

# A influência da espiritualidade em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

The influence of spirituality in cancer patients undergoing chemotherapy

La influencia de la espiritualidad en pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia.

Alexsandro Santos Crespo da Silva<sup>1</sup>, Eliane Ramos Pereira<sup>2</sup>, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva<sup>3</sup>

Como citar esse artigo. Silva ASC. Pereira ER. Silva RMCRA. A influência da espiritualidade em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Rev Pró-UniverSUS. 2024; 15(4):152-161.



## Resumo

O estudo empreendido destacou em seu arcabouço temático trouxe a visão integral do ser humano, explorando no âmbito da saúde a complementaridade entre as abordagens física e espiritual na busca pelo bem-estar humano. Para explorar tal viés temático, o estudo apresentou o foco eleito para a tese, tratando-se da relação entre a espiritualidade e a incidência dos transtornos de ansiedade e depressão nos pacientes em tratamento quimioterápico. Sendo objetivo do estudo, conferir se há influência da espiritualidade na diminuição da ansiedade e da depressão nos pacientes em quimioterapia. Quanto à abordagem metodológica da tese, adotou-se a pesquisa mista, qualitativa e quantitativa, envolvendo uma combinação de aportes estatísticos, através do questionário de escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), e de entrevistas com abrangência fenomenológica, com base em Merleau-Ponty. O estudo concluiu que é possível correlacionar a espiritualidade dos pacientes em tratamento quimioterápico com a menor incidência de depressão, sendo que a ansiedade não teve a mesma relação. A espiritualidade se colocou como um fator para ajudar os pacientes em quimioterapia, gerando conforto, resiliência e fé no sucesso do tratamento e, ainda, conduziu a diminuição no uso de medicação para depressão.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Bem-estar; Espiritualidade; Depressão; Quimioterapia.

## Abstract

The study emphasized a comprehensive view of the human being, exploring the complementarity between physical and spiritual approaches in the pursuit of human well-being within the health domain. To explore this thematic focus, the study presented the chosen thesis focus, addressing the relationship between spirituality and the incidence of anxiety and depression disorders in patients undergoing chemotherapy. The objective of the study was to determine whether spirituality influences the reduction of anxiety and depression in chemotherapy patients. Regarding the methodological approach of the thesis, a mixed-methods research design was adopted, combining qualitative and quantitative approaches. This involved a combination of statistical contributions through the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire and phenomenological interviews based on Merleau-Ponty. The study concluded that it is possible to correlate the spirituality of patients undergoing chemotherapy with a lower incidence of depression, while anxiety did not show the same relationship. Spirituality emerged as a factor that helps chemotherapy patients, providing comfort, resilience, and faith in the success of the treatment, and also led to a reduction in the use of medication for depression.

**Key words:** Anxiety; Well-being; Spirituality; Depression; Chemotherapy.

## Resumen

El estudio empreendido destacó una visión integral del ser humano, explorando la complementariedad entre los enfoques físicos y espirituales en la búsqueda del bienestar humano en el ámbito de la salud. Para explorar este enfoque temático, el estudio presentó el enfoque elegido para la tesis, abordando la relación entre la espiritualidad y la incidencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes en tratamiento de quimioterapia. El objetivo del estudio fue determinar si la espiritualidad influye en la reducción de la ansiedad y la depresión en los pacientes en quimioterapia. En cuanto al enfoque metodológico de la tesis, se adoptó una investigación mixta, cualitativa y cuantitativa, que involucró una combinación de aportes estadísticos a través del cuestionario de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y de entrevistas con alcance fenomenológico, basadas en Merleau-Ponty. El estudio concluyó que es posible correlacionar la espiritualidad de los pacientes en tratamiento de quimioterapia con una menor incidencia de depresión, mientras que la ansiedad no tuvo la misma relación. La espiritualidad se presentó como un factor que ayuda a los pacientes en quimioterapia, brindando comodidad, resiliencia y fe en el éxito del tratamiento, y además condujo a una disminución en el uso de medicación para la depresión.

**Palabras clave:** Ansiedad; Bienestar; Espiritualidad; Depresión; Quimioterapia.

Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Docente da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. E-mail: sandercrespo@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8067-7411>

<sup>2</sup>Docente da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. E-mail: elianeramos@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

<sup>3</sup>Docente da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. E-mail: roserosauff@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4310-8711>

\* E-mail de correspondência: sandercrespo@gmail.com

Recebido em: 18/10/24 Aceito em: 20/11/24

## Introdução

A atenção à saúde, ao longo da história, baseia-se no conhecimento voltado à promoção do bem-estar do ser humano. Uma abordagem calcada genuinamente no estudo do corpo físico, porém, pode ser complementada pela abordagem do conhecimento espiritual, vide a associação secular da espiritualidade com a busca pelo bem-estar do ser humano. Podendo-se colocar que há um lado com conhecimentos de ordem palpável e outro não, sendo o primeiro relacionado aos estudos do corpo físico e o segundo estabelecido pelos estudos acerca da espiritualidade humana. Conhecimentos que se assentam como dois pesos em lados opostos de uma balança, que, mesmo díspares, voltam-se para um mesmo fim, o bem-estar do ser humano. Seguramente, quando há assistência para ambos os lados desta balança, alcança-se o seu equilíbrio, havendo uma percepção do ser humano de forma integral, contemplando assim o seu bem-estar físico, mental e social, não primando somente pela ausência de afecções e enfermidades.

Tal complementaridade, entre os conhecimentos físico e espiritual, pode ser percebida na explicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o que é a saúde: “um estado de completo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” e o bem-estar uma “situação agradável do corpo e do espírito, tranquilidade, conforto e satisfação”<sup>1</sup>.

Assim sendo, o estudo a ser empreendido explanou sobre a visão integral do ser humano, pesquisando a complementaridade entre as abordagens física e espiritual na busca pelo bem-estar humano.

O interesse pelo foco dado ao estudo surgiu após quatorze anos de prática em Enfermagem relacionada aos pacientes oncológicos, abrangendo labor no Instituto Nacional de Câncer (INCA) e no Centro de Oncologia de Niterói (CON), situados nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, respectivamente. Uma trajetória profissional de acompanhamento do tratamento de pacientes oncológicos, abrangendo diagnóstico, tratamento, estabilidade da doença, recidiva, alta e/ou óbito. Na assistência aos pacientes percebi a presença e a influência da espiritualidade na vida de alguns pacientes, despontando assim o interesse em aferir academicamente a sua relação com os níveis de ansiedade e depressão dos assistidos. Especialmente porque a ansiedade é intrínseca à situação de inquietação emocional do paciente com câncer, causada pelo medo do futuro, que engloba: o alcance da cura, o receio de recidivas, temor ao tratamento e o pensamento de proximidade com a morte<sup>2</sup>.

