecendo, como ela repercute na vida da pessoa, de que modo causa sofrimento, acolher e validar o sofrimento da pessoa, enfim, ouvir! A partir da escuta, da anamnese realizada, o psicólogo, vai, então, entender os processos psíquicos do adoecimento daquela pessoa em específico para formular um plano de cuidado e acompanhamento condizentes com suas necessidades.

Quando uma pessoa diz que sentiu que precisava de atendimento psicológico “após tentativa de suicídio” ou para “controle de ansiedade e controle da vontade de cometer suicídio”, nos perguntamos por que no Brasil a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e a Sociedade Brasileira de Psicooncologia não disponibilizam diretrizes para triagem, avaliação e tratamento de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos? Das 77 pessoas que responderam como pacientes do hospital, duas relataram ter precisado de atendimento psicológico relacionado a suicídio, uma após tentativa e outra manifestando ideação suicida. Pesquisas apontam que o risco de suicídio entre pacientes com câncer é pelo menos quatro vezes maior do que na população em geral (Zaorsky et al., 2019) e há indícios de que haja associação entre histórico de câncer e ideação suicida (Mwobobia et al., 2025).

Tabela 8 – Momento que mais precisou de atendimento psicológico no ambiente hospitalar

Pacientes
• agora/hoje • antes cirurgia • após diagnóstico • pré-exames de acompanhamento • após realização de procedimento • após realização de exames • após resultado de exames • após tentativa suicídio/ vontade de cometer suicídio • cirurgias • após completar 1 ano de tratamento • não sentiu necessidade • controlar ansiedade • condição imposta pela doença (zumbido ouvido) • quimioterapia/ pós quimioterapia • voltar a vida normal • diagnóstico • durante internação na uti (relata atendimento psicológico tanto a ela quanto à família) • tratamento/ plano de tratamento • na sala de espera • recuperação • internação • mudança de fase • Primeiras consultas/exames iniciais • Radioterapia • Pós-tratamento • Em momentos decisivos • Pós-operatório imediato

-
- Reabilitação
 - Luto
 - Pré-diagnóstico
 - Stress no trabalho
 - Biópsia
 - Buscar resultado exame
 - Investigação e confirmação de recidiva
 - Ao lidar com recidiva de outrem
-

Fonte: autoria própria.

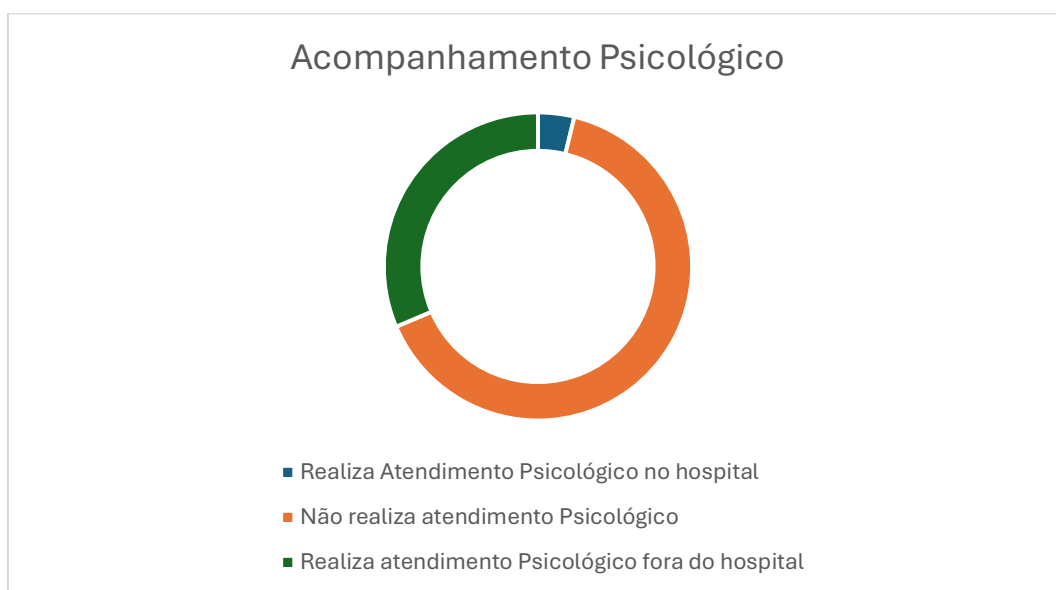
Tabela 9 – Momento que mais precisou de atendimento psicológico no ambiente hospitalar

Acompanhantes	Colaboradores
• Cirurgia / anestesia/ espera, pré-cirurgia • Consulta médica • Internação (UTI): durante e após • Durante complicações de saúde • Em todo processo: solicita orientação sobre fala no tratamento esposa • Não precisou (4) • Pressão familiar • Radioterapia • luto pais, sensação de perda de tempo e angústia de acompanhar • Diagnóstico próprio diagnóstico de familiar • Prognóstico ruim do acompanhado • Em caso de encaminhamento para cuidados paliativos	• durante sobrecarga de trabalho • erros cometidos • ao tentar cumprir meta de tempo de espera de senha • sentimento de solidão e falta de escuta • excesso de tarefas administrativas • excesso de cobrança

Fonte: autoria própria.

Dos participantes da pesquisa, 35,2% realizam acompanhamento psicológico, sendo 40% dos pacientes, 21,7% dos acompanhantes e 33,4% dos colaboradores. 71,6% não realiza nenhum acompanhamento psicológico. Realizam no hospital 4,2% e realizam fora do hospital 35,3%. Dos 77 pacientes que participaram da pesquisa, 30 fazem acompanhamento psicológico e apenas 3 o fazem no hospital (Figura 8).

Em outros termos, a maioria dos participantes não realiza acompanhamento psicológico (64,8%). Dos que realizam acompanhamento psicológico, 31,4% o faz fora do hospital (Figura 5). No hospital, temos 4 pacientes (4%) e 1 colaborador (16,7%) em atendimento. 81,3% dos participantes nunca foram atendidos pelo setor de psicologia do hospital, sendo que destes, 75% são pacientes que nunca foram atendidos pelo setor de psicologia do hospital e 80% dos pacientes não conhecem o setor de saúde mental. 97,4% dos acompanhantes também não sabiam da existência do setor. 48,5% dos participantes gostariam de passar por atendimento psicológico com a equipe do hospital e 24,8% não sabe se gostaria.



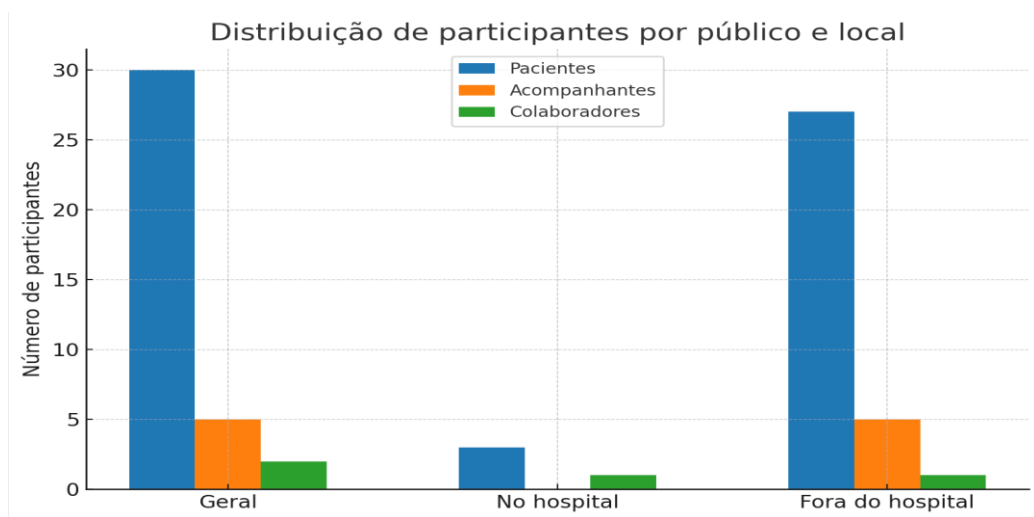
Fonte: autoria própria.

Figura 7 – Realização de acompanhamento psicológico.

