



Identificação de transtornos mentais em pacientes oncológicos

Larissa Midori Martins Uehara¹, Renata Araújo Cavalcante Silva¹, Silvia Helena Modenesi Pucci²

¹Estudante de Medicina na Universidade Santo Amaro - UNISA, São Paulo/SP, Brasil.

²PhD Universidade do Minho - Portugal/UNICAMP - Campinas/SP, Brasil. Mestrado em Psiquiatria e Psicologia Médica UNIFESP - São Paulo/SP, Brasil. Professora e Supervisora na Universidade Santo Amaro - UNISA, São Paulo/SP, Brasil. Professora e Supervisora convidada da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO

Analisar como os transtornos mentais influenciam a mortalidade, a qualidade de vida e a adesão à triagem oncológica.

MÉTODOS

Revisão integrativa, utilizando descritores DeCS/MeSH, e pesquisados artigos de resultados nas principais bases de dados indexadas: PubMed, SciELO, Cochrane e LILACS. Os resultados foram analisados de forma descritiva, e agrupados em categorias.

RESULTADOS

Pacientes com transtornos mentais graves enfrentaram dificuldades significativas no diagnóstico precoce e tratamento eficaz do câncer. Baixas taxas de participação em programas de rastreamento, diagnósticos tardios e desafios no acesso ao tratamento foram comuns. Durante o tratamento, transtornos como ansiedade e depressão foram frequentemente identificados, complicando ainda mais o manejo da doença. Pacientes enfrentaram barreiras estruturais no sistema de saúde e interrupções no tratamento devido a complicações psiquiátricas.

CONCLUSÃO

A intersecção entre os temas dos transtornos mentais e do câncer é crucial e destaca a necessidade de ampliar as pesquisas que abordem diferentes tipos de neoplasias e transtorno mental.

DESCRITORES

Transtornos mentais; Pacientes oncológicos; Adesão.

Autora correspondente:

Larissa Midori Martins Uehara

Rua Marechal Barbacena, 1302 apto 302^a CEP: 03333-000

E-mail: larissamidori1300@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1878-3376>

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons.

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

DOI:

INTRODUÇÃO

Anualmente, aproximadamente 18 milhões de novos casos de câncer são diagnosticados em escala global, com uma proporção significativa, estimada em 9,6 milhões, resultando em óbitos.¹ Projeções indicam um aumento na mortalidade por câncer nas Américas, alcançando cerca de 2,1 milhões de óbitos até o ano de 2030, sendo que cerca de 70% dessas mortes ocorrerão em nações de baixa e média renda, incluindo o Brasil.²

Estima-se que aproximadamente uma em cada oito pessoas em todo o mundo seja afetada por algum tipo de transtorno mental, o que equivale cerca de 450 milhões de indivíduos.^{3,4} Além disso, aproximadamente um terço dos pacientes diagnosticados com câncer nos hospitais apresentam algum tipo de transtorno mental.⁵

O tratamento oncológico pode acarretar efeitos colaterais significativos ao indivíduo, dificultando assim a adesão ao tratamento, tanto em abordagens cirúrgicas, radioterápicas quanto quimioterápicas.⁶ Por sua vez, os transtornos mentais demandam o uso de medicamentos que, ocasionalmente, também podem acarretar efeitos colaterais que impactam negativamente o indivíduo, podendo dificultar a adesão ao tratamento em ambos os contextos - oncológico e psiquiátrico.⁷ Estes distúrbios psiquiátricos afetam, pelo menos, 30 a 35% dos pacientes com câncer em todas as fases da trajetória da doença.⁸

Ademais, as ações de rastreamento para detecção precoce do câncer são consideravelmente menos frequentes entre grupos vulneráveis, como indivíduos com transtornos mentais graves.⁹ Essa baixa adesão está associada a diversas barreiras, incluindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde, limitações cognitivas, instabilidade social e ausência de suporte para o acompanhamento dos cuidados.¹⁰

Dessa forma, a presente pesquisa tem como objetivo analisar como os transtornos mentais influenciam a mortalidade, a qualidade de vida e a adesão à triagem oncológica. Este estudo é de grande relevância, pois aborda uma interface ainda pouco explorada entre a saúde mental e a oncologia, destacando a vulnerabilidade de um grupo populacional frequentemente negligenciado: pacientes oncológicos com transtornos mentais. Ao evidenciar como os transtornos psiquiátricos interferem na qualidade de vida, na adesão ao rastreamento e tratamento oncológico, bem como nos desfechos clínicos e na mortalidade, este estudo contribuirá para ampliar a compreensão sobre as múltiplas barreiras enfrentadas por esses indivíduos.

Além disso, ao reunir evidências científicas atuais, a pesquisa subsidia a formulação de estratégias clínicas mais humanizadas, a elaboração de políticas públicas integradas e a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da triagem psicológica e do cuidado interdisciplinar. Além de promover reflexões fundamentais para a construção de um modelo de atenção mais equitativo, que reconheça a complexidade biopsicossocial desses pacientes e busque garantir um cuidado integral, personalizado e baseado em evidências.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que foi realizada através de levantamentos de informações e materiais bibliográficos sobre o tema: "Identificação De Transtornos Mentais Em Pacientes Oncológicos". A pesquisa bibliográfica é uma estratégia eficaz para reunir e sintetizar informações, enriquecendo a compreensão do assunto em estudo, através de materiais já existentes como livros e artigos científicos.¹¹

Para elaboração deste estudo, foram utilizadas bases de dados indexadas, incluindo PubMed, SciELO, Cochrane e LILACS. Para identificar os descritores presentes na pesquisa foi utilizada a plataforma do Decs/Mesh, Descritores em Ciências da Saúde. Foram identificados os descritores e para inserção nas bases de dados, adi-

cionados os respectivos operadores booleanos: "Câncer" OR "Oncologia" OR "Neoplasia" AND "Transtorno mental" OR "Psicopatologia" OR "Doença mental" AND "Tratamento" OR "Intervenção".

Além disto, foram utilizados os seguintes descritores em inglês: "Cancer" OR "Neoplasm" OR "Oncology" AND "Mental disorders" OR "Psychopathology" AND "Treatment" OR "Intervention".