## Metodologia

A investigação buscará o efeito da espiritualidade junto a pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Tomando a seara da espiritualidade como uma abordagem permeada pela autoconsciência e pela capacidade de autorreflexão, isso num ambiente relacionado ou não com alguma crença religiosa ou uma força Maior. Dessa forma, a visão do espiritual somada ao entendimento do corpo físico, colocará o estudo de frente com a máxima de vida do ser humano, que é busca por entender sua existência, incluindo nela a procura por significados e propósitos da vida. Contendo o entendimento de Viktor Frankl, assim como os preceitos socráticos numa busca que engloba conjecturas filosóficas e éticas<sup>3-6</sup>. Contudo, uma busca que também permeia as crenças e as práticas religiosas ou místicas, que conduzem os indivíduos a alcançar momentos de autorreflexão e autocontemplação, influenciando-os em seus comportamentos perante os desafios da vida, tal como explanado por Koenig<sup>7-11</sup>.

Sendo, para o futuro estudo, espiritualidade um ponto de investigação pertinente à busca pelo bem-estar dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Haja vista, que a espiritualidade se coloca como uma possível via de abrandamento da ansiedade e da depressão, que são transtornos mentais comuns em pacientes oncológicos.

Dessa forma, o estudo abraçará uma pesquisa amparada na visão integral do ser humano, visto que, em meio ao cuidado físico do tratamento quimioterápico, se investigará o efeito da espiritualidade nestes pacientes oncológicos.

Haverá a investigação da relação entre a espiritualidade e os níveis de ansiedade e depressão existentes nestes indivíduos. Uma abordagem construtiva ao profissional da enfermagem, já que poderá trazer o entendimento da espiritualidade como uma possível forma de enfrentamento para minimizar a ansiedade e a depressão, expandindo a visão do profissional no cuidar do paciente.

O desenvolvimento do estudo, até o momento, contou com uma abordagem metodológica do tipo pesquisa bibliográfica, abrangendo apresentação da literatura revestida importância, tal como um compêndio literário<sup>12</sup>.

## Resultados e Discussão

O presente subitem pontua a questão do ser humano que está passando por tratamento quimioterápico, explorando sua internalidade no enfrentamento da doença. De certo, o câncer já o abala psicologicamente o doente, pois acaba por temer a possibilidade de sua morte, e, ainda, por sofrer com os

efeitos indesejados da toxicidade da quimioterapia. Para explorar o paciente e a complexidade de suas reações ao lidar com o câncer, o subitem elegeram alguns assuntos para uma melhor imersão neste cenário, buscando os efeitos psicológicos da quimioterapia nos pacientes. Além disso, exploraram-se doenças consequentes à instabilidade psicológica destes pacientes, como a ansiedade e a depressão.

O tratamento quimioterápico trata-se de uma modalidade de tratamento sistêmico, adotando-se medicamentos para tanto, sendo eles administrados em intervalos regulares, que têm variações conforme a abordagem terapêutica eleita<sup>13</sup>.

Os agentes quimioterápicos, através de diversos mecanismos, interferem na divisão celular, com o objetivo de destruir as células tumorais. O princípio básico é a sua toxicidade para as células que se dividem rápido, e são mais efetivas quanto maior for a taxa de replicação tumoral<sup>14</sup>.

A abordagem do tratamento quimioterápico pode possuir uma gama de finalidades, tais como:

- ⇒ Prévia, neoadjuvante ou citorrredutora – reduz tumores locais, ainda que regionalmente avançados, sejam irresssecáveis ou não;
- ⇒ Adjuvante ou profilática – depois de cirurgia curativa é adotada, quando não existe evidência de neoplasia maligna percebida por exames (físico ou complementares);
- ⇒ Curativa – adotada em neoplasias malignas, estando ou associada a outros tratamentos (cirurgia e radioterapia);
- ⇒ Controle temporário – adotada em tumores sólidos, avançados ou recidivados, ou com evolução crônica, assessorando a longevidade do paciente por meses ou anos, contudo sem haver a possibilidade de cura como nas abordagens anteriores;
- ⇒ Paliativa – utilizada para a palição de sinais e sintomas que interferem na capacidade funcional do doente, mas, ao contrário da abordagem do controle temporário, não reverbera em sua sobrevida<sup>2,14</sup> (INCA, 2011; REIS, 2016).

Adota-se na quimioterapia um ou mais medicamentos quimioterápicos, sendo a monoquimioterapia ou poliquimioterapia. A administração medicamentosa quimioterápica é usualmente venosa, no entanto, também existem outras formas, como via oral, intratecal, intraperitoneal, intravesical e intra-arterial. Sua aplicação é feita em ciclos periódicos, visando resguardar a recuperação das estruturas normais do organismo do doente. E para se estabelecer as doses, calcula-se a superfície corporal do paciente, levando em conta o peso e a altura<sup>16</sup>.

Os quimioterápicos mais utilizados são: alquilantes, antimetabólitos; antibióticos antitumorais os inibidores mitóticos; e, também, existem outros agentes sem possibilidade de serem agrupados numa determinada classe farmacológica, tais como dacarbazina, a procarbazine, a L-asparaginase, e outros<sup>13</sup>.

Os quimioterápicos também são classificados quanto a atuação sobre o ciclo celular, sendo ciclo inespecífico e fase específica. O inespecífico trata-se dos atuantes em células com ou sem ciclo de proliferação, enquanto a específica trata-se daqueles atuantes em células em proliferação em determinadas fases do ciclo celular. Nesta conjuntura de mecanismos de ação, a quimioterapia objetiva potencial curativo ou paliativo, combinada com cirurgia ou radioterapia.