Um dado que chama atenção é o desconhecimento relatado pelos pacientes do setor de saúde mental do hospital: 80,5% dos pacientes responderam que não conhecem o setor de saúde mental do hospital, 75,5% nunca foram atendidos pelo setor de psicologia do hospital, 52,8% gostariam de ser atendidos pelo setor de psicologia do hospital e 26,4% não sabem se gostariam de ser atendidos pelo setor de Psicologia do hospital. Na Figura 9, podemos ver que os números de pacientes que gostariam de ser atendidos (considerando os que responderam

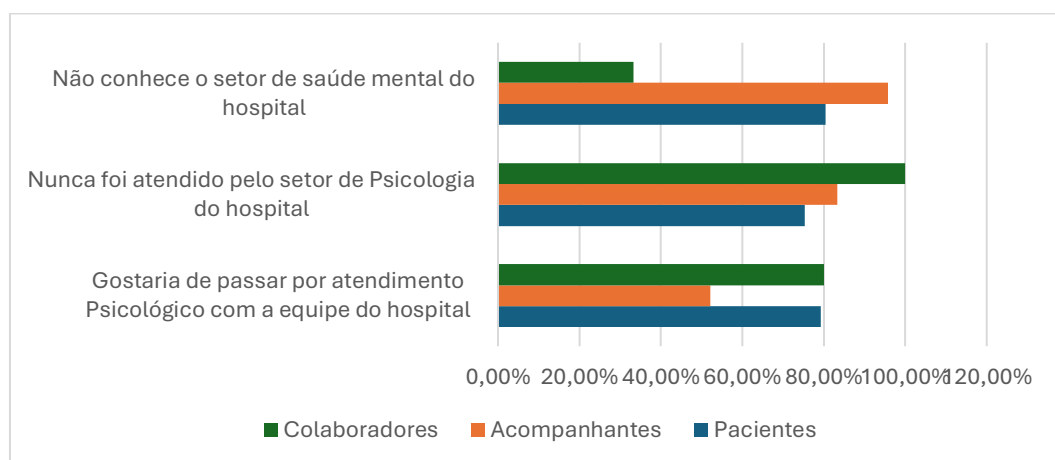
sim e não sei) chega a 80%, enquanto o de acompanhantes passa de 50%. O número de colaboradores em 100% é devido a apenas 1 pessoa ter respondido.

Isso mostra que há demanda reprimida pelo setor de saúde mental do hospital, enquanto a falta de conhecimento da sua existência pode estar escondendo ainda mais a vontade das pessoas de serem atendidas pelo setor. Há pacientes desassistidos, o que é preocupante e mostra que o atual fluxo de envio de casos ao setor de saúde mental não está sendo adequado. Por outro lado, há oportunidade de crescimento para o hospital, que poderia auferir ganhos de atendimentos que não estão sendo realizados, mas sobre os quais há grande demanda.



Fonte: autoria própria.

Figura 5 – Participantes que realizam acompanhamento psicológico divididos por grupo (pacientes, acompanhantes e colaboradores) e local de realização de Psicoterapia



Fonte: autoria própria.

Figura 6 – Número de pessoas que não conhecem, nunca foram atendidos pelo setor de saúde mental do hospital e gostariam de passar com a equipe de psicologia do hospital.

Finalmente, além dos pacientes, acompanhantes e colaboradores, uma pessoa participou colocando que estava no hospital como “outro”: não se identificava nem como paciente, nem como acompanhante, nem como colaborador, e é uma mulher que não se sente ansiosa ou deprimida. É improvável que ela tenha ansiedade ou depressão segundo a escala HADS, relata trabalhar mais de 44 horas semanais, que nunca teve diagnóstico de câncer, não faz acompanhamento psicoterápico, mas diz que sentiu necessidade de atendimento psicológico quando “fui retirar resultado de exames”, apesar de que não sabe se gostaria de ser atendida pelo setor de saúde mental do hospital.

Voltemos a nosso objetivo principal: propor fluxo para rastreamento de ansiedade e depressão.

A princípio, acreditamos que o recurso do acesso ao QR Code é viável e útil para o rastreamento, o que poderia ser ajustado de acordo com os dados obtidos na coleta de dados:

- A partir dos dados pudemos verificar que há demanda instantânea para o setor de saúde mental, logo esse serviço de emergência psicológica poderia ser oferecido pelo setor a partir de plantão psicológico de acesso livre a pacientes que desejassem atendimento pontual.
- Percebemos também que a autopercepção dos participantes indica que eles têm consciência de seus estados emocionais. Por isso, sugerimos a instalação de displays fixos em todas as salas de espera do hospital, com perguntas direcionadas a autopercepção de ansiedade e depressão em vez da utilização da escala HADS num primeiro momento.
- Outro dado que fica claro é o desconhecimento sobre a existência do setor, o que demonstra falta de letramento em saúde mental no quesito de desconhecimento de acesso. O hospital oferece agendamento via site, no entanto, será que há divulgação suficiente? E será que há divulgação suficiente aos pacientes por parte da equipe de saúde, e também entre colaboradores, sobre a importância da saúde mental no processo oncológico no ambiente hospitalar? A questão é levantada diante do elevado número de pessoas que relataram desconhecer o setor, fato que leva a pensar sobre a importância de oferecer informações sobre saúde mental e modos de acesso facilitados, inclusive utilizando a tecnologia de QR Code.

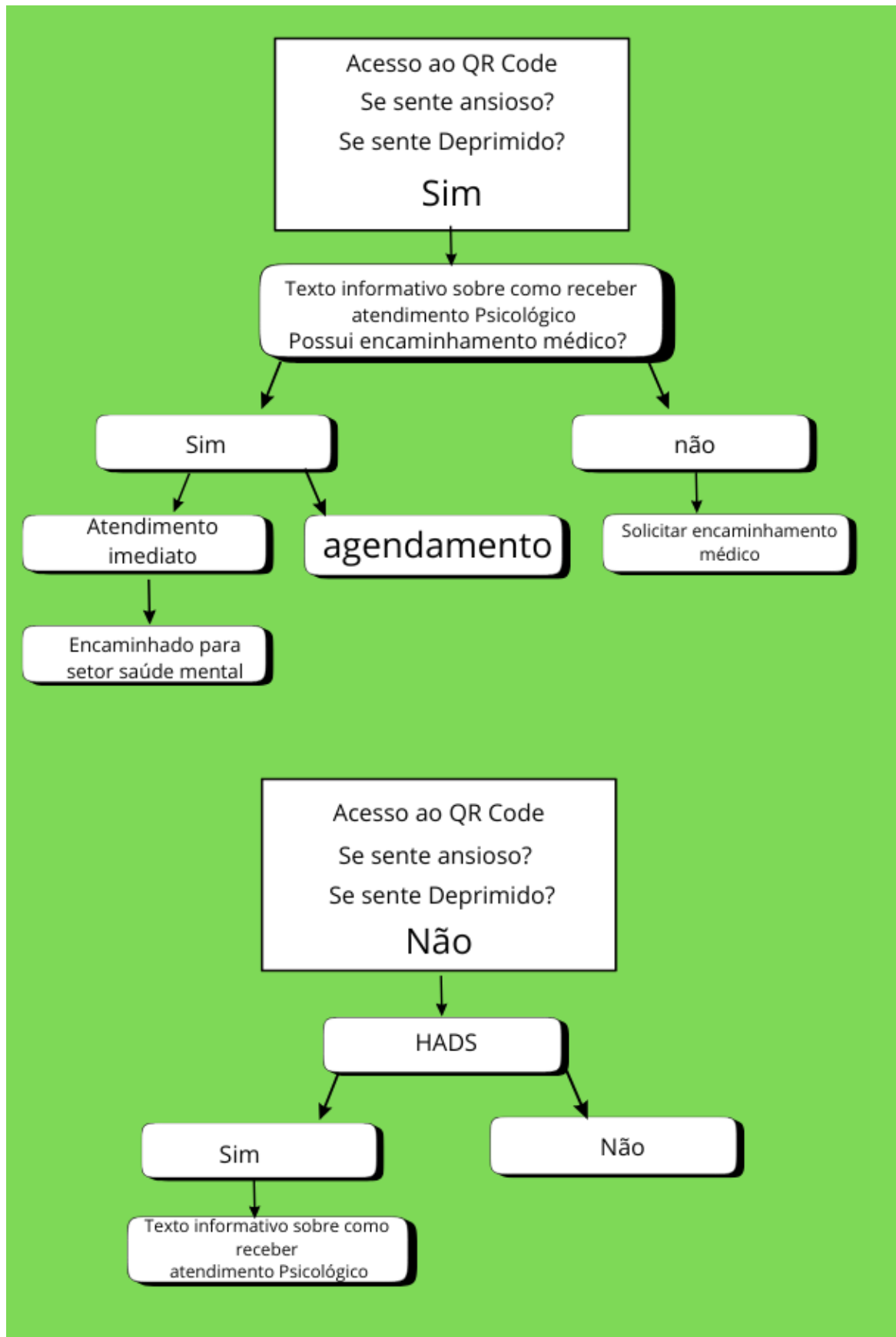
O letramento em saúde mental é um fator crucial para a redução do estigma e para o fortalecimento da autonomia dos usuários dos serviços oncológicos. Pessoas com maior nível de letramento tendem a reconhecer precocemente sinais de sofrimento psicológico, buscar ajuda com mais facilidade e aderir a tratamentos com maior eficácia (Wei et al., 2015). Em contrapartida, baixos níveis de letramento dificultam o reconhecimento da necessidade de cuidado, prolongam o sofrimento e favorecem a cronificação de quadros emocionais (Lam, 2014).