Em relação aos critérios de inclusão/exclusão, foram incluídos: artigos indexados nas bases de dados científicas supracitadas, considerando um período de busca nos últimos 10 anos (2014 a 2024), escritos em português, inglês ou espanhol, e que contemplassem uma população com idade igual ou superior a 18 anos. Além disso, foi imprescindível que os artigos estivessem disponíveis integralmente. Os critérios de exclusão englobaram não corresponder aos critérios de inclusão. Para considerar 18 anos como população adulta, a pesquisa foi baseada como referência o artigo 5º do Código Civil Brasileiro (2002).¹²

Os resultados foram interpretados com base nos critérios de inclusão previamente definidos. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva, sem a aplicação de testes estatísticos ou categorização temática. A interpretação foi realizada por meio da leitura integral dos artigos incluídos, considerando exclusivamente as informações relacionadas à população amostral que estava dentro dos critérios estabelecidos.

Como procedimento, na primeira etapa, realizou-se uma busca de artigos nas bases de dados descritas no método (inicialmente foram selecionados apenas os artigos que abordavam pacientes com diagnóstico oncológico e presença de algum transtorno mental associado), utilizando os descritores em conjunto com os operadores booleanos correspondentes. Na segunda etapa, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, seguidos pela leitura dos títulos dos artigos selecionados. Por fim, na terceira etapa, procedeu-se à análise dos resumos de cada artigo, com o objetivo de selecionar aqueles que melhor se adequavam ao propósito da presente pesquisa. A figura 1 mostra as três etapas do procedimento metodológico.

Figura 1 - Fluxograma das Etapas do Procedimento Metodológico em Relação aos Artigos de Resultado



Fonte: Os autores (2025)

RESULTADOS

A presente pesquisa identificou 34 artigos de resultados que corresponderam ao objetivo pré-determinado (quadro 1).

Quadro 1 - Artigos de Resultados identificados na presente pesquisa separados por categorias

Qualidade de vida	Rastreio/triagem	Mortalidade
Vivanco Muñoz et al. ¹⁶ (2022) ¹	Kerrisson et al. ³⁴ (2023) ²	Grassi et al. ⁵¹ (2021) ²

Mathias et al. ¹⁸ (2022) ¹	Murphy et al. ³⁵ (2021) ²	Mahar et al. ⁵⁴ (2020) ²
Gutiérrez-Gómez et al. ²⁴ (2021) ¹	Ouk et al. ³⁶ (2020) ²	Irwin et al. ⁵³ (2019) ²
Roy et al. ¹⁷ (2021) ¹	Schouten et al. ⁴⁷ (2019) ¹	Lee et al. ⁵⁸ (2019) ¹
Pereira et al. ²⁶ (2020) ¹	Eriksson et al. ³⁷ (2018) ²	Cunningham et al. ⁵² (2015) ²
Coutiño-Escamilla et al. ²⁹ (2019) ¹	Chen et al. ⁴¹ (2018) ²	
Boing et al. ¹⁹ (2019) ¹	Fujiwara et al. ³⁸ (2017) ²	
Shirama et al. ¹⁵ (2017) ¹	Irwin et al. ⁴² (2017) ²	
Javier Cejuro et al. ²⁰ (2017) ¹	Woodhead et al. ⁴³ (2016) ²	
Villar et al. ²⁴ (2017) ¹	Barley et al. ⁴⁰ (2016) ²	
Unal et al. ¹⁴ (2016) ¹	Clifton et al. ³⁹ (2016) ²	
Andreia Ferreira et al. ¹³ (2015) ¹	Reinert et al. ⁴⁸ (2015) ¹	
Cormanique et al. ²³ (2015) ¹	Unal et al. ¹⁴ (2016) ¹	
Jassim et al. ³⁰ (2015) ¹	Shirama et al. ¹⁶ (2017) ¹	
Schuster et al. ³⁰ (2015)+		
Cristiane Decat et al. ²⁷ (2014) ¹		
Carvalho et al. ²² (2015) ¹		

Legenda: Artigos de resultados categorizados por temas: a. Qualidade de vida, b. Rastreio/ triagem e c. Mortalidade. O quadro 1 mostra também a separação entre os autores que estudaram o Transtorno mental adquirido depois do Diagnóstico de Câncer (sobrescrito número 1) e o Transtorno mental adquirido antes do Diagnóstico de Câncer (sobrescrito número 2).

Fonte: Autoras (2025)

A seguir, o quadro 2 mostra os 34 estudos separados por ano, autores, tipo de estudo, tipo de câncer e tipo de transtorno mental. Quadro 2. Artigos de resultados incluídos na revisão em relação ao ano de publicação, autoria, transtorno mental investigado e neoplasia associada

Quadro 2. Artigos de resultados incluídos na revisão em relação ao ano de publicação, autoria, transtorno mental investigado e neoplasia associada

ANO	AUTOR	TIPO DE ESTUDO	CÂNCER	TRANSTORNO MENTAL
2023	Kerrison RS, Jones A, Peng J, Price G, Verne J, Barley EA, Lugton C ³⁴	Estudo observacional analítico transversal	Intestino, cervical, mama	Bipolaridade, esquizofrenia, psicoses e outros SMI,
2022	Vivanco Muñoz KE, Ibañez Limaico JL, Estévez Montalvo LE ¹⁶	Revisão sistemática	Todos os cânceres no geral	Ansiedade, depressão, transtornos relacionados ao estresse e ao trauma,
2022	Mathias AS, Gomes FK, Chagas PD, Campos DA, Leão MA ¹⁸	Revisão bibliográfica	Câncer de mama	Depressão e ansiedade após o diagnóstico de câncer
2021	Gutiérrez-Gómez T, Peñarrrieta-de Cordova MI, Malibrán-Luque DJ, Piñones-Martínez MS, Cosme-Mendoza M, Gaspar Meza-de Nalvarte ²⁵	Estudo transversal	Todos os cânceres em geral	Depressão e ansiedade após o diagnóstico de câncer
2021	Grassi L, Stivanello E, Belvederi Murri M, Perlangeli V, Pandolfi P, Carnevali F, Caruso R, Saponaro A, Ferri M, Sanza M, et al, ⁵¹	Estudo de coorte retrospectivo	Estômago, sistema nervoso central, sistema respiratório e pâncreas	Esquizofrenia ou outra psicose funcional, mania ou transtornos afetivos bipolares, anteriores ao câncer