A ação dos quimioterápicos no organismo atinge todas as células que se replicam rápido, portanto, além de atingir as células tumorais, também alcançam as com estruturas normais. Fato que faz com que estruturas do organismo sejam afetadas com a abordagem da quimioterápica, estabelecendo uma toxicidade no organismo. Justamente, é a toxicidade que traz ao organismo efeitos colaterais indesejados, que atualmente já são mais bem manejados na assistência do paciente, buscando qualidade de vida e redução da doença. A toxicidade varia de acordo com os diferentes tecidos, dependendo do medicamento adotado, podendo existir assim efeitos colaterais na terapêutica quimioterápica. Efeitos que podem ser classificados como: precoces até três dias após a aplicação; imediatos entre sete e 21 dias após a aplicação; tardios meses após a aplicação; e ultra-tardios em meses ou anos após a aplicação<sup>13</sup>.

“Para reduzir as toxicidades dos quimioterápicos, podemos utilizar vários medicamentos como os antieméticos, mesma (proteção da mucosa vesical), fatores de crescimento hematopoético e outros, conforme a necessidade de cada caso”<sup>14:38</sup>.

Os efeitos indesejados da terapêutica quimioterápica podem ser reduzidos com outros medicamentos, como, por exemplo, antieméticos e a mesma, entre outros<sup>2</sup>. Manejar os efeitos colaterais é, inclusive, a demonstração de maior aprofundamento da ciência na adoção da terapêutica quimioterápica. Há uma maior aproximação entre a ciência e a doença, explorando-se caminhos que antes na História nunca foram imaginados. O conhecimento genético e a biologia molecular das células transformaram o uso da quimioterapia, a resposta imunológica ao câncer tornou-se uma realidade passível de acontecer. O uso de terapias individualizadas também é um avanço, estabelecendo de maneira assertiva o possível benefício do tratamento quimioterápico para cada paciente. Assim sendo, ao longo do tempo, a quimioterapia se estabeleceu como via promissora no combate ao câncer, buscando-se concomitantemente a minimização do seu perfil de toxicidade e sequelas<sup>13</sup>.

A palavra câncer, por si só, gera no imaginário coletivo à associação com a morte, uma doença que, apesar dos avanços da medicina, pode levar ao óbito. Uma doença muito abordada pelo cinema e pela literatura, frequentemente associada com a tristeza e a raiva, seja por parte dos pacientes ou de seus familiares e/ou amigos, engendrando tramas sofridas que corroboram com o estigma social do câncer envolvendo sua relação com a morte. No entanto, não há como não se estabelecer tal relação entre a morte e o câncer, um pensamento já historicamente enraizado no imaginário coletivo, o que faz com que seja uma doença temida por todos. Situação que sintetiza o medo da morte por parte da maioria das pessoas, e isso mesmo a finitude do corpo sendo uma certeza da vida. Um ditado popular diz: a única certeza da vida é a morte. Todavia, falar da finitude da vida é um tabu desde sempre na história<sup>15</sup>.

[...] na expressão “finitude humana”, o substantivo “finitude” se refere a uma característica universal da condição existencial humana, que pode ser indicada também pelo termo vulnerabilidade (do latim *vulnus* “ferido”), ou seja, o fato de todo ser humano poder ser “ferido”, adoecer e sofrer<sup>15:73</sup>.

O não saber lidar com a finitude da vida está, sobretudo, associado ao medo de enfrentar algo desconhecido, pois não se sabe ao certo o que acontece com o ser humano após sua morte, a única certeza é que o corpo físico tem seu fim. Os preceitos religiosos e a ciência quântica estão no caminho para buscar explicações, mas ainda não há uma unanimidade acerca da vida consciencial ou do corpo sutil após a morte<sup>16</sup>.

De que temos medo? Diria Hobbes: da morte violenta [...]. Temos medo daquilo que não queremos ver e, muitas das vezes, sequer queremos ouvir falar e, menos ainda, sentir. A morte nos causa assombro, por mais que tenhamos que vivê-la no nosso cotidiano. Ela precisa viver à sombra de nós, mesmo que a todo tempo esteja nos margeando, coexistindo com a vida. Diante dela o imponderável se apresenta: finitude e impotência, mortes das mortes de muitos momentos que antecedem o fim, que definimos como derradeiro<sup>17:22</sup>.

Logo, tratar o assunto câncer remete ao estigma social, isso devido a sua relação com a morte, onde mesmo nos casos em que há cura o pensamento acerca da morte ronda o paciente. Devido ao temor da morte, o diagnóstico de câncer ocasiona impacto devastador no emocional do doente, que vai além da parte física da doença. Sentimentos diversos geram desequilíbrio interno, sofrimento que pode ser tão forte que ocasiona problemas psíquicos<sup>18</sup>.

O diagnóstico do câncer provoca vários sentimentos contraditórios no paciente, apesar do avanço da tecnologia, pois ainda é uma doença atrelada à terminalidade. O diagnóstico de câncer envolve várias fases enfrentadas pelo paciente: conflito; alterações relacionadas à vida diária; e a adaptação a todo o processo vivenciado. As transformações advindas com o câncer podem dar um novo significado à

vida, com a valorização de aspectos antes não observados<sup>19:54</sup>.

Depois do diagnóstico se instaura uma expectativa do paciente e familiar, porque a doença passa a ser vista como um fator ameaçador ao destino do paciente, envolvendo sofrimento, dor, perda de capacidade física e produtiva e morte. “Os estigmas do câncer referem-se ao sofrimento, à dor, ao medo da morte, à preocupação com a autoimagem, bem como à perda do atrativo sexual, da capacidade produtiva e de peso”<sup>20:112</sup>.

Negação e raiva acerca da doença podem surgir, mas principalmente a ansiedade se instaura em seu psicológico, podendo acontecer um estado de depressão. Logo, torna-se importante a clareza da equipe de saúde na hora de relatar o diagnóstico ao paciente e seus familiares, pois interferirá no psicológico deles<sup>20</sup>. Principalmente os envolvidos no processo doença-tratamento necessitam ter consciência da fragilidade emocional em que se encontra o paciente, inclusive a psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) especificou algumas emoções como etapas comuns em pacientes diagnosticados com câncer<sup>18</sup>.

Contudo, apesar da contribuição da percepção das etapas, especificadas por Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), não há uma receita de bolo inflexível para lidar com pacientes diagnosticados com doenças relacionadas à morte. Não se deve esquecer que há subjetividade quando se aborda o ser humano, mas ter um Norte para os profissionais de saúde e familiares lidarem com ele é fundamental. Pode-se dizer também, que além do Norte oferecido por Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) no lidar com o paciente de doença relacionada com a morte, a autora contribuiu para a inserção da abordagem da temática espiritualidade/religião no meio científico, fato que não foi acolhido como unanimidade pela comunidade científica<sup>21</sup>.