Assim, o acesso espontâneo aos conteúdos digitais sobre saúde mental nas salas de espera pode ser compreendido como uma ação promotora de cidadania em saúde e um indicativo de que há espaço, naquele contexto, para práticas educativas voltadas à ampliação da consciência e do engajamento em relação ao cuidado psicológico no ambiente hospitalar.

Nesse caso, a utilização dos QR Codes transcenderia seu caráter instrumental, assumindo também uma função formativa, ao facilitar o contato com informações qualificadas sobre saúde mental específica para o paciente oncológico e para as pessoas que lidam com a oncologia no seu cotidiano (caso dos colaboradores e acompanhantes). Essa ação poderá contribuir para o fortalecimento da cultura de cuidado integral e da humanização, ao aproximar os usuários de conhecimentos que ampliam sua capacidade de compreender e cuidar de si mesmos dentro e fora do ambiente hospitalar.

O desenho proposto de fluxo se daria da seguinte forma geral, devendo obviamente passar por aprovação da equipe de saúde mental, que não se manifestou contrária em nenhum momento. A partir do acesso ao QR Code, ou mesmo de display eletrônico que até dispensaria o uso dos celulares, a primeira tela seriam as perguntas referentes a como a pessoa se sente, caso afirmativo para ansiedade ou depressão, abre janela de informações sobre como obter atendimento psicológico. Em seguida, se possui pedido médico, se sim, tela sobre se gostaria de agendar, se não, tela de gostaria de solicitar. O ideal seria oferecer tanto atendimento imediato, quanto atendimento agendado. Caso a autopercepção fosse não estar ansioso ou deprimido, abriria janela com HADS, se improvável para ansiedade e depressão, não segue adiante, se possível ou provável, abre janela informativa sobre como receber atendimento psicológico (Tabela 11).

Em todos os casos, as informações obtidas seriam encaminhadas ao setor de saúde mental para que esteja ciente dos solicitantes de atendimento e possa coordenar ações junto ao público das salas de espera.



Fonte: autoria própria.

Figura 10 – Proposta para Fluxo de Rastreamento de Ansiedade e Depressão.

6 RECOMENDAÇÕES

Embora o hospital receba cerca de 100.000 pacientes por ano (AC CAMARGO CANCER CENTER, 2025), apenas 735 pacientes são atendidos mensalmente (cerca de 8.820 anualmente) pelo setor de psicologia — o que equivale a cerca de 8,8 % do total anual. Desses, a amostra de 107 participantes correspondeu a aproximadamente 14,6 % do público mensalmente atendido e a apenas 1,2% do total anual de pacientes. Sob a ótica estritamente quantitativa, esses percentuais podem comprometer a representatividade estatística e a margem de erro aceitável para recomendações amplas. Por outro lado, sob perspectiva qualitativa fenomenológica, tal amostra pode atingir a saturação de sentidos esperada embora o reconhecimento da limitação de generalização. Dessa forma, as conclusões devem ser vistas como provisórias, inclusive devido ao estudo ser transversal, então sugiro novas coletas com amostras maiores em pesquisas futuras para acompanhamento, validação e expansão das propostas de intervenção.

A partir dos dados qualitativos coletados e das demandas dos membros da banca por sugestões práticas que poderiam reduzir custos na implementação do fluxo proposto faço as seguintes recomendações:

1. **Estabelecer estágios em Psicologia Hospitalar em parceria com universidades**

A inclusão de acadêmicos em estágios supervisionados em hospitais amplia o número de atendimentos e enriquece a formação profissional (SANTOS; PINTO, 2019). Experiências como a do Hospital Dr. Arnaldo, em São Paulo, demonstram que estagiários contribuem significativamente para o acolhimento e rastreamento de sintomas, enquanto desenvolvem competências clínicas sob supervisão (NASCIMENTO; SILVA, 2017). Assim, o A.C. Camargo, atuando como Cancer Center de referência, poderia firmar convênios com cursos de Psicologia para suprir parte da demanda de rastreamento de ansiedade e depressão, reduzindo custos de contratação e integrando ensino e serviço.

2. **Encaminhar casos leves para práticas integrativas e para grupos de apoio**

Após o rastreio inicial por estagiários ou psicólogos, pacientes com sintomas moderados de ansiedade e depressão poderiam ser direcionados a práticas integrativas (meditação, arteterapia, Reiki etc.), já comprovadas como eficazes na redução de sofrimento psíquico e promoção de bem-estar (CARLSON; GARLAND, 2005; CRAMER et al., 2016). Essas intervenções, oferecidas sem custo ao hospital, também poderiam estender-se

aos acompanhantes, ampliando o impacto terapêutico e fortalecendo a rede de suporte emocional. Além disso, poderiam ser criados na instituição, com apoio do Setor de Saúde Mental e também sem grandes custos adicionais ao hospital, grupos de apoio de pacientes liderados pelos próprios pacientes ou por ex-pacientes, bem como grupos de apoio de acompanhantes e de colaboradores, em que os participantes poderiam se beneficiar das trocas de experiências e sentimentos uns com os outros.

3. Fortalecer a divulgação do setor de saúde mental junto a colaboradores e pacientes

Verificou-se desconhecimento generalizado sobre o serviço (menos de 10 % de uso efetivo). Estudos mostram que campanhas de educação em saúde mental aumentam a literacia e o engajamento dos usuários (JORM, 2000; WHO, 2013). Recomenda-se iniciar a promoção pelo próprio corpo clínico e administrativo, capacitando “multiplicadores” internos (EBERT et al., 2015) que informem pacientes e acompanhantes sobre meios de acesso ao fluxo de rastreio e às práticas integrativas. Além da utilização dos QR Codes para informações sobre saúde mental específica para o público oncológico produzida pela equipe de saúde mental do hospital.

7 LIMITAÇÕES E VIÉS DE PESQUISA

7.1 Limitações da pesquisa

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar seus resultados e ao planejar investigações futuras.

Primeiramente, o tamanho da amostra do estudo, que foi obtida por conveniência e não é representativa do todo, sobretudo em relação aos subgrupos, limitando a capacidade de generalização dos achados. Quando se analisam apenas os aspectos quantitativos, observa-se, por exemplo, que apenas seis respondentes se identificaram como colaboradores e apenas um como “outro”, números que não representam adequadamente nem o hospital como um todo, nem a unidade analisada.

Em segundo lugar, optou-se por manter o questionário relativamente enxuto de modo a não comprometer a adesão dos participantes. Essa escolha, entretanto, implicou na exclusão de informações clínicas relevantes — por exemplo, tipo de câncer e estadiamento —, que poderiam ser importantes para a concepção de um fluxo de rastreamento mais preciso e individualizado. A falta desses dados também impediu uma análise mais detalhada sobre a relação entre características clínicas e sintomas de ansiedade ou depressão.