2021	Roy DC, Lun R, Wang TF, Chen Y, Wells P ¹⁷	Estudo transversal	Todos os cânceres em geral	Depressão, transtorno bipolar, mania e distimia transtorno de ansiedade, fobia, transtorno obsessiva-compulsivo ou transtorno do pânico
2021	Murphy KA, Stone EM, Presskreischer R, McGinty EE, Daumit GL, Pollack CE ³⁵	Estudo de métodos mistos com análise quantitativa retrospectiva e qualitativa	Câncer de mama, próstata, cervical e colorretal	Esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno depressivo maior. Anteriores ao câncer
2020	Pereira AAC, Passarin NP, Coimbra JH, Pacheco GG, Rangel MP ²⁶	Estudo transversal quantitativo	Mama, ginecológicos, cabeça e pescoço, próstata, pele, trato gastrointestinal, ósseos, pulmões, sistema nervoso central, gastrointestinal, pênis e pâncreas	Depressão, posterior ao câncer
2020	Mahar AL, Kurdyak P, Hanna TP, Coburn NG, Groome PA ⁵⁴	Estudo de coorte retrospectivo	Câncer colorretal	Esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos, outros transtornos psicóticos, transtornos bipolares ou transtornos depressivos maiores, anteriores ao câncer
2020	Ouk M, Edwards JD, Colby-Milley J, Kiss A, Swardfager W, Law M ³⁶	Estudo de caso controle retrospectivo	Câncer cervical	Esquizofrenia e transtorno bipolar prévio ao câncer
2019	Coutiño-Escamilla L, Piña-Pozas M, Guimaraes-Borges G, Tobias-Garcés A, López-Carillo L ²⁹	Revisão sistemática	Câncer de mama	Depressão após diagnóstico de câncer
2019	Boing L, Pereira GS, Araújo CDCR, Sperandio FF, Loch MDSG, Bergmann A, Borgatto AF, Guimarães ACA+	Estudo transversal	Câncer de mama	Depressão após o diagnóstico de câncer
2019	Schouten B, Avau B, Bekkering GTE, Vankrunkelsven P, Meibis J, Hellings J, Van Hecke A ⁴⁷	Revisão sistemática	Câncer de mama, pulmão, cabeça e pescoço, colorretal e próstata
2019	Irwin KE, Steffens EB, Yoon Y, Flores EJ, Knight HP, Pirl WF, Freudenreich O, Henderson DC, Park ER ⁴²	Estudo transversal	Câncer de pulmão	Esquizofrenia, anterior ao câncer
2019	Eriksson EM, Lau M, Jönsson C, Zhang C, Risö Bergerlind LL, Jonasson JM, Strandér B ³⁷	Estudo de coorte	Câncer cervical	Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes, Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados ao Estresse e Transtornos Somatoformes e transtornos do humor anteriores ao câncer
2018	Chen LY, Hung YN, Chen YY, Yang SY, Pan CH, Chen CC, Kuo CJ ⁴¹	Estudo de coorte	Câncer da cavidade bucal, esôfago, laringe, fígado, pulmão, cavidade nasal e seios paranasais, pâncreas, estômago, rim, bexiga urinária, leucemia mieloide, colôn e reto, pele, tumor cerebral e tireoide	Esquizofrenia, antes do diagnóstico de câncer
2018	Lee JH, Ba D, Liu G, Leslie D, Zacharia BE, Goyal N ⁵⁸	Estudo de coorte retrospectivo	Câncer da cavidade oral, traqueia, orofaringe, laringe, cabeça e pescoço	Depois do diagnóstico do câncer
2017	Shirama; Flávio H ¹⁵	Estudo de coorte transversa	Não especificado (todos os tipos)	Transtornos mentais comuns (TMC), com destaque para ansiedade e depressão pós diagnóstico de câncer

2017	Javier C, Sagrario GM, Delgado MLL ²⁰	Ensaio clínico randomizado	Mama	Ansiedade
2017	Villar RR, Pita FS, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro V, Martín CG ²⁴	Estudo observacional prospectivo	Mama	Ansiedade após diagnóstico de câncer, antes e depois do tratamento
2017	Irwin KE, Park ER, Shin JA, Fields LE, Jacobs JM, Greer JA, Taylor JB, Taghian, AG, Freudenreich O, Ryan DP, Pirl WF ⁴²	Estudo observacional de coorte	Colorretal	SMI pré-existentes
2017	Fujiwara M, Inagaki M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Hayashibara C, So R, Kakeda K, Kodama M, Uchitomi Y, Yamada N ³⁸	Estudo descritivo transversal	Colorretal, gástrico, pulmão, mama e cervical	Esquizofrenia
2016	Woodhead C, Cunningham R, Ashworth M, Barley E, Steart RJ, Henderson MJ ⁴³	Estudo observacional de coorte populacional	Mama e cervical	SMI, incluindo esquizofrenia e transtorno bipolar
2016	Clifton A, Burgess C, Clement S, Ohlsen R, Ramlagun P, Sturt J, Walters P, Barley EA ³⁹	Estudo de entrevistas qualitativa	Mama, cervical e intestino	Transtorno bipolar, esquizofrenia, outras psicoses, transtorno de personalidade límitrofe, depressão maior e ansiedade grave
2016	Barley EA; Borschmann RD; Walters P; Tylee A ⁴⁰	Revisão literária de ensaios clínicos randomizados	Qualquer programa de triagem de câncer (por exemplo, cervical, mama, próstata, colorretal)	SMI, ou seja, esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos relacionados e transtorno bipolar
2016	Unal D, Eroglu C, Ozsoy SD, Besirli A, Orhan O, Kaplan B ¹⁴	Estudo observacional prospectivo (corte)	Cabeça e PESCOÇO	Depressão, ansiedade, transtorno de adaptação e sono depois do diagnóstico de câncer
2015	Ferreira AS, Bicalho, BP, Oda JMM, Duarte SJH, Machado RM ¹³	Estudo descritivo transversal	Mama	Depressão e Ansiedade após o diagnóstico de câncer
2015	Reinert CA, Ribas MR, Zimmerman NPR ⁴⁸	Estudo observacional transversal	Não especificado (Todos os tipos)	Depressão após o diagnóstico de câncer
2015	Carvalho SMF, Bezerra IMP, Freitas TH, Rodrigues RCS, Carvalho, IOC, et al. 22	Estudo observacional transversal	Mama	Depressão Maior após o diagnóstico de câncer
2015	Cormanique TF, Almeida LEDF, Rech CA, Rech D, Herrera ACA, Panis C ²³	Estudo observacional de coorte	Mama - carcinoma infiltrativo da mama	Estresse psicológico crônico após o diagnóstico de câncer
2015	Schuster JT, Feldens VP, Moehlecke IBP; Ghislandi, GM ³¹	Estudo observacional transversal	Não especificado (todos os tipos)	Depressão após diagnósticos de câncer
2015	Jassim, GA; Whitford, DL; Hickey, A; Carter, B ³⁰	Revisão Sistemática de ensaios clínicos randomizados	Mama não metastático	Depressão e ansiedade após diagnóstico de câncer
2015	Cunningham R, Sarfati D, Stanley J, Peterson D, Collings S ⁵²	Estudo observacional de coorte	Mama e Colorretal	Esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar e outros que usam serviços de saúde mental antes do diagnóstico de câncer
2014	Cristiane DB, Jacob AL, Araujo TCCF ²⁷	Estudo observacional transversal	Predominantemente Mama e Hematológico	Ansiedade e Depressão após diagnóstico de câncer