Saber como a pessoa reage a situações de estresse, principalmente em relação ao diagnóstico oncológico, torna-se importante, para auxiliá-lo no manejo de sua doença e ao tratamento médico necessário, com as técnicas invasivas e com as sempre implicações colaterais do tratamento<sup>22:7</sup>.

De certo, ao se tentar compreender o emocional do paciente com câncer, a intenção é poder assisti-lo da melhor maneira possível, seja por parte dos profissionais envolvidos ou familiares e amigos. Onde:

Os poucos que puderem realizar isso descobrirão que pode ser uma experiência gratificante para ambos; aprenderão mais como o espírito humano age, sobre os aspectos humanos peculiares à vida e haverão de sair desta experiência enriquecidos, talvez até menos ansiosos quanto ao seu próprio fim<sup>18:11</sup>.

Ao ser diagnosticado com câncer existe um medo iminente relacionado a morte, a cirurgias de mutilações e ao tratamento quimioterápico, ocorrendo uma

reviravolta emocional no paciente, podendo mesmo ocasionar uma desestruturação psíquica envolvendo uma reavaliação do próprio modo anterior de levar à vida. A aproximação com a possibilidade de morrer traz à tona questões existenciais. Os questionamentos internos do paciente, acerca do seu passado e do presente, acabam se misturando com a situação de incerteza sobre o seu futuro, desequilibrando-o psicologicamente. Tal ebulição psíquica faz com que o paciente tenha momentos de desamparo, ficando triste, com mágoa e raiva, estressando-se com desenrolar da doença, desenvolvendo transtornos psíquicos que andam de mãos dadas, a ansiedade e a depressão<sup>22</sup>.

Desta forma, dentre as etapas descritas por Kübler-Ross (1926-2004), destaca-se que a depressão, quando não ultrapassada para o alcance da aceitação, coloca-se como uma doença psíquica adicional ao paciente vinculada a tristeza ininterrupta, assim como a ansiedade aguda ou crônica relacionada com preocupação, medo e pavor. “A depressão é traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Não conseguindo negar a doença, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se diante dos acontecimentos<sup>23:577</sup>”.

Os transtornos psíquicos, ansiedade e depressão tornam-se agravantes adicionais à saúde do paciente, o qual já se encontra acometido pelo câncer. Transtornos que interferem na qualidade de vida do paciente e, por conseguinte, afetam o tratamento do câncer. Justamente os mecanismos para perceber e tratar tais transtornos psíquicos, tornam-se fatores assessores no tratamento de pacientes com câncer. Isso porque, mesmo havendo uma instabilidade emocional inerente ao paciente com câncer, pode-se abrandá-la ou controlá-la para que não se transforme em transtornos de ansiedade e depressão, proporcionando-lhe qualidade de vida e, ainda, auxiliando o seu tratamento do câncer<sup>24</sup>.

Para aprofundar o entendimento acerca da ansiedade, pode-se captar o seu significado por meio do entendimento etimológico. Isso porque, com origem no latim, a palavra ansiedade advém do termo *anxietas*, onde *anxius* iguala-se ao entendimento de perturbado ou desconfortável. Por sua vez, *anxius* advém de *anguere* que se iguala ao entendimento de apertar ou sufocar. Denominações que ao remeterem ao não respirar e, ainda, o entendimento de sufocar, imprimem à sensação de angústia. Também, ao se buscar um vocábulo anterior ao latim, num mergulho ao passado, sendo o indo-europeu, a ansiedade advém de *angui*, que significa estreito ou doloroso. Assim, percebe-se que a palavra ansiedade se relaciona com uma situação de receio do que está por vir, uma situação em que o indivíduo não se sente confortável para passar por ela. Daí haver a relação de ansiedade com o medo do futuro<sup>25</sup>.

Todavia, a ansiedade faz parte da vida do ser humano, não sendo incomum às pessoas temerem

situações que possam estar por acontecer no futuro. Dessa forma, a ansiedade está diretamente relacionada à situação de perigo/fuga. “Do nascimento à morte, o ser humano enfrenta o desafio de sobreviver, evoluir e se adaptar<sup>26:112</sup>”. Estando a ansiedade presente no decorrer da vida das pessoas, podendo ser compreendida como um sinal de alerta, e não como um sinal de perigo. Logo, a ansiedade deve, sim, acompanhar o indivíduo, estabelecendo-se como um sinal para que seja cauteloso<sup>25</sup>.

[...] ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, que possui o papel de preparar o organismo para tomar as medidas necessárias para impedir a concretização desses possíveis prejuízos, ou, pelo menos, diminuir suas consequências. De maneira geral, a pessoa pode se mostrar tensa, preocupada, nervosa, angustiada ou irritada, além de apresentar dificuldade de concentração<sup>27:332</sup>.

Pode-se dizer que a ansiedade possui importância na sobrevivência de um indivíduo, pois é a ansiedade que desencadeia o medo que, por sua vez, desperta um alerta para um perigo eminente ou um perigo desconhecido. Esta trata-se da ansiedade natural, a qual deve estar presente na vida das pessoas, como um alerta apropriado para uma situação de perigo, incentivando uma reação do corpo físico ao perigo<sup>27</sup>.

Contudo, existe a ansiedade patológica, tida como uma doença, que ocorre quando se ultrapassa o sentido de reação saudável do corpo físico ao perigo. Quando esse medo se torna uma forma de pânico, posto existir uma situação em que o indivíduo não sabe lidar com o medo. Ou então, quando se torna uma expectativa exagerada de algo que está por acontecer. Sendo que tal pânico, ou expectativa, gera no indivíduo reações exageradas ao perigo ou a algo desejado mais adiante em sua vida, colocando-se como nocivas à sua saúde, afetando o seu bem-estar<sup>26</sup>.

A ansiedade patológica ocorre quando afeta o cotidiano do indivíduo, gerando transtornos físicos e psíquicos, que afetam suas tarefas diárias, interferindo no cumprimento de deveres e gerando angústia. Dentre os transtornos físicos, sobressaem-se: tontura, enjoo, gagueira, tremores, calafrio, cefaleia, sudorese, falta de ar, taquicardia, insônia, diarreia, cólica, dor muscular, dor no estômago, agitação, vômito, palidez, formigamento, entre outros. Já os transtornos psicológicos apresentam-se como: agressividade, angústia, despersonalização, dificuldade de concentração, diminuição da memória, diminuição do limiar para tolerância às dores, fala acelerada e repetitiva, hipervigilância, ideia suicida, mau humor, fraqueza, nervosismo, pânico, tensão, entre outros<sup>26,25</sup>.