Adicionalmente, a natureza transversal do estudo também limita seu espelhamento da realidade. Embora a literatura reconheça padrões comuns de sofrimento psíquico em pacientes oncológicos, cada experiência de doença é singular, o que reforça não apenas a importância de um protocolo de rastreamento, mas também a necessidade de acompanhamentos longitudinais que capturem a dinâmica temporal dos sintomas.

Outro ponto crítico foi a impossibilidade de diferenciar a unidade ou a sala de espera de cada participante no momento da coleta. Sem essa informação, não é viável determinar em qual setor hospitalar houve maior engajamento com os QR Codes ou quais salas apresentaram menores índices de resposta, limitando insights sobre áreas de maior vulnerabilidade ou necessidade de intervenção mais imediata.

Ainda, é importante destacar que, como o objetivo principal era propor um fluxo de rastreio de ansiedade e depressão, o objetivo de verificar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão ficou como secundário, subordinado. O que quer dizer que há viés nos dados de prevalência, que dizem respeito apenas à população de pessoas que tiveram interesse

em acessar o QR Code e responder o questionário e a escala, e não a toda a população que frequenta o hospital. Ou seja, não é possível extrapolar os dados de prevalência encontrados no estudo para toda a população que frequenta o hospital, seja como pacientes, acompanhantes ou colaboradores.

Por fim, o prazo de coleta de dados foi reduzido de 30 para apenas 16 dias devido a atrasos na aprovação ética e aos prazos de conclusão do mestrado. A curta duração da coleta pode ter impactado tanto o número de respondentes quanto na diversidade de perfis alcançados, contribuindo para o caráter pontual e preliminar dos resultados.

Em conjunto, essas limitações ressaltam a necessidade de estudos subsequentes com amostras maiores, questionários mais abrangentes, desenho longitudinal e coleta de dados detalhada por setor. Tudo de modo a aprimorar a representatividade, a riqueza das informações clínicas e a capacidade de generalização das recomendações de rastreamento de ansiedade e depressão no contexto hospitalar.

7.2 Vieses

Na perspectiva fenomenológica, não há como conceber um "fato em si", uma "vivência em si" ou mesmo uma "consciência em si" isolada da experiência. Tudo o que é percebido ou pensado emerge sempre em relação a uma consciência que percebe e que pensa — ou seja, um objeto só pode ser compreendido na medida em que é experienciado por alguém. Essa premissa fundamental implica que toda pesquisa, mesmo no campo da saúde, é atravessada pela subjetividade de quem a realiza. A consciência que vivencia ou investiga determinado fenômeno é única, situada e irreduzivelmente singular. Isso significa que não há neutralidade possível: cada sujeito interpreta os dados a partir de seus próprios referenciais teóricos, experiências pessoais, afetos e modos de ser-no-mundo (Silva, 2018; AmatuZZi, 1996).

Nesse sentido, há na pesquisa um viés da pesquisadora próprio de pesquisas em fenomenologia, embora o viés seja frequentemente apontado também como um problema em abordagens quantitativas ou positivistas. Esse viés é aqui entendido não como um erro metodológico a ser eliminado, mas como parte constituinte e reveladora do processo de investigação. Não o encaro como um desvio, mas um modo de abertura para o mundo, um estilo de aproximação da realidade que, ao ser reconhecido e tematizado, enriquece a análise ao invés de empobrecê-la.

Como psicóloga, meu olhar sobre os dados é necessariamente atravessado pela formação na Psicologia Humanista e pelos fundamentos da Fenomenologia Existencial. Esse viés orienta não apenas a escolha do objeto de pesquisa, mas também o modo como os fenômenos são abordados, compreendidos e interpretados. Caso os mesmos dados fossem coletados e examinados sob a ótica da Psicanálise ou da Teoria Cognitivo-Comportamental, haveriam outros instrumentos de coleta, outras categorias teóricas e outros sentidos emergiriam na análise, produzindo leituras distintas e igualmente legítimas, ainda que diferentes.

Reconheço esse caráter interpretativo situado na análise, inclusive o considero um gesto de rigor epistemológico e de coerência com o método fenomenológico. E não tenho a pretensão de objetividade absoluta, ou verdade absoluta, pois como psicóloga, minha preocupação é legitimamente com as pessoas que se encontram ansiosas e deprimidas, privadas de escuta e acolhimento. Nesse sentido me encontro, obviamente, implicada no campo investigado.

No contexto da pesquisa, essa consideração se torna ainda mais relevante. Acredito que o adoecimento, o sofrimento psíquico e a busca por cuidado não podem ser reduzidos a variáveis isoladas ou a dados padronizados. Embora tenhamos dados quantitativos, acredito que é preciso escutar o vivido em sua complexidade, atentarmo-nos às demandas trazidas, o que exige que eu reconheça não apenas o viés dos sujeitos participantes, mas também o meu próprio.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram ambiciosos, especialmente no que diz respeito à proposta principal: a proposição de um fluxo de rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em ambiente ambulatorial. Acredita-se que esse objetivo tenha sido alcançado em parte, primeiro ao demonstrar que um recurso simples, como o uso de QR Codes, pode ser eficaz para facilitar o acesso das pessoas a informações sobre os serviços de saúde mental e também para que possam requisitar atendimento. Segundo, por ter despertado o interesse do gestor por sua efetiva implementação, como se viu na banca de defesa deste trabalho. Contudo, a efetiva **implementação** de um fluxo sistematizado para além de uma proposta de fluxo demandaria um trabalho conjunto e de médio prazo, impossível no escopo e no tempo de um mestrado, de alinhamento com as equipes de saúde mental, equipes multidisciplinares, equipes médicas, além do envolvimento e validação por parte das diversas instâncias administrativas e diretorias do hospital, considerando que tais setores estariam diretamente implicados na implementação e sustentação dessa proposta.

Quanto ao objetivo de verificar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre as pessoas que frequentam as salas de espera, apesar da disponibilização dos QR Codes, o número de acessos e respostas pode não refletir de maneira precisa os índices reais desses sintomas na população atendida. É possível que o tempo de exposição dos materiais, a agilidade do atendimento nessas áreas ou mesmo os estigmas ainda associados à temática da saúde mental tenham impactado a adesão. Ainda que a amostra tenha sido numericamente pequena diante do grande fluxo de pacientes — estimado em cerca de 100 mil por ano, segundo dados do site do A.C.Camargo Cancer Center —, os dados qualitativos obtidos se mostram significativos, sobretudo pelas manifestações expressas nas falas dos participantes. Esses resultados reforçam a importância de se realizar um rastreamento mais amplo e sistemático, por se tratar de uma informação fundamental para o desenvolvimento de ações preventivas em saúde mental.

O objetivo de verificar o interesse espontâneo das pessoas pelo tema da saúde mental foi atingido, uma vez que houve 258 acessos espontâneos aos QR Codes. Embora não seja possível afirmar os motivos pelos quais alguns participantes não concluíram o percurso proposto — o que pode ter ocorrido por fatores diversos, como o chamado para consultas ou exames, ou até mesmo por posterior desinteresse ao verificar “a burocracia” do TCLE da pesquisa —, é

relevante destacar que 107 pessoas responderam ao questionário, que incluía perguntas abertas e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Essas respostas revelaram importantes relatos de dificuldades, sofrimentos e também de recursos utilizados pelos participantes que compartilharam suas dores e vulnerabilidades de forma sensível.

A avaliação da viabilidade do fluxo de rastreamento proposto, considerando a estrutura e os protocolos institucionais do hospital, foi parcialmente alcançada. A proposta mostrou-se compatível com os recursos existentes e foi, inclusive, aplicada de forma parcial. No entanto, não foi possível testar a logística de continuidade do fluxo, o que impossibilita, neste momento, afirmar como seria a recepção e o encaminhamento dos pacientes pela equipe de saúde mental a partir dessa triagem.

Em relação ao objetivo de correlacionar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão com variáveis demográficas, foi cumprido integralmente, e os dados da amostra analisada indicaram ausência de correlação significativa entre essas variáveis.

A verificação da autopercepção dos participantes em relação aos estados de ansiedade e depressão também foi cumprida e revelou que, assim como em estudo anterior realizado no mesmo hospital, houve associação entre os sintomas relatados e a percepção dos próprios sujeitos. Isso sugere que os indivíduos, de modo geral, conseguem identificar quando estão em sofrimento psíquico, e que essa percepção subjetiva deve ser valorizada e considerada como indicativa para averiguações em saúde mental.