Legenda: SMI: Transtorno Mental Grave

DISCUSSÃO

A discussão foi dividida em cinco tópicos, a saber: 1. Qualidade de vida em pacientes com câncer e transtorno mental; 2. Adesão à triagem do câncer em pacientes com transtornos mentais graves; 3. Triagem em pacientes oncológicos que desenvolveram transtorno mental; 4. Mortalidade de pacientes com transtornos mentais prévios ao câncer; 5. Mortalidade de pacientes oncológicos com transtorno mental.

Qualidade de vida em pacientes com câncer e transtorno mental

Os estudos analisados indicaram que o diagnóstico de câncer em pessoas com histórico ou predisposição a transtornos mentais compromete a qualidade de vida, agravando aspectos físicos, emocionais e sociais. Além disso, sintomas como depressão, ansiedade e sofrimento psíquico são comuns e se intensificam após o diagnóstico e durante o tratamento.¹³⁻¹⁷ Ainda, fatores como a alteração da imagem corporal, perda de feminilidade, disfunções性uais e impactos na autoestima foram fortemente associados a uma pior percepção da qualidade de vida, especialmente em mulheres com câncer de mama.¹⁸⁻²³ Do mesmo modo, aspectos socioeconômicos, como baixa renda e menor escolaridade, surgem como agravantes importantes, aumentando a vulnerabilidade psíquica e social desses indivíduos.^{15,24}

Sintomas físicos como fadiga, dor, insônia, dispneia e perda de apetite também aparecem frequentemente associados ao sofrimento psicológico, formando um ciclo que compromete o autocuidado e acentua a diminuição da qualidade de vida.^{25,26} Esses agravos repercutem de forma significativa na adesão ao tratamento, no prognóstico e até na sobrevida.^{14,27} Tais achados estão em consonância com a literatura científica, que aponta que o câncer impõe uma carga significativa de estresse não apenas ao paciente, mas também à família e aos profissionais de saúde envolvidos. Ao longo da evolução da doença, os fatores físicos e emocionais interagem e influenciam negativamente os resultados terapêuticos e a qualidade de vida.²⁸

Por outro lado, intervenções psicosociais, como psicoterapia cognitivo-comportamental, desenvolvimento da inteligência emocional, ioga e meditação mostraram-se efetivas na redução de sintomas ansiosos e depressivos, bem como na melhora da percepção da imagem corporal, da autoestima e da qualidade de vida.^{20,29,30} Além disso, a esperança surge como um fator protetivo, com relação inversa aos níveis de depressão, destacando-se como elemento relevante no enfrentamento da doença.³¹ Nesse sentido, a literatura também corrobora esses resultados, destacando a eficácia da Terapia CognitivoComportamental (TCC), ao favorecer interpretações mais adaptativas dos eventos, o que contribui para respostas emocionais mais saudáveis e uma melhor qualidade de vida.³² A espiritualidade, por sua vez, surge como um recurso complementar, oferecendo suporte emocional ao longo do tratamento e da trajetória da doença.³³

Adesão à triagem do câncer em pacientes com transtornos mentais graves

Estudos consistentes demonstram que pessoas com transtornos mentais graves (TMG), como esquizofrenia e transtorno bipolar, apresentam taxas significativamente menores de participação em programas de rastreamento de câncer – incluindo exames para mama, colo do útero, próstata e intestino – em comparação com a população geral.³⁴⁻⁴⁰ Entre os principais obstáculos à adesão estão sintomas psicóticos, apatia, desorganização do pensamento, medo do diagnóstico, experiências traumáticas anteriores, falta de motivação e barreiras logísticas.^{35,38,41}

A condição socioeconômica, a etnia e o acesso limitado a serviços de saúde são barreiras adicionais, que se somam às vulnerabilidades impostas pelo transtorno mental.^{34,37} Além da desigualdade de acesso, estudos apontam que os pacientes com TMG frequentemente recebem cuidados oncológicos de menor qualidade, com menos opções terapêuticas e menor adesão às diretrizes clínicas, o que torna mais grave os desfechos.⁴²

O estigma social e a resistência de alguns profissionais em realizar decisões compartilhadas com esses pacientes também dificultam o acesso ao cuidado preventivo.^{35,43} Pessoas com doenças mentais são submetidas a exames de rastreamento de câncer em taxas muito inferiores às da população em geral, o que pode contribuir para índices mais elevados de mortalidade por câncer entre esse grupo.⁴⁴