Os sintomas de ansiedade referem-se a sensações corporais difusas e desagradáveis acompanhadas de um sentimento de apreensão, incluindo aumento da frequência cardíaca, desconforto estomacal e agitação psicomotora, que

ocorrem por antecipação a algum evento ameaçador<sup>28:189</sup>.

No entanto, salienta-se que os sintomas de ansiedade patológica não são decorrentes de outros transtornos, tais como depressão e psicose, posto estarem relacionados devido a uma predisposição neurobiológica herdada. Ou seja, a ansiedade depende da propensão e das particularidades na vida de cada indivíduo frente a situação que lhe é desconfortável. Porém a ansiedade, com os seus sintomas, pode acompanhar outros transtornos, como, por exemplo, a depressão<sup>29</sup>.

A ansiedade trata-se, portanto, de uma patologia ocasionada por múltiplos fatores, já que não tem apenas uma causa. Logo, coloca-se como uma combinação de entre predisposição e uma situação estressora<sup>29</sup>.

Entende-se como uma situação estressora uma situação que estimula a excitação emocional, gerando uma perturbação à homeostasia, a qual produz adrenalina e reações sistêmicas, que ocasionam o mecanismo de perigo/fuga. Dessa forma, a situação estressora envolve reações fisiológicas e psicológicas<sup>29,25</sup>.

Cabendo, ainda, ressaltar que uma situação estressora ocasiona o estresse no indivíduo, que pode ser definido como uma falta de capacidade deste em lidar com um evento em sua vida, gerando medo e, conseqüentemente, ansiedade. O indivíduo estressado costuma sinalizar seu estado por meio de comportamentos de evitação e pesadelos consecutivos<sup>29,25</sup>. Trata-se, assim de uma condição decorrente de trocas entre o indivíduo e o meio ambiente, fazendo-o sentir ou perceber uma desarmonia, sendo esta real ou não, em meio às necessidades de uma situação específica e os seus recursos, abrangendo as esferas psicológica, biológica e de sistemas sociais

Os tipos frequentes de ansiedade patológica são: Fobia Específica (FE), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno de Ansiedade Social (TAS), Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)<sup>25,26</sup>.

O tratamento da ansiedade patológica é feito por meio de acompanhamento terapêutico e uso de medicamentos, por vezes, administrados concomitantemente<sup>25</sup>. Atenta-se também que para o tratamento terapêutico existe a espiritualidade como caminho para reduzir a ansiedade patológica<sup>30</sup>. Existe, atualmente, um interesse acadêmico na exploração da relação da espiritualidade/religiosidade com a redução da ansiedade patológica, tida como uma estratégia paliativa de tratamento<sup>31</sup>. “O paciente pode buscar a espiritualidade como forma de enfrentamento de doenças, com a finalidade de minimizar o sofrimento decorrente das dificuldades encontradas ou para obter maior esperança de cura com o tratamento”<sup>32:592</sup>.

No caso, a espiritualidade/religião confere uma força própria de cura, envolvendo magnetismo e

energias espirituais, como, por exemplo, amor à vida, criação de laços fraternos com outras pessoas e de posturas de solidariedade, perdão, misericórdia, entre outras. Portanto, a espiritualidade/religião internaliza e auto alimenta o indivíduo, trazendo-lhe sensação de confiança nas energias regenerativas, sendo uma forma para entendimento do sentido da vida<sup>33</sup>.

O enfrentamento da doença oncológica faz com que o indivíduo se defronte com uma situação de perigo iminente, fazendo-o desenvolver, não raro, a ansiedade patológica. A expectativa da cura infla a ansiedade do paciente em tratamento quimioterápico, assim como o faz ter medo da morte e das mudanças que ocorrem no seu cotidiano<sup>31</sup>. No que diz respeito à rotina dos pacientes com câncer, existe o medo de ter que parar de estudar ou de trabalhar, assim como de ver sua aparência mudar por causa de cirurgia ou devido à quimioterapia<sup>34</sup>. “Indivíduos com câncer e outras condições médicas graves, comparados com a população geral, têm risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos e ansiosos persistentes”<sup>35:790</sup>.

A presença de ansiedade patológica nos pacientes oncológicos, por sua vez, torna-se um estímulo estressor, que está associado ao evento do câncer, estabelecendo momento em que se excede a capacidade do enfermo de controlar ou manejar seu organismo, ocasionando-lhe o estresse. Ou seja, o estresse se coloca como um estado de desarmonia no indivíduo frente à ameaça, sendo uma situação perceptível, porém difícil de ser adaptada<sup>28</sup>.

A ansiedade, de modo geral, acompanha o aparecimento e/ou enraizamento da depressão, tida como transtorno psiquiátrico relacionado a uma tristeza profunda. Ou seja, a ansiedade acaba por compactuar com a incidência da depressão<sup>28</sup>.

Afere-se nos sintomas a existência de algum tipo de prejuízo emocional, posto que são oriundos da presença de tristeza no indivíduo. Por sua vez, o prejuízo emocional reverbera em seu cotidiano, promovendo alterações que implicam em diminuição em sua qualidade de vida. até mesmo, coloca-se a depressão como um mal-estar da contemporaneidade, devido a proliferação deste transtorno com o passar das décadas<sup>28</sup>.

As alterações comportamentais no cotidiano relacionadas à depressão são análogas às relacionadas com o luto e a melancolia. Valendo, portanto, destacar a explicação feita por Sigmund Freud (1856-1939), sendo: desânimo profundo, falta de interesse com o mundo que o cerca, incapacidade de amar, falta de vontade de fazer atividades comuns do dia a dia e baixa autoestima, essa última somente no caso da melancolia. Estando, portanto, a melancolia mais próxima do contexto da depressão. Também, havendo o adendo de que o luto é uma condição tida como normal e a melancolia como uma patologia, justamente por haver baixa autoestima na melancolia e no luto não<sup>36</sup>.