O objetivo de identificar os motivos autorrelatados que levam os indivíduos a se sentirem ansiosos e/ou deprimidos também foi atingido. Os participantes relataram diversas causas, sendo metade delas diretamente relacionadas ao processo de adoecimento pelo câncer — como medo de recidiva, progressão da doença, diagnóstico, tratamento e exames — e a outra metade associada a fatores indiretos, como rotina, jornada de trabalho, questões de saúde mental preexistentes e experiências de luto que podem ser agravadas com o diagnóstico e tratamento de câncer.

Quanto à análise da relação entre os sintomas de ansiedade e depressão e a realização ou tempo de psicoterapia, que foi efetivamente realizada, os dados não indicaram correlação significativa. Contudo, é importante observar que não se pôde verificar se os participantes estavam sendo acompanhados por profissionais especializados em psico-oncologia ou se apresentavam histórico de sofrimento psíquico anterior ao adoecimento oncológico. Além disso, entende-se que estados de ansiedade e depressão podem, muitas vezes, ter natureza

existencial e situacional, o que justifica a proposta de rastreamento como uma forma de acolher essas manifestações de maneira pontual e sensível, impedindo desfechos de adoecimento no campo psíquico.

O objetivo de identificar as estratégias utilizadas pelos próprios indivíduos para lidar com seus sentimentos foi atingido, com os participantes relatando diversas formas de enfrentamento. Entre elas, destacou-se a distração como a estratégia mais mencionada, ainda que reconhecidamente mais rudimentar.

No que se refere ao desejo das pessoas em receber atendimento psicológico no hospital, o objetivo foi alcançado, revelando que mais de 50% dos participantes que não haviam passado por atendimento psicológico expressaram vontade de recebê-lo.

O objetivo de **propor** um protocolo de triagem e encaminhamento para possíveis casos de ansiedade e depressão foi atingido, e de forma ainda mais significativa após a banca de defesa, quando houve sinais de que a proposta poderia ser até **implementada** de fato. Na ocasião, o gestor do A.C. Camargo Cancer Center demonstrou interesse não só na proposta, mas em implementar um fluxo de rastreio e também de colaborar com a equipe de saúde mental na construção de um fluxo que permita às pessoas nas salas de espera terem acesso mais direto ao atendimento especializado. Na mesma ocasião, foi determinado o atendimento de todos os pacientes rastreados neste estudo.

Por fim, o objetivo de pensar as salas de espera como espaços potencialmente humanizadores, capazes de minimizar sintomas de ansiedade e depressão — tomando como referência, inclusive, as estratégias de enfrentamento relatadas pelos próprios sujeitos — foi parcialmente atingido. Após a defesa, uma reunião com o responsável pelas Práticas Integrativas em Oncologia abriu possibilidades para futuras intervenções nesses espaços, ampliando a proposta para além da simples distração, com o potencial de promover experiências mais enriquecedoras e acolhedoras para os pacientes.

Assim, a maior parte dos objetivos do estudo foi alcançada e há a possibilidade até mesmo de a proposta de fluxo ser, de fato, implementada, extrapolando positivamente o objetivo principal do estudo, mas estando de acordo com o desejado por esta pesquisadora, que é o acolhimento às pessoas em sofrimento.

Por fim, é importante tratar de uma importante barreira observada para a implementação do fluxo e para o próprio acolhimento das pessoas em sofrimento: as normas das seguradoras de saúde, que exigem um pedido médico para que o paciente tenha acesso ao

atendimento psicológico. Essa exigência não só acaba deixando, na prática, o paciente desassistido, pois constatamos que muitas pessoas que precisam de cuidado não estão sendo encaminhadas, como acaba tornando todo o cuidado, que se pretende centrado no paciente e multidisciplinar, preso a um modelo médico-centrado, pouco humanizado e que termina por valorizar muito mais os aspectos biológicos do que os psicoemocionais das pessoas – ou seja, o “cure” em detrimento do “care”. Mais uma vez, a proposta em teoria é de cuidado centrado no paciente, mas, aparentemente, o cuidado ainda parece mais centrado na tecnologia ou nas formas de pagamento do que na pessoa.

Outro aspecto que merece menção é a limitação do espaço físico, aparentemente insuficiente para expansão dos atendimentos psicológicos ambulatoriais.

Esses aspectos evidenciam a necessidade de rever práticas institucionais que possam limitar o acesso ao cuidado, comprometendo a saúde das pessoas e os processos de humanização no ambiente hospitalar. É importante, sim, olhar para o câncer, mas nos parece ainda mais importante enxergar a pessoa com câncer, na sua integralidade, no seu Kairós.

9 REFERÊNCIAS

A.C.Camargo Cancer Center. Mestrado profissional 2024. São Paulo: A.C.Camargo Cancer Center; 2024. Disponível em: <https://accamargo.org.br/ensino/mestrado-profissional-2024>. [2025 31 mar].

AC Camargo Cancer Center. Quem somos. São Paulo: AC Camargo Cancer Center; [2025]. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/sobre>. [2025 28 mai].

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, Flaiban C, Bomben F, Piccinin M, Gipponi KM, Mariutti G, Busato S, Mella S. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020 Aug;28(8):3921-3926. doi: 10.1007/s00520-019-05244-8. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31858249.

Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May;32(15):1605-19. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4611.

Andrade CB. O caminho e as suas etapas: as quatro nobres verdades (catvaryaṛyasatyaṇi), o nobre óctuplo caminho (āryāṣṭāṅgikamarga) e os estágios dos buscadores. *Kriterion*. 2016 abr;57(133):105-25. doi: 10.1590/0100-512x2016n13305cba.

Araújo MCG, Palotti GM, Carvalho JGN, Gontijo JGC, Silva PPDF, Tanuri TB, et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e investigação de dor total. *REAS*. 2024 ago;24(8):e17131. doi: 10.25248/reas.e17131.2024

Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Abril; 1984.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004 set;13(3):16-29. doi: 10.1590/S0104-12902004000300003.

Ayres JRCM. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sentidos_integralidade.pdf. [2025 29 mai].

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(14):73–92. doi: 10.1590/S1414-32832004000100006.

Bello A, Garrafa V. Crítica à instituição médica moderno-industrial a partir do microssistema linguístico de Ivan Illich. *Saúde Debate*. 2018 mar;42(116):263-73. doi: 10.1590/0103-1104201811621.

Bergerot CD, Ferreira LN, Molina LNM, Pagung LB, Pedersen BDS, de Andrade TG, et al. Fear of cancer recurrence among Brazilian patients with cancer: Translation and cultural adaptation of FCR4/7 and FCRI-SF measures. *J Psychosom Res*. 2023 Feb;165:111125. doi: 10.1016/j.jpsychores.2022.111125.

Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*. 2014 ago;19(2):187-97.

Bergerot CD, Philip EJ, Bergerot PG, Siddiq N, Tinianov S, Lustberg M. Fear of Cancer Recurrence or Progression: What Is It and What Can We Do About It? *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2022 Apr;42:1-10. doi: 10.1200/EDBK_100031. PMID: 35561298.

Bergerot CD, et al. Implementation of a psycho-oncology program according to international recommendations applied in a Brazilian public service. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2017;22(4):350–7. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000400002. [2025 06 jun].

Bergerot CD, et al. Current landscape of psychosocial distress screening programs in cancer centers: an integrative review. *Psycho-Oncology*. 2023;32(1):122–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.6051>. [2025 06 jun].

Berrios GE. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2012 set;15(3):590-608. doi: 10.1590/S1415-47142012000300011.

Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulus; 2002.

Borges MG, et al. Percepção do cuidado centrado no paciente: relação com qualidade de vida e adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2021;74(supl. 5):e20201023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1023>. [2025 06 jun].

Branco PCC. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Revi Abordagem Gestalt.* 2014 dez;20(2):189-97.

Brandão JS. Mitologia Grega: volume 1. Petrópolis: Vozes; 1986.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2023 20 dez.