Outro aspecto relevante se refere ao fato de que indivíduos com esquizofrenia apresentam maior risco para determinados tipos de câncer, com variações conforme o sexo: mulheres tendem a desenvolver mais cânceres de mama e bexiga, enquanto homens apresentam maior incidência de câncer colorretal, o que sugere a necessidade de programas de triagem sensíveis a questões de gênero.⁴¹ Tais evidências dialogam com a literatura sobre as diferenças entre os sexos na incidência e localização do câncer colorretal, reforçando a necessidade de estratégias de rastreamento específicas e sensíveis às particularidades de gênero. Enquanto homens tendem a desenvolver mais tumores retais, mulheres apresentam maior prevalência de tumores proximais, muitas vezes associados à instabilidade de microsatélites. Essas distinções, aliadas às variações na adesão ao rastreamento por sexo, idade e etnia, reforçam a importância de diretrizes personalizadas que ampliem a eficácia das estratégias preventivas e promovam melhores desfechos.⁴⁵

Além disso, a literatura confirma que a elaboração de protocolos de triagem fundamentados em variáveis preditivas e nomogramas contribui para uma estimativa de risco mais precisa, ao incorporar fatores sociodemográficos e clínicos relevantes. Esses modelos auxiliam, sobretudo, na definição de critérios objetivos para o encaminhamento de pacientes a serviços de saúde mental. Com indicadores de precisão superiores a 0,68, demonstrando maior desempenho em relação aos instrumentos tradicionais de rastreamento. Dessa forma, ao integrar múltiplos fatores de risco, esses protocolos permitem uma triagem mais refinada, permitindo a priorização de casos, o direcionamento adequado das intervenções e a personalização do cuidado.⁴⁶

Triagem em pacientes oncológicos que desenvolveram transtorno mental

Outros estudos evidenciaram que os sintomas depressivos são significativamente mais prevalentes em pacientes oncológicos do que na população geral. Além disso, destaca-se que o subdiagnóstico dos transtornos mentais também é uma barreira recorrente, especialmente em homens, que tendem a ocultar seus sintomas emocionais.^{47,48} A literatura reforça a importância da triagem sistemática de transtornos mentais no contexto oncológico, especialmente diante da alta prevalência de depressão e ansiedade entre pacientes com câncer que frequentemente estão associadas ao impacto emocional do diagnóstico, aos efeitos colaterais do tratamento, à incerteza quanto ao prognóstico e ao medo da recidiva. A falta de identificação e manejo adequados desses sintomas pode comprometer significativamente a qualidade de vida, reduzir a adesão ao tratamento e contribuir para piores desfechos clínicos.^{49,50}

Mortalidade de pacientes com transtornos mentais prévios ao câncer

A literatura revisada evidencia de forma consistente que a mortalidade por câncer é significativamente maior em indivíduos

com TMG, como esquizofrenia e transtorno bipolar, em comparação com a população geral.^{51,52}

Essa disparidade não decorre, necessariamente, de uma maior incidência de câncer nessa população, mas sim de uma complexa interação de fatores clínicos, psicossociais e estruturais que comprometem a detecção precoce e a efetividade do tratamento oncológico. Irwin et al.⁵³ (2019) observaram que pacientes com esquizofrenia tendem a subestimar seu risco oncológico, devido a déficits cognitivos que dificultam a compreensão da gravidade da doença e a necessidade de prevenção. Essa percepção distorcida compromete a adesão a programas de cessação do tabagismo e rastreamento, especialmente em casos de câncer de pulmão. Além disso, Grassi et al.⁵¹ (2021) destacaram que a baixa participação desses pacientes em programas de rastreamento contribui para diagnósticos em estágios mais avançados, quando as possibilidades terapêuticas são mais limitadas e o prognóstico é desfavorável. Essa condição é agravada por dificuldades no acesso a tratamentos especializados, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia, além dos efeitos adversos de psicofármacos e do risco elevado de suicídio. Corroborando esses achados, Mahar et al.⁵⁴ (2020), reforçam que indivíduos com histórico de internação psiquiátrica apresentam menor probabilidade de receber tratamento oncológico adequado e maior risco de mortalidade, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social. O estudo de Cunningham⁵² (2015) complementa essa análise ao demonstrar que, embora a incidência de câncer em pessoas com doença mental seja semelhante à da população geral, a mortalidade é mais alta, o que indica falhas em diferentes etapas da linha de cuidado. Além disso, destaca que a piora nos desfechos varia conforme o tipo de câncer e o diagnóstico psiquiátrico, reforçando a importância de estratégias específicas para cada subgrupo.

Esses achados corroboram com a literatura e reforçam que pacientes com histórico de transtornos mentais graves apresentam maior risco de mortalidade por câncer, especialmente quando a gravidade do quadro psiquiátrico exige níveis mais intensos de assistência.⁵⁵ Essa associação está relacionada a múltiplos fatores, incluindo menor adesão ao rastreamento, presença de comorbidades, interações medicamentosas e limitações cognitivas que dificultam a adesão ao tratamento.⁵⁶ Além disso, o estigma associado à saúde mental pode resultar em negligência clínica, atrasando o diagnóstico e contribuindo para piores prognósticos, como o aumento do risco de metástases.⁵⁷

Mortalidade de pacientes oncológicos com transtorno mental

Os sintomas depressivos estão significativamente associados à menor adesão ao tratamento em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (HNC), contribuindo para piores desfechos clínicos e aumento da mortalidade.⁵⁸ Esses resultados reforçam evidências consolidadas na literatura, que apontam a depressão como um fator de risco independente para a mortalidade em pacientes oncológicos, independentemente do tipo ou estágio do câncer. Esse impacto é ainda mais acentuado em pacientes idosos, que costumam enfrentar barreiras adicionais ao tratamento da saúde mental, como o estigma, a presença de comorbidades e o acesso limitado a cuidados especializados.⁵⁹

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa evidenciaram que pacientes com transtornos mentais graves enfrentam obstáculos substanciais para aderir à triagem oncológica. Além disso, apresentam pior qualidade de vida e menor taxa de sobrevida quando comparados àqueles sem histórico de transtornos mentais.