Freud<sup>37</sup> destaca a complexidade da melancolia ao compará-la com o afeto normal do luto, explicitando:

Mas desta vez temos que admitir algo de antemão, para evitar uma superestimação de nossos resultados. A melancolia, cuja definição varia mesmo na psiquiatria descritiva, apresenta-se em variadas formas clínicas, cujo agrupamento numa só unidade não parece estabelecido, e das quais algumas lembram antes afecções somáticas do que psicogênicas<sup>37:171</sup>.

Pode-se dizer que a melancolia se trata de uma perda não elaborada no âmbito psicológico do indivíduo, com contextualização mais abrangente. Assim,

Num conjunto de casos é evidente que a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Onde as causas excitantes se mostram diferentes, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. [...] Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja consciente da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda<sup>37:278</sup>.

Dessa forma, pode-se dizer que a melancolia corresponde a uma relação egoíca ou narcísica do indivíduo com o objeto perdido, sendo uma forma de registro do seu inconsciente. A contribuição freudiana no espectro da melancolia expõe uma ordem patológica condizente com o entendimento da depressão na contemporaneidade. Isso porque, a dinâmica da melancolia se expressa por meio do consumo do ego do indivíduo, colocando-o em meio a um processo de mal-estar, justamente por ele não ser capaz de digerir psicologicamente sua situação de perda. No caso da depressão na contemporaneidade, entende-se que se amplia esse entendimento de melancolia/perda, englobando demais situações relacionadas ao mal-estar do indivíduo. Até mesmo, entende-se que há uma patologização de qualquer forma de mal-estar, pois nem toda reação a dor e sofrimento estão atreladas à depressão<sup>36</sup>.

Convém lembrarmos, entretanto, que a oferta das “pílulas mágicas” vem em consonância com a demanda de cura caricatural típica de nossa atualidade, ou seja, as individualidades que desaprenderam a sofrer necessitam dessas fórmulas apaziguadoras dos humores, pois se o sofrimento não é mais algo suportável em nossos dias, estes, então, devem ser suprimidos com toda urgência e imediatismo. Por esse viés, é possível compreendermos como a dimensão do sofrimento humano foi transmutada em seus atributos de valorização, relegando aquele à categoria dor. Esse deslocamento valorativo pressupõe não só uma compreensão de natureza distinta sobre o sofrimento como também prescinde de que tal “mal-estar” compreendido dessa maneira seja instantaneamente medicado, como se faz com uma dor de cabeça, por exemplo. Essa diferença de status entre sofrimento e dor altera completamente o entendimento sobre o sofrer humano, uma vez que pela compreensão deste

como dor não se possibilita que o sofrimento seja entendido como inerente à natureza humana, ao contrário, pressupõe-se que, enquanto dor, este não possa e nem deva ser tolerado<sup>36:89</sup>.

Portanto, deve-se ter cautela na condução de diagnóstico da depressão, não o elegendo levemente, devendo-se levar em conta o dispositivo que origina o sentimento de mal-estar, que conduz o indivíduo a um estado de tristeza profunda, seja pela perda, dor ou sofrimento, assim como avaliando as alterações em seu cotidiano<sup>36</sup>.

A depressão, entendida desta forma, assim como o luto, é um processo criativo de um ponto de vista metapsicológico, no sentido de que, a partir da perda simbolizada, novas representações são criadas. O que antes era ausência, falta, vazio, agora é nomeado e significado, ganhando o ego em termos de significações e representações simbólicas<sup>36:84</sup>.

Situações como doenças graves, relacionadas com a possibilidade de morte, são dispositivos eminentes para originar sentimento de mal-estar e, por conseguinte, desencadear a depressão. No caso dos pacientes oncológicos existe uma prevalência da depressão, isso quando comparado ao restante da população, costumando se acentuar quando a doença já se encontra num estágio avançado<sup>38</sup>.

Aproximadamente 20 a 48% dos pacientes oncológicos apresentam critérios diagnósticos para ansiedade e/ou para depressão. [...] Um estudo realizado pela National Comorbidity Survey mostrou que 51% dos pacientes diagnosticados com depressão e ansiedade manifestaram exacerbação de sintomas, recuperação prolongada e mais readmissões em serviço de saúde<sup>39:187</sup>.

A existência da ansiedade, medo do que está por vir, associada a tristeza de estar acometido por uma doença relacionada com a possibilidade de morte, faz com que o paciente oncológico seja suscetível à depressão. Portanto, há um ambiente fecundo para o paciente com câncer desenvolver a depressão, sobretudo quando em tratamento quimioterápico após cirurgia<sup>27</sup>.

Sentimentos negativos relacionados à doença e predisposições pessoais de alterações psicológicas têm aumentado o risco de pacientes com câncer desenvolverem ansiedade e depressão. Esta tem sido apontada como sintoma psicológico mais comum em pacientes com câncer, e a alta prevalência pode ser causada tanto pela doença quanto pelo tratamento realizado, principalmente pela quimioterapia<sup>38:2</sup>.

Assim sendo, o medo eminente se fazendo presente, a ansiedade e a depressão tornam-se comuns ao quadro clínico do paciente oncológico, fazendo com que seja oportuno ao profissional da saúde conferir meios para minimizá-las. De certo, a minimização da ansiedade do paciente oncológico pode ajudá-lo no seu processo de cura-doença, promovendo ainda o distanciamento da depressão<sup>27</sup>.

A depressão é um dos problemas psiquiátricos de diagnóstico mais difícil em pacientes oncológicos, pois muitos sintomas do câncer e efeitos colaterais do tratamento se sobrepõem aos sintomas desse transtorno. Ela corresponde a um sentimento psicopatológico de tristeza, acompanhado de sintomas afetivos, neurovegetativos, ideativos, cognitivos e até psicóticos<sup>27,322</sup>.

Nesse sentido, torna-se importante os profissionais da saúde avaliarem a depressão nos pacientes oncológicos, assim como a ansiedade, principalmente quando em tratamento quimioterápico. Isso porque, tais transtornos podem influenciá-lo negativamente, seja em seu tratamento ou em sua qualidade de vida<sup>27</sup>. E, por conseguinte, ao enfrentar a depressão, utilizando terapia de fala com psicólogo ou psiquiatra, incluindo quando necessário fármacos, pode-se melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do paciente<sup>28</sup>.

Inclusive, existem algumas ferramentas para os profissionais da saúde em ambiente hospitalar mensurar e detectar a ansiedade patológica e a depressão, especialmente nos casos dos pacientes oncológicos mais propensos a tais transtornos.