BRASIL. Ministério da Infraestrutura. Guia do Passageiro. Disponível em: <http://antigo.infraestrutura.gov.br/novoguiadopassageiro/check-in-e-embarque>. Acesso em: [2025 06 jun]

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 15.069, de 5 de fevereiro de 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm. Acesso em: [2025 06 jun]

Caires S, Machado M, Antunes MC, Melo ASM. Recidiva oncológica: olhares dos profissionais hospitalares sobre as dificuldades do paciente pediátrico. *Psico-USF.* 2018 jan;23(2):333-45. doi: 10.1590/1413-82712018230212.

Cardoso EAO, Garcia JT, Mota MGM, Lotério LS, Santos MA. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. *Rev SPAGESP*. 2018 dez;19(2):110-22.

Cardoso EAO, Santos MA. Luto Antecipatório em Pacientes com indicação para o transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 set;18(9):2567-75. doi: 10.1590/S1413-81232013000900011.

Carlson, L. E.; Garland, S. N. Mindfulness-based interventions in oncology: a systematic review. *Psycho-Oncology*, v. 14, n. 5, p. 201-218, 2005.

Castro FCL. Fenomenologia da depressão: aspectos constitutivos da vivência depressiva. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; 2021.

Castro TG, Gomes WB. Da intencionalidade da consciência ao método progressivo regressivo em Husserl. *Psicologia USP*. 2015 abr;26(1):90-9. doi: 10.1590/0103-656420130021.

Carrera PM, Kantarjian HM, Blinder VS. The financial burden and distress of patients with cancer: understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2018 March ; 68(2): 153–165.

Cecilio, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009.

Correia MAO. Luto antecipatório na doença oncológica: Estudo exploratório com o Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory (Short Form). [Dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2014.

Costa JB, Lima MAG, Neves RF. O retorno ao trabalho de mulheres após a experiência do câncer de mama: uma metassíntese. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020;45:e19. doi: 10.1590/2317-6369000045018.

Costa VESM, Medeiros M. O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Eugène Minkowski. *Psicol Estud*. 2009 abr;14(2):375-83.

Cramer, H. et al. Yoga for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 207, p. 77-90, 2016.

Del Castanhel F, Liberali R. Redução de estresse baseada em mindfulness nos sintomas do câncer de mama: revisão sistemática e metanálise. *Einstein (São Paulo)*. 2018 nov;16(4):eRW4383. doi: 10.31744/einstein_journal/2018RW4383.

Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 set;20(9):2731-47. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>.

Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Duarte MLC, Noro A. Humanização do atendimento no setor de radiologia: dificuldades e sugestões dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2013 set;18(3):532-38.

Ehrenbergl A, Botbol M. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora (Rio J)*. 2004 jan;7(1):143-53. doi: 10.1590/S1516-14982004000100009.

Fernandes MA. Consciência, vivência e vida: um percurso fenomenológico. *Rev Abordagem Gestalt*. 2010 jun;16(1):29-41.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Editora Positivo; 2009.

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*. 2016 dez;62(4):321-8. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159.

Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saude Soc*. 2005 set;14(3):111-8. doi: 10.1590/S0104-12902005000300007.

Foucault M. O nascimento da clínica. São Paulo: Forense Universitária; 2001.

Frankl VE. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes; 1991.

Freitas MAS. Bioética e direito no sistema de saúde brasileiro: a prática do consentimento informado nos cenários da oncologia de um hospital do SUS e um particular. Tese [doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

Galvão EMV, Calheiros PRV, Crispim PTB. Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade e vida de pacientes com câncer na região norte do Brasil. *Contex Clin*. 2021 abr;14(1):118-44.

Garcia, D. Recidiva, seguimento, cura e remissão em oncologia. A.C.Camargo Cancer Center. 2021. Disponível em: <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/recidiva-seguimento-cura-e-remissao-em-oncologia>. [2025 22 mar].

Gonzaga AKLL, Campos SMS, Lenhani BE, Ribeiro MS, Pfeifer LI, Flória-Santos M. Síndrome de Burnout em trabalhadores da oncologia: uma revisão integrativa. *Psicol Estud*. 2016;21(3):365. doi: 10.4025/psicoestud.v21i3.30575.

Gressler SC, Günther IA. Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas. *Estud Psicol (Natal)*. 2013 Jul;18(3):487-95. doi: 10.1590/S1413-294X2013000300009.

Guimarães CA, Lipp MEN. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. *Psicol Teoria Prat*. 2011 ago;13(2):50-62.

Hallal PC, Sardinha LMV, Aquino EC, Wehrmeister FC, Paula PCB. Inquérito telefônico de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em tempos de pandemia – Covitel 2. São Paulo: Vital Strategies: Umane; 2023.

Han BC. Sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes; 2015.

Heidegger M. Ser e tempo (1927): partes I e II. Petrópolis: Vozes; 2002.

Husserl, Edmund. *Ideias para uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica* (Livro I). Trad. Paulo Neves. Lisboa: Edições 70, 2006.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estatísticas de câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>. [2025 22 mar].

IPSOS. World Mental Health Day 2024. A 31-Country Ipsos Global Advisor Survey; Oct. 2024.

Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*. 2000;67(3):231-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.3.231>. [2025 06 jun].

Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009.

Klein E. O tempo que passa (?). São Paulo: Editora 34; 2019.

Leal FR, Sousa MC, Fonseca LE, Tolentino B, Melo CCA, Lourenço JPS, Pujatti PB. Prevalência de depressão e ansiedade e sua relação com esperança em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2021;31(supl. 5):S61–6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.v31supl.5.09>. [2025 01 jun]

Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Thewes B, Prins J, Dinkel A, et al. Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psychooncology*. 2017 Apr;26(4):424-7. doi: 10.1002/pon.4103.

Lentz R; Benson Al B III, Kircher S. Financial toxicity in cancer care: prevalence, causes, consequences, and reduction strategies. *J Surg Oncol*. 2019;120:85-92.

Lima, A. B.; SOUZA, C. F. Mapeamento das práticas integrativas em hospitais brasileiros. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 78-89, 2019.

Lima MM. Depressão e ansiedade como expressões da angústia existencial: uma perspectiva fenomenológica do sofrimento psíquico na pós-modernidade. [Dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2020.

Machado LCS, Guimarães IMO, Leão LCS, Silva GG, Camargo EB Jr. Ansiedade e depressão em pacientes com câncer: associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento oncológico. *Cogitare Enferm*. 2024;29:e92059. doi: 10.1590/ce.v29i0.92059.

Manço JC. Exame clínico: um ensaio a partir de Foulcault. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2004 jun;37:117-34.

Marramao, G. Kairós: apologia del tiempo oportuno. Barcelona: Gedisa Editorial; 1992.

Martini RS. A fenomenologia e a epochê. *Trans/Form/Ação*. 1999;21-22(1):43-51. doi:10.1590/S0101-31731999000100006.

Martins, R. H. Fenomenologia na Psicologia: uma introdução à pesquisa fenomenológica. São Paulo: Paulus, 2016.

Maturana APPM, Valle TGM. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicol Hosp (São Paulo)*. 2014 dez;12(2):2-23.

Meireles C. Antologia poética. Rio de Janeiro: Record; 1963.

Menezes NNT, Schulz VL, Peres RS. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud Psicol (Natal)*. 2012 ago;17(2):233-40.

Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Michalek IM, Santos FLC, Wojciechowska U, Didkowska J. Suicide risk among adolescents and young adults after cancer diagnosis: analysis of 34 cancer groups from 2009 to 2019. *J Cancer Surviv*. 2023 Jun;17(3):657-62. doi: 10.1007/s11764-023-01358-5.

Minkowski E. O tempo vivido. *Rev Abordagem Gestalt*. 2011 jun;17(1):87-100.

Mwobobia J, White MC, Osazuwa-Peters OL, Adjei Boakye E, Abouelella DK, Barnes JM, et al. Depression, non-medical pain prescriptions, and suicidal behavior in cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2025 Jan. doi: 10.1007/s11764-024-01740-x. Epub ahead of print.

Muzzatti, Barbara & Agostinelli, Giulia & Bomben, Francesca & Busato, Sara & Flaiban, Cristiana & Gipponi, Katiuscia & Mariutti, Giulia & Mella, Sara & Piccinin, Marika & Annunziata, Maria Antonietta. (2022). Intensity and Prevalence of Psychological Distress in Cancer Inpatients: Cross-Sectional Study Using New Case-Finding Criteria for the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Frontiers in Psychology*. 13. 875410. 10.3389/fpsyg.2022.875410.