Apesar da relevância e da atualidade do tema, esta revisão apresenta algumas limitações importantes. Em primeiro lugar, observa-se uma escassez de estudos que abordem de forma integrada os aspectos oncológicos e os transtornos mentais, o que restringe a abrangência da análise e dificulta a generalização dos achados. Além disso, a heterogeneidade metodológica entre os estudos incluídos – com diferentes critérios diagnósticos, populações-alvo e instrumentos de avaliação – limita a comparação direta entre os resultados. Outro ponto relevante é que muitos dos artigos disponíveis concentram-se em populações específicas, como mulheres com câncer de mama ou indivíduos com esquizofrenia, o que pode não refletir a diversidade de experiências presentes em outros subgrupos. A predominância de estudos de natureza observacional e a escassez de ensaios clínicos randomizados também comprometem o vigor das evidências quanto à efetividade de intervenções psicossociais.

Ainda, é importante considerar que esta revisão está sujeita a vieses de seleção, dado que foram incluídos apenas estudos disponíveis em determinadas bases de dados e idiomas, o que pode ter resultado na exclusão de evidências relevantes. Por fim, o estigma social em torno da saúde mental e do câncer pode influenciar tanto a subnotificação de sintomas quanto a produção científica sobre o tema, o que evidencia a necessidade de mais pesquisas interdisciplinares e sensíveis às complexidades psicossociais desses pacientes.

Diante das limitações identificadas, recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a investigação sobre a interseção entre saúde mental e oncologia por meio de estudos com delineamentos mais robustos, como ensaios clínicos randomizados e pesquisas longitudinais, capazes de estabelecer relações causais mais precisas. Também é fundamental ampliar a diversidade das amostras, incluindo diferentes tipos de câncer, transtornos mentais variados e perfis socio-demográficos distintos, a fim de aumentar a representatividade e a aplicabilidade dos resultados. É necessário também fomentar uma agenda científica interdisciplinar, que enfrente o estigma e promova a inclusão da saúde mental como componente essencial do cuidado oncológico integral.

REFERÊNCIAS

1. Incidência de câncer no Brasil - 2023. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, INCA, 2022. Disponível em: [\[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa2023.pdf\]](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa2023.pdf). Acesso em: 10 de abril de 2024.
2. Câncer - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: [\[https://www.paho.org/pt/topicos/cancer\]](https://www.paho.org/pt/topicos/cancer). Acesso em: 10 de abril de 2024.
3. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Organização Pan-Americana da Saúde, Genebra, Organização Mundial da Saúde (OMS), 2022. Disponível em: [\[https://www.paho.org/pt/noticias/17-62022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao\]](https://www.paho.org/pt/noticias/17-62022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao). Acesso em: 10 de abril de 2024.
4. Relatório mundial da saúde | Saúde mental: nova concepção, nova esperança. World Health Organization. 1211 Genebra 27, Suíça, 2002. Disponível em: [\[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y\]](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y). Acesso em: 10 de abril de 2024.
5. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalência de condições de saúde mental em pacientes com câncer em cuidados intensivos - uma meta-análise. Ann Oncol. 2010 Maio;21(5):925-30. doi: 10.1093/annonc/mdp515. Epub 2009 3 de novembro. PMID: 19887467.