Tais protocolos coloca-se por meio de questionários, que sinalizam, através das respostas dos pacientes, a presença de possível transtorno de ansiedade e/ou depressão. Tais respostas geram pontuação relacionada a um score final, que, por sua vez, é comparado com escalas que sinalizam a presença ou não do transtorno nos pacientes<sup>39</sup>.

Assim sendo, os protocolos de triagem de ansiedade e/ou depressão colocam-se como uma ferramenta inicial aos profissionais de saúde, permitindo, em meio ao tratamento oncológico, dar a devida atenção a detecção de transtornos psicológicos no paciente. Fato que favorece um melhor cuidado multidisciplinar do paciente, encaminhando-o para acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra, favorecendo o seu processo de tratamento do câncer<sup>40</sup>.

Nesse sentido, observa-se que para compreender a problemática do câncer é preciso considerar tanto os aspectos físicos como os mentais envolvidos na experiência de ser portador da doença. A saúde mental e o câncer são temas interligados e devem constituir o conjunto de conhecimentos do enfermeiro, visando contribuir com a abordagem dos adoecidos em sua integralidade<sup>41: 180</sup>.

Complementa-se, que a inclusão da espiritualidade/religiosidade no processo de acolhimento do indivíduo com depressão também é uma realidade já percebida cientificamente, conforme indicam os estudos já destacados anteriormente<sup>42,10,30,43,44,45,34,31,19</sup>. Entende-se, assim, que há um papel complementar da espiritualidade/religião no contexto do paciente com depressão, sendo investigada como agente atenuador do transtorno, mais ainda, tornando-se uma via para significação do sentido da vida, enquanto forma de crescimento através do

autoconhecimento. A espiritualidade/religião ao trazer uma ressignificação para uma situação desencadeadora da depressão, favorece o alcance de uma melhor qualidade ao tratamento do transtorno por parte dos profissionais de saúde<sup>46</sup>.

Justamente, o papel da espiritualidade/religião permite, através do incentivo ao autoconhecimento, o entendimento de que o sofrer é parte integrante da vida do ser humano, mesmo quando este coloca-se como de maneira insuportável, como no caso da depressão<sup>10</sup>. Onde:

A experiência do adoecer pode se configurar como um acontecimento repleto de sentido, bem como um ganho existencial, pois, quando o homem encontra um sentido para seguir adiante, apesar dos obstáculos inerentes à vida, pode transcender as dificuldades imediatas impostas pelas circunstâncias adversas. Até mesmo na morte o sentido da vida se satisfaz, mobilizado pela ameaça da morte iminente e, conseqüentemente, pela luta desencadeada em prol da afirmação da vida ao se buscar o sentido da morte e do morrer, o que contribui para enriquecer esse processo com um sentido pleno ante a existência humana<sup>47:269</sup>.

De certo, a depressão é inerente à dor insuportável, cabível para qualquer ser humano, seja um paciente oncológico ou não. Inclusive, o transtorno gera uma vivência que tem potencial para dar sentido ao indivíduo, fazendo-lhe crescer em integridade, ocasionando seu autoconhecimento e amadurecimento, tal como os demais sofrimentos menos intensos experienciados em sua vida. “A depressão não é um castigo de Deus. É uma construção humana. E tudo o que se planta gera uma colheita. Toda colheita pode ser depurada, aprimorada, selecionada, até se atingir o fruto desejado. E como nada é definitivo no universo, tudo vai passar”<sup>48:11</sup>. Contudo, quando o indivíduo não tem condições próprias de enfrentar a sua dor insuportável, que instaura sua depressão, torna-se prudente a busca por ajuda, por meio de profissionais da psicologia e da psiquiatria, assim como também da via espiritual/religiosa. No caso dos pacientes oncológicos com depressão, torna-se primordial que essa ajuda seja feita com rapidez, estabelecendo o seu fortalecimento psicológico para combater o câncer<sup>19,44</sup>.

## Conclusão

A ansiedade patológica é uma condição complexa e debilitante, com raízes que se estendem desde fatores biológicos e genéticos até influências psicossociais. Ela afeta não só o estado mental, mas também está associada a diversas manifestações físicas, o que reforça a necessidade de abordagens terapêuticas abrangentes. O tratamento convencional da ansiedade, frequentemente baseado em intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas, tem se mostrado

eficaz, porém limitado quando não considera as necessidades mais amplas do paciente.

Neste contexto, a espiritualidade emerge como uma dimensão vital no manejo da ansiedade, especialmente em pacientes que enfrentam doenças crônicas ou terminais, como os pacientes oncológicos. A espiritualidade oferece uma fonte de conforto e significado, funcionando como um recurso interno que pode ser mobilizado para lidar com o sofrimento e a incerteza. A literatura sugere que práticas espirituais, como a meditação, a oração e o engajamento em atividades religiosas, podem reduzir os níveis de ansiedade, ao mesmo tempo em que promovem um senso de paz e resiliência.

Portanto, ao abordar o tratamento da ansiedade, é fundamental que os profissionais de saúde adotem uma perspectiva integrativa que inclua a espiritualidade como um componente essencial do cuidado. Ao reconhecer e valorizar a espiritualidade, os tratamentos podem ser mais eficazes e alinhados às necessidades individuais dos pacientes, proporcionando uma melhora significativa em sua qualidade de vida. Dessa forma, a inclusão da espiritualidade no manejo da ansiedade não só complementa as abordagens convencionais, mas também enriquece a experiência terapêutica, promovendo um equilíbrio mais holístico entre o corpo, a mente e o espírito.

## Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

## Referências

1. WHO, World Health Organization. Constitution of WHO: principles. WHO, 1948. <https://www.who.int/about/mission/en/>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
2. INCA, Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
3. Frankl VE. A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia. ed. ampl. São Paulo: Paulus, 2011.
4. Frankl VE. Em busca de sentido. Petrópolis: Vozes, 2008.
5. Durant W. História da Filosofia: vida e ideias dos grandes filósofos. 10 Ed. Tradução Monteiro Lobato. São Paulo: CEN, 1959.
6. Reale G. Sofistas, Sócrates e socráticos menores. Tradução de Marcelo Perine. São Paulo: Loyola, 2009.
7. Koenig H. Religion and mental Health. Charleston: BookSurge, 2018.
8. Koenig H. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da

espiritualidade. São Paulo: L & PM Editores, 2012.