Nascimento TA, Silva MR. Parcerias entre universidades e hospitais na formação de psicólogos: benefícios e desafios. *Revista Brasileira de Educação em Psicologia*. 2017;12(2):45-60. Disponível em: <https://abep.org.br/revista/index.php/revista/article/view/337>. [2025 06 jun]

Neves, Eliane T. et al. Práticas e saberes na atuação do psicólogo hospitalar em oncologia: desafios éticos e técnicos. *Psicologia em Estudo*, v. 25, p. e47562, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100201. [2025 28 mai].

Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho. Perfil dos afastamentos - INSS. 2022. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=perfilCasosAfastamentos>. [2025 24 mar].

Oncoguia. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/>. [2025 24 mar].

Otto AK, Soriano EC, Siegel SD, LoSavio ST, Laurenceau JP. Assessing the relationship between fear of cancer recurrence and health care utilization in early-stage breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2018 Dec;12(6):775-85. doi: 10.1007/s11764-018-0714-8.

Paim, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, p. 1778–1797, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

Parkes CM. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus; 2009.

Pinheiro, R.; Mattos, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, 2006

Pinto CS. Avaliação da dor nos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivo. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2024.

Pinto EB. Dialogar com a ansiedade: uma vereda para o cuidado. São Paulo: Summus; 2021.

Quirim D. Tecendo o tempo: breve estudo sobre o Kairós em Isócrates. *Rev Mundo Antigo*. 2015 dez;4(8):67-84.

Ramos LNS, Ducatti M. Aspectos psicológicos na recidiva do câncer colorretal: revisão integrativa. *REAS*. 2023 mar;23(3):e10662. doi: 10.25248/reas.e10662.2023.

Ramos, F. M.; Ducatti, C. M. Acompanhamento psicológico e desfechos clínicos: revisão integrativa da literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 43–56, 2023.

Rosa, Rosana O.; TONINI, Gláucia H. Psicologia hospitalar em oncologia: a escuta do sofrimento existencial. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 3, p. 485-494, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722015000300485.

Acesso em: 28 maio 2025.

Santana, M. J. et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, v. 21, n. 2, p. 429–440, 2018. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>

Santos JCM Jr. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. *Rev Bras Colo-Proctol*. 2006 mar;26(1):70-85. doi: 10.1590/S0101-98802006000100011.

Saraceno, B. Saúde mental e atenção psicossocial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001

Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med*. 2001 Sep;94(9):430-2. doi: 10.1177/014107680109400904.

Scannavino CSS, Sorato DB, Lima MP, Franco AHJ, Martins MP, Moraes JC Jr, et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicol USP*. 2013;24(1):35-53. doi: 10.1590/S0103-65642013000100003.

Schroeder SR, Agusala V, Sher DJ. Financial toxicity and cancer therapy: a primer for radiation oncologists. *Hematol Oncol Clin N Am* 33 (2019) 1117–1128.

Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Aug;24(2):91-6. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00440-2.

Silva, F. C. et al. O cuidado integral e a satisfação do paciente hospitalizado: um estudo qualitativo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 223–233, 2018.

Silva JF. Ansiedade, depressão e sobrecarga em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024.

Silveira BB, Felipe ML. Ambientes restauradores: conceitos e pesquisas em contextos de saúde. Florianópolis: UFSC; 2019.

Simão DAS, Aguiar ANA, Souza RS, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enferm Foco (Brasília)*. 2017;8(2):82-6.

Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 7a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.

Sousa LRA, Messas GP. A relevância da fundamentação ontológica para uma psicopatologia dos transtornos ansiosos: a angústia como negatividade. *Perspec Psicol*. 2020;24(2):154-69. doi: 10.14393/PPv24n2a2020-57751.

Souza TP. Kairós e o tempo ritual sagrado em Edmund Leach: uma investigação à luz dos significados do mito de Kairós. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015.

Tillich P. A coragem de ser. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

TOTVS. O que é check-in? Disponível em: <https://www.totvs.com/blog/gestao-hoteleira/o-que-e-check-in/>. Acesso em: [2025 06 jun]

Trédé M. Kairos: L'À propos et l'occasion: Le Mot et la notion, d'Homère à la fin du IVe siècle avant J.-C. Paris: Éditions Klincksieck; 1992.

Tribunal Superior do Trabalho. Jornada de trabalho. Disponível em: <https://tst.jus.br/jornada-de-trabalho>. [2025 31 mar].

Ulrich R. Effects of healthcare acoustics on medical outcomes. *The Journal of the Acoustical Society of America*. 2008 May;123(5):3094-4.

Wilson LM. Intensive Care Delirium: The effect of outside deprivation in a windowless unit. *Archives of Internal Medicine* 1972;130: 225-26.

World Health Organization. Basic documents: Including amendments adopted up to 31 May 2019. 49th ed. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf. [2025 22 mar].

World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates; 2017.

Yamamoto, Oswaldo H.; Silva, Luciana A. R.; Maia, Andréa C. L. A prática do psicólogo hospitalar: reflexões sobre a inserção institucional e o fazer clínico. *Psicologia Hospitalar*, v. 14, n. 2, p. 25-42, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psihosp/article/view/16705>. Acesso em: 28 maio 2025.

Yu LS, Chojniak R, Borba MA, Girão DS, Lourenço MT. Prevalence of anxiety in patients awaiting diagnostic procedures in an oncology center in Brazil. *Psychooncology*. 2011 Nov;20(11):1242-5. doi: 10.1002/pon.1842.

Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun*. 2019 Jan;10(1):207. doi: 10.1038/s41467-018-08170-1.

ANEXO 1 – HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu clínico a saber como você está se sentindo. Leia as frases. Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Nesse questionário, respostas espontâneas têm mais valor que aquelas muito pensadas. Marque só uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 ☐ A maior parte do tempo
2 ☐ Boa parte do tempo
1 ☐ De vez em quando
0 ☐ Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 ☐ Sim, do mesmo jeito que antes
1 ☐ Não tanto quanto antes
2 ☐ Só um pouco
3 ☐ Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 ☐ Sim, e de um jeito muito forte
2 ☐ Sim, mas não tão forte
1 ☐ Um pouco, mas isso não me preocupa
0 ☐ Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 ☐ Do mesmo jeito que antes
1 ☐ Atualmente um pouco menos
2 ☐ Atualmente bem menos
3 ☐ Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ☐ A maior parte do tempo
2 ☐ Boa parte do tempo
1 ☐ De vez em quando
0 ☐ Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 ☐ Nunca
2 ☐ Poucas vezes
1 ☐ Muitas vezes
0 ☐ A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 ☐ Sim, quase sempre
1 ☐ Muitas vezes
2 ☐ Poucas vezes
3 ☐ Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 ☐ Quase sempre
2 ☐ Muitas vezes
1 ☐ De vez em quando
0 ☐ Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 ☐ Nunca
1 ☐ De vez em quando
2 ☐ Muitas vezes
3 ☐ Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 ☐ Completamente
2 ☐ Não estou mais me cuidando como deveria
1 ☐ Talvez não tanto quanto antes
0 ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 ☐ Sim, demais
2 ☐ Bastante
1 ☐ Um pouco
0 ☐ Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 ☐ Do mesmo jeito que antes
1 ☐ Um pouco menos do que antes
2 ☐ Bem menos do que antes
3 ☐ Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 ☐ A quase todo momento
2 ☐ Várias vezes
1 ☐ De vez em quando
0 ☐ Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 ☐ Quase sempre
1 ☐ Várias vezes
2 ☐ Poucas vezes
3 ☐ Quase nunca

PONTUAÇÃO TOTAL DO QUESTIONÁRIO: _____

APÊNDICE 1 – Questionário de entrevista

Questionário

Quais as iniciais do seu nome? _____

Você está no hospital como:

() Paciente. () Acompanhante () Colaborador () Prestador de serviços () outro

Data de nascimento:

Sexo: () masculino () feminino () outro () prefiro não dizer Cor:

() Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena

Estado civil: () solteiro(a) () casado () união estável () viúvo(a) () separado/divorciado(a)

Você se separou ou ficou viúvo(a) nos últimos 6 meses? () sim () não

Qual é a sua religião?