6. Tratamento do câncer. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer. INCA, 2022. Disponível em: [\[https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento#\]](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento#). Acesso em: 10 de abril de 2024.
7. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental | SECRETARIA DE ESTADO DASAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Vitória-ES, 2018. Disponível em: [\[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf\]](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf). Acesso em: 10 de abril de 2024.
8. Caruso R, Breitbart W. Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020 Jan 9;29:e86. doi: 10.1017/S2045796019000866. PMID: 31915100; PMCID: PMC7214708.
9. Borrull-Guardeño J, Domínguez A, Merizalde-Torres MH, Sánchez-Martínez V. Triagem de Câncer Cervical em Mulheres com Transtornos Mentais Graves: Uma Abordagem ao Contexto Espanhol. Enfermeira de câncer. 2019 Jul/Ago;42(4):E31-E35. doi: 10.1097/NCC.0000000000000608. PMID: 29677009
10. Yee EF, White R, Lee SJ, Washington DL, Yano EM, Murata G, HandanosC, Hoffman RM. Mental illness: is there an association with cancer screening among women veterans? *Womens Health Issues.* 2011 Jul-Aug;21(4 Suppl):S195-202. doi: 10.1016/j.whi.2011.04.027. PMID: 21724141.
11. GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
12. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Instituto Código Civil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 de janeiro de 2022. Disponível em: [\[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm#:~:text=20~15\)%20\(Vig%C3%A3ncia\)-,Art.,os%20atos%20da%20vida%20civil\]](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm#:~:text=20~15)%20(Vig%C3%A3ncia)-,Art.,os%20atos%20da%20vida%20civil). Acesso em: 16 de junho de 2024.
13. FERREIRA, A. S.; BICALHO, B. P.; ODA, J. M. M.; DUARTE, S. J. H.; MACHADO, R. M. Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 185-189, set/dez. 2015
14. Unal D, Orhan O, Ozsoy SD, Besirli A, Eroglu C, Kaplan B. Effect of radiotherapy on psychiatric disorder in patients with head and neck cancer. *Indian J Cancer.* 2016 Jan-Mar;53(1):162-5. doi: 10.4103/0019-509X.180816. PMID: 27146770.
15. Shirama, Flávio Hiroshi. Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2017 [citado 2024-07-04]. doi:10.11606/T.22.2018.tde-28112017-163739.
16. Vivanco Muñoz KE, Ibañez Limaico JL, Estévez Montalvo LE. Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de. Primera vez: Revisión sistemática. *Oncología (Guayaquil)* [Internet]. 2022;55-70. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1368945>. DOI: <https://doi.org/10.33821/602>
17. Roy DC, Lun R, Wang TF, Chen Y, Wells P. Life dissatisfaction in Canadians aged 40 and above with cancer and mental health disorders: A cross-sectional study using the Canadian Community Health Survey. *Cancer Med.* 2021 Nov;10(21):7601-7609. doi: 10.1002/cam4.4287. Epub 2021 Sep 28. PMID: 34582119; PMCID: PMC8559453.
18. Mathias AS, Gomes FK, Chagas PD, Campos DA, Leão MA. Aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres. *Femina.* 2022;50(5):311-5. Disponível em: [\[https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1380711\]](https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1380711)
19. Boing L, Pereira GS, Araújo CDR, Sperandio FF, Loch MDSG, Bergmann A, Borgatto AF, Guimarães ACA. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Rev Saude Publica.* 2019 Apr 1;53:30. doi:10.11606/S1518-8787.2019053000786. PMID: 30942272; PMCID: PMC6474749.
20. Cejudo, J.; Sagrario; Mari Luz. Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama. *Ter. psicol.* p. 239-246, 2017. Dó: <http://dx.doi.org/10.4067/S071848082017000300239>.
21. Vorkapic, Camila Ferreira; Range, Bernard. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5054, jun. 2011. Disponível em: [\[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100009&lng=pt&nrm=iso\]](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 04 de julho de 2024.
22. Carvalho SMF de, Bezerra IMP, Freitas TH, Rodrigues. RCDS, Carvalho IOC de, Brasil AQ, et al. PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSION IN PATIENTS WITH BREAST CANCER. *Journal of Human Growth and Development.* 2015 Apr 7;25(1):68. doi: <https://doi.org/10.7322/JHGD.96770>
23. Cormanique TF, Almeida LE, Rech CA, Rech D, Herrera AC, Panis C. Chronic psychological stress and its impact on the development of aggressive breast cancer. *Einstein (Sao Paulo).* 2015 Jul-Sep;13(3):352-6. doi: 10.1590/S1679-45082015AO3344. PMID: 26466057; PMCID: PMC4943778.
24. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2017 Dec 21;25(0). Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
25. Gutiérrez-Gómez T, Peñarrieta-de Cordova MI, Malibrán-Luque DJ, Piñones-Martínez MS, Cosme-Mendoza M, Gaspar Meza-de Navarrete N, et al. Factores emocionales asociados al automanejo en personas con diagnóstico de cáncer. *Enfermería universitaria* [Internet]. 2021 Jun 1;18(2):63-77. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632021000200063&script=sci_arttext. Doi: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.957>
26. Claudio Pereira AA, de Paula Passarin N, Henriques Coimbra J, Grasso Pacheco G, Pereira Rangel M. Avaliação da Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Oncológicos Submetidos à Radioterapia. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 17º de dezembro de 2024];66(1):e-12775. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/775>
27. Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF de. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF* [Internet]. 2014 Aug;19(2):187-97. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n2/a02v19n2.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004>
28. Knobf MT, Musanti R, Dorward J. Exercise and quality of life outcomes inpatients with cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2007 Nov;23(4):285-96. doi: 10.1016/j.soncn.2007.08.007. PMID: 18022056.
29. Coutiño-Escamilla L, Piña-Pozas M, Guimaraes-Borges G, Tobiás-Garcés A, López-Carrillo L. Intervenciones no farmacológicas para reducir síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama [Non-pharmacological interventions to reduce depressive symptoms in women with breast cancer]. *Salud Publica Mex.* 2019 Jul-Ago;61(4):532-541. Spanish. doi: 10.21149/9980. Epub 2019 Jul 17. PMID: 31322846.
30. Jassim GA, Whitford DL, Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mai 28;(5):CD008729. doi: 10.1002/14651858.CD008729.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Jan 11;1:CD008729. doi: 10.1002/14651858.CD008729.pub3. PMID: 26017383.
31. Schuster, J.T.; Feldens, V.P.; Iser, P.M.; Ghislandi, G.M. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. *Rev. AMRIGS*, p.84-89, 2015. Disponível em: https://archive.org/web/20180412025616id_/http://www.amrigs.org/web/20180412025616id_