9. Koenig H. Spirituality and Health Research: methods, measurement, statistics, and resources. West Conshohocken: Templeton Foundation Press, 2011.
10. Koenig H. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: Catavento, 2005.
11. Koenig H. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. South Med J. v.97, n.1, p. 1194-1200, 2004.
12. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
13. Felipe Júnior J. Oncologia médica. São Paulo: Sarvier, 2018.
14. Reis CA. Princípios do tratamento quimioterápico. In: VIEIRA, S. C. (org.). Oncologia básica para profissionais da saúde. Teresina: EDUFPI, 2016. p. 35-38.
15. Schramm FR. Finitude e Bioética do Fim da Vida. Rev. Bras. Cancerol. 2012;58(1):73-8. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n1.1436. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1436>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
16. Scheler MA posição do homem no cosmos. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
17. Arantes DG. O cuidado da vida diante da morte: dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, Niterói: UFF; 2018. Disponível em: [http://brutus.facol.com/plataforma/assets/uploads/base/publicados/a3243fa482aaf6dea978352650\\_e5dfce.pdf](http://brutus.facol.com/plataforma/assets/uploads/base/publicados/a3243fa482aaf6dea978352650_e5dfce.pdf). Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
18. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
19. Soratto MT, Silva DM Zugno PI, Daniel R. Espiritualidade e Resiliência em Pacientes Oncológicos. Saúde e Pesquisa, 14 jun. 2016; 9(1). Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4284>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
20. Farinhas GV, Wendling MS, Dellazzana-Zanon LL. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família. Pensando Famílias. Pensando Famílias, dez. 2013;17 (2):111-29. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a09.pdf>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
21. Afonso, S. B. C.; Minayo, M. C. de S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, set. 2013; 18 (9): 2729-32,. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/r6v4mjCXnj8RYrdFktJ5z3J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
22. Naves AJ, Aquino MG. Reflexões sobre alguns aspectos envolvidos no diagnóstico oncológico. Akropolis, jan.-mar. 2008; 16(1):3-10.
23. Carvalho MMMJ. (Org.). Introdução à psicologia. Campinas: Livro Pleno, 2003.
24. Hortense FTP, Bergerot CD, Domenico EBLD. Qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: estudo clínico randomizado. Rev. esc. enferm. USP, 2020; 54. Disponível em: 82 <https://www.scielo.br/j/reuusp/a/tJdrJSd9mRNrGqGkGk9Pts/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
25. Leahy RL. Livro de Ansiedade. Porto Alegre: Artmed, 2011.
26. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002. BRASIL.
27. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Fair TA, Machado RM. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. Rev. Bras. Cancerol., Rio de Janeiro, 2016; 62 (4):321-28. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/159>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.

28. Pozzebon FL, Ferreira VRT. Sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse em habitantes de município realocado por barragem. *Psico*, 24 ago. 2018; 49 (2): 187–195. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/26984>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
29. Antunes MO, Oliveira HLA, Nunes ME, Oliveira MVM. Ansiedade e estresse em indivíduos diagnosticados com gastrite. *Bionorte*, fev/2015; 4 (1): 2-8.
30. Miranda SL, Lanna M Dos ALE, Felipe WC. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicol. Cienc. Prof.*, set. 2015;35(3):870–885. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/wqhfszB3mxmBbm4PpczVVTK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
31. Carvalho CC, Chaves ECL, Lunes DH, Simão TP, Grasselli CSM, Braga CG. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. *Rev. esc. Enferm. USP*, São Paulo, ago. 2014;48(4):684-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/yS4S3ZDRvGQvkgMtbZTxZg/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
32. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.*, jun. 2016; 69 (3):591–601. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
33. Amaro EA. A influência da espiritualidade, religiosidade, ansiedade e depressão na motivação dos acadêmicos de uma universidade federal. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Niterói: UFTM; 2018. Disponível em: <http://btdt.uftm.edu.br/bitstream/tede/723/5/Dissert%20Elisangela%20A%20Amaro.pdf>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
34. Costa P, Leite R DCBO. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Rev. Bras. Canc.*, dez. 2009;55(4):355-64. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1591>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
35. Lufiego CAF, Schneider RH, BÓs JG. Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Lisboa, 2017;18 (3):789-800. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36254714013>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
36. Tavares LAT. A depressão como mal-estar contemporâneo: medicalização e (ex)sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Editora UNESP, 2010.
37. Freud S. Luto e Melancolia. *Obras Completas*. vol. 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.
38. Arantes TC, Martins VE, Mendes AS, Silva AMB, Nicolussi AC. Fatores associados à depressão em pacientes oncológicos durante quimioterapia. *Rev. Rene*, Fortaleza, 2019; 20, e41647. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522019000100360](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100360). Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
39. Bergerot CD, Laros JÁ, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*, ago. 2014; 19(2):187–97. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/SR6jJNRL4FrP5jkMrXsxxMb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
40. Souza BF. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. *Rev. Esc. Enferm., USP*, fev. 2013;47(1):61–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
41. Corbo LN, Fendrich L, Badagnan HF, Galera SAF. O impacto do câncer na saúde mental: uma revisão da literatura brasileira em enfermagem. *Rev. Bras Multidiscip*, jun. 2020;23(1). Disponível em: <https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/393>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
42. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psychooncology*, 2005, 14 (6):450-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15376283/>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
43. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. Bras. Enferm.*, fev. 2011;64(1):53-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yZr7ZMVcnnYGTS7xXGGBrL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
44. Geronasso MCH, Coelho D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde e Meio Ambiente*, 6 jul. 2012; 1(1):173-87. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
45. Fornazari AS, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic.: Teor. e Pesq.*, jun. 2010; 26 (2):265-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/8N5QJ4R5vLn3LcfTZs68DRC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
46. Moura LEG. Religiosidade e saúde mental: evolução da depressão em pacientes segundo o nível de envolvimento religioso. *Horizonte Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 15, n.47, p.:1081-1083. Set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/15907>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
47. Benites AC, Neme CMB, Santos MA. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estud Psicol.*, jun. 2017;34 (2):269-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/nCPbXZgwbwX9DzSqbVZ5vkn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de Setembro de 2024.
48. Oliveira W. Depressão e autoconhecimento: como extrair preciosas lições desta dor. Belo Horizonte: Dufaux, 2012.