() sem religião () budismo () candomblé/umbanda () católica () espírita

() evangélica () hinduísmo () islamismo () judaísmo () não determinada e múltiplo pertencimento () testemunhas de jeová () tradições indígenas () outras religiosidades

Nível educacional:

() Nunca estudei () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós graduação

Você possui algum trabalho remunerado? Trabalha em média quantas horas por semana?

() não trabalha () aposentado () até 6 horas () de 7 horas até 20 horas () de 21 a 44 horas () mais de 44 horas

Você mudou de emprego ou ficou desempregado nos últimos 6 meses?

() sim. () não

Qual a sua renda familiar mensal, ou seja, a soma média mensal de todos os rendimentos das pessoas que moram com você?

() menos que meio salário mínimo (menos de R\$ 706)

() de meio a 1 salário mínimo (de R\$ 706 a R\$1.412)

() de 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.412 a R\$2.824)

(.) mais de 2 até 5 salários (mais de R\$ 2.824 até R\$ 7.060)

(.) mais de 5 até 10 salários (mais de R\$ 7.060 até R\$14.120)

(.) acima de 10 salários (acima de R\$ 14.120)

(.) não sei

Quantas pessoas participam da renda familiar, ou seja, quantas pessoas moram com você e são sustentadas por essa renda? _____ [número]

E quem é a pessoa responsável pela maior parte da renda familiar?

(.) o próprio respondente (.) o próprio respondente de forma igual com outro morador da casa (.) cônjuge (.) pai ou mãe (.) filho(s) (.) outro

Você tem ou já teve diagnóstico de câncer? (.) sim () não (.) não sei

Como você está se sentindo?

Você se sente ansioso no momento? () sim. () não () não sei

Você se sente deprimido no momento? () sim. () não () não sei

Caso sim para alguma das duas perguntas anteriores: Você julga que esses sentimentos de ansiedade ou depressão que está experimentando têm a ver com:

Caso se sinta ansioso ou deprimido no momento: o que costuma fazer para se sentir melhor quando se sente assim?

Você faz algum acompanhamento Psicológico?

() sim no A.C.Camargo Cancer Center

(.) Sim fora do A.C.Camargo Cancer Center

(.) não (.) não sei

Se sim a quanto tempo em meses:

Você conhece o setor de saúde mental do Hospital A.C.Camargo Câncer Center?

(.) sim () não (.) não sei

Já foi atendido pelo setor de Psicologia do Hospital?

(.) sim () não (.) não sei

Pensando em sua experiência no ambiente hospitalar em que momento você sente que mais precisou de um atendimento Psicológico:

Caso nunca tenha passado pelo atendimento Psicológico do Hospital, gostaria de passar por atendimento Psicológico com a equipe do Hospital? (.) sim () não (.) não sei

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO DO ESTUDO: Check-in em Saúde Mental e o Kairós: rastreamento de ansiedade e depressão nas salas de espera de um hospital oncológico

PESQUISADORAS:

Shirley Suely dos Santos, A.C.Camargo Cancer Center (pesquisadora principal).

Márcia Araújo Sabino de Freitas, A.C.Camargo Cancer Center (professora do mestrado profissional).

O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado no A.C.Camargo Cancer Center. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica este estudo e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também fala os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar, além de dizer os seus direitos como participante de pesquisa. Você poderá baixar uma via deste termo em seu dispositivo agora ou, se preferir, receber uma via por e-mail. Nesse caso, seu endereço eletrônico será solicitado apenas para este fim.

POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

A humanização da saúde é um valor muito importante, e o apoio psicológico (orientação profissional e acolhimento às suas emoções) ao paciente e aos seus familiares são parte do cuidado na prevenção e no controle ao câncer. Para tanto, buscamos verificar a possibilidade de criar fluxos hospitalares, isto é, maneiras de identificar quais pacientes podem se beneficiar de apoio psicológico, a fim de minimizar possíveis casos de ansiedade (sentimento de preocupação excessiva, com medo muito grande) e depressão (tristeza muito grande) no ambiente hospitalar.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER?

Este estudo pretende rastrear sintomas (identificar como você se sente antes que se sinta muito mal) de ansiedade e depressão nas salas de espera do hospital, bem como verificar se as pessoas querem apoio psicológico. Além disso, pretende testar um fluxo de triagem para identificar pacientes com sintomas de ansiedade e depressão, visando busca ativa para minimizar o sofrimento psíquico.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

Ao aceitar participar da pesquisa, primeiro você vai responder a um questionário com questões sobre suas características, como idade, sexo, onde mora, renda, escolaridade etc.

Depois, responderá a um teste sobre como você se sente. Esse teste é utilizado nos hospitais para saber como você está emocionalmente e faz perguntas como se você tem se sentido mais lento(a) para realizar suas atividades, a frequência com que se sente tenso ou animado(a), a frequência que sente que está cheio(a) de preocupações na cabeça, o quanto tem interesse em cuidar do seu aspecto físico etc.

O tempo total de resposta é de cerca de 15 minutos.

Suas informações serão protegidas e ficarão guardadas num sistema considerado muito seguro, chamado RedCap, garantindo seu sigilo e anonimato. Nem o hospital, nem as pesquisadoras saberão quem respondeu ao questionário e todos os dados serão tratados de forma anônima. As iniciais do seu nome serão coletadas apenas para controle de repetição de respostas e caso você eventualmente possa vir a desistir da sua participação na pesquisa futuramente, ocasião em que seus dados serão retirados do estudo.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

As perguntas poderão fazer com que você perceba que não está se sentindo muito feliz com sua situação atualmente. No entanto, se você sentir algum desconforto, poderá deixar de responder a qualquer pergunta e/ou entrar em contato diretamente com a pesquisadora responsável, que é psicóloga.

Além disso, apesar da pesquisa utilizar sistema considerado seguro para guardar suas respostas, há sempre o risco, ainda que pequeno, de o sistema falhar e seus dados acabarem expostos (vazamento de dados). Mas as pesquisadoras farão todo o possível para que isso não ocorra.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Não há benefícios diretos aos participantes da pesquisa. Mas, pode ser que, após responder as perguntas, você possa vir a ter reflexões e mais consciência sobre seu estado emocional, eventualmente abrindo caminho para receber apoio psicológico.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você tem a opção de não participar da pesquisa, não respondendo às perguntas, sem qualquer prejuízo para seu tratamento no hospital.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você tem direito a:

- 1) Receber as informações do estudo de forma clara;
- 2) Ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas;
- 3) Ter o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo;
- 4) Ter liberdade para recusar a participação no estudo, e isto não trará qualquer problema para você;
- 5) Ter liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento – basta encaminhar e-mail para a pesquisadora responsável informando a desistência e as letras iniciais do seu nome seguidos de sua data de nascimento em formato dia/mês/ano:
shirley.suely@accamargo.org.br;
- 6) Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer algum dano decorrente do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso;
- 7) Ter direito a reclamar indenização se ocorrer algum dano decorrente do estudo;
- 8) Ser ressarcido pelos gastos que você e seu acompanhante tiverem por causa da participação na pesquisa, como, por exemplo, transporte e alimentação, se for o caso;
- 9) Ter acesso aos resultados dos exames realizados durante o estudo, se for o caso;
- 10) Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade);
- 11) Ter respeitada a sua vida privada (privacidade);
- 12) Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora;
- 13) Ter liberdade para não responder perguntas que incomodem você, se for o caso.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do A.C.Camargo Cancer Center. Este comitê é formado por pessoas que analisam a ética dos estudos e autorizam eles acontecerem ou não. Você pode entrar em contato com este Comitê por telefone +55 (11) 21895000 - ramal 5020, e-mail cep_accamargo@accamargo.org.br, ou pessoalmente, na Rua Professor Antônio Prudente, 211. O horário de atendimento é de segunda-feira a quinta-feira das 8h às 18h e sexta-feira das 8h às 17h.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com a pesquisadora responsável. As formas de contato estão abaixo:

Nome da pesquisadora: Shirley Suely dos Santos

- Telefone: (11) 981300459

- E-mail: shirley.suely@accamargo.org.br

CAMPO DE ASSINATURAS

_____ Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	_____ Data	_____ Assinatura
_____ Nome por extenso do pesquisador	_____ Data	_____ Assinatura
_____ Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência visual)	_____ Data	_____ Assinatura