- br/ revista/59-02/03_1455_Revista%20AMRIGS.pdf]
32. Beck, J. S. (2022). Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 3^aEd. Porto Alegre. Artmed. 412 p.i. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100016>
33. Marques TCS, Pucci SHM. Espiritualidade nos cuidados paliativos depacientes oncológicos. Psicol USP [Internet]. 2021;32:e200196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200196>.
34. Kerrison RS, Jones A, Peng J, Price G, Verne J, Barley EA, Lugton C. Inequalities in cancer screening participation between adults with and without severe mental illness: results from a cross-sectional analysis of primary care data on English Screening Programmes. Br J Cancer. 2023 Jul;129(1):81-93. doi: 10.1038/s41416-023-02249-3. Epub 2023 May 4. PMID: 37137996; PMCID: PMC10307861.
35. Murphy KA, Stone EM, Presskreischer R, McGinty EE, Daumit GL, Pollack CE. Cancer Screening Among Adults With and Without Serious Mental Illness: A Mixed Methods Study. Med Care. 2021 Apr 1;59(4):327-333. doi: 10.1097/MLR.0000000000001499. PMID: 33704103; PMCID: PMC7952680.
36. Ouk M, Edwards JD, Colby-Milley J, Kiss A, Swardfager W, Law M. Psychiatric morbidity and cervical cancer screening: a retrospective populationbased case-cohort study. CMAJ Open. 2020 Mar 10;8(1):E134-E141. doi: 10.9778/cmajo.20190184. PMID: 32161045; PMCID: PMC7065560.
37. Eriksson EM, Lau M, Jönsson C, Zhang C, Risö Bergerlind LL, Jonasson JM, Strandér B. Participation in a Swedish cervical cancer screening program among women with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. BMC Public Health. 2019 Mar 18;19(1):313. doi: 10.1186/s12889-019-6626-3. PMID: 30885177; PMCID: PMC6421650.
38. Fujiwara M, Inagaki M, Nakaya N, Fujimori M, Higuchi Y, Hayashibara C, SoR, Kakeda K, Kodama M, Uchitomi Y, Yamada N. Cancer screening participation in schizophrenic outpatients and the influence of their functional disability on the screening rate: A cross-sectional study in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2017 Dez;71(12):813-825. doi: 10.1111/pcn.12554. Epub 2017 Sep 5. PMID: 28875514.
39. Clifton A, Burgess C, Clement S, Ohlsen R, Ramluggun P, Sturt J, Walters P, Barley EA. Influences on uptake of cancer screening in mental health service users: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2016 Jul 12;16:257. doi: 10.1186/s12913-016-1505-4
40. Barley EA, Borschmann RD, Walters P, Tylee A. Interventions to encourage uptake of cancer screening for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Set;26(9):CD009641. doi: 10.1002/14651858.CD009641.pub3. PMID: 27668891; PMCID: PMC6457619.
41. Chen LY, Hung YN, Chen YY, Yang SY, Pan CH, Chen CC, Kuo CJ. Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia: nationwide cohort study in Taiwan, 2000-2010. Epidemiol Psychiatr Sci. 2018 Abr;27(2):146-156. doi: 10.1017/S204796016000883. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27866510; PMCID: PMC6998952.
42. Irwin KE, Park ER, Shin JA, Fields LE, Jacobs JM, Greer JA, Taylor JB, Taghian AG, Freudreich O, Ryan DP, Pirl WF. Predictors of Disruptions in Breast Cancer Care for Individuals with Schizophrenia. Oncologist. 2017 Nov;22(11):1374-1382. doi: 10.1634/theoncologist.2016-0489. Epub 2017 May 30. PMID: 28559411; PMCID: PMC5679818.
43. Woodhead C, Cunningham R, Ashworth M, Barley E, Stewart RJ, Henderson MJ. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness: a data linkage study. BMC Cancer. 2016 Oct 21;16(1):819. doi: 10.1186/s12885-016-2842-8. Erratum in: BMC Cancer. 2019 Feb 15;19(1):152. doi: 10.1186/s12885-019-5357-2. PMID: 27769213; PMCID:
44. Solmi M, Firth J, Miola A, Fornaro M, Frison E, Fusar-Poli P, Dragioti E, ShinJI, Carvalho AF, Stubbs B, Koyanagi A, Kiseley S, Correll CU. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4,717,839 people. Lancet Psychiatry. 2020 Jan;7(1):52-63. doi: 10.1016/S22150366(19)30414-6. Epub 2019 Nov 29. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2020 Jan;7(1):e3. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30472-9. PMID: 31787585.
45. Massat NJ, Moss SM, Halloran SP, Duffy SW. Triagem e Prevenção Primária do Câncer Colorretal: uma Revisão das diferenças específicas de sexo e locais. Jornal de Triagem Médica. 2013;20(3):125-148. doi: 10.1177/0969141313501292
46. Lima MP, Longatto-Filho A, Osório FL. Variáveis Preditoras e Protocolo de Triagem para Transtornos Depressivos e de Ansiedade em Pacientes Ambulatoriais com Câncer. Por FAVOR, um. 8 de março de 2016;11(3):e0149421. doi: 10.1371/journal.pone.0149421. PMID: 26954671; PMCID: PMC4783052.
47. Schouten B, Avau B, Bekkering GTE, Vankrunkelsven P, Mebis J, Hellings J, Van Hecke A. Systematic screening and assessment of psychosocial wellbeing and care needs of people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Mar 26;3(3):CD012387. doi: 10.1002/14651858.CD012387.pub2. PMID: 30909317; PMCID: PMC6433560.
48. Reinert Cde A, Ribas MR, Zimmermann PR. Drug interactions betweenantineoplastic and antidepressant agents: analysis of patients seen at an oncology clinic at a general hospital. Trends Psychiatry Psychother. 2015 AbrJun;37(2):87-93. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0003. PMID: 26222300.
49. Jawad AZ, Grummedal O, Madsen MT, Gögenur I. Prevention of depression in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychiatr Res. 2020;120:113-123. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.10.009.
50. Yu, Wei-Zhen, Hsin-Fang Wang, Yen-Kuang Lin, Yen-Lin Liu, Yun Yen, Jacqueline Whang-Peng, Tsai-Wei Huang e Hsiu-Ju Chang. 2024. "O Efeito da Navegação do Enfermeiro de Oncologia na Saúde Mental em Pacientes com Câncer em Taiwan: Um Ensaio Clínico Controlado Randomizado" Current Oncology 31, no. 7: 4105-4122. <https://doi.org/10.3390/curroncol31070306>
51. Grassi L, Stivanello E, Belvederi Murri M, Perlangeli V, Pandolfi P, Carnevali F, Caruso R, Saponaro A, Ferri M, Sanza M, Fioritti A, Meggiolaro E, Ruffilli F, Nanni MG, Ferrara M, Carozza P, Zerbinati L, Toffanin T, Menchetti M, Berardi D. Mortality from cancer in people with severe mental disorders in Emilia Romagna Region, Italy. Psychooncology. 2021 Dec;30(12):2039-2051. doi: 10.1002/pon.5805. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34499790; PMCID: PMC9290959.
52. Cunningham R, Sarfati D, Stanley J, Peterson D, Collings S. Cancersurvival in the context of mental illness: a national cohort study. Gen Hosp Psychiatry. 2015 Nov-Dec;37(6):501-6. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.06.003. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26160056.
53. Irwin KE, Steffens EB, Yoon Y, Flores EJ, Knight HP, Pirl WF, Freudreich O, Henderson DC, Park ER. Lung Cancer Screening Eligibility, Risk Perceptions, and Clinician Delivery of Tobacco Cessation Among Patients With Schizophrenia. Psychiatr Serv. 2019 Out 1;70(10):927-934. doi: 10.1176/appi.ps.201900044. Epub 2019 Jul 30. PMID: 31357921; PMCID: PMC8386131.
54. Mahar AL, Kurdyak P, Hanna TP, Coburn NG, Groome PA. The effect of asevere psychiatric illness on colorectal cancer treatment and survival: A population-based retrospective cohort study. PLoS One. 2020 Jul 29;15(7):e0235409. doi: 10.1371/journal.pone.0235409. PMID: 32726314; PMCID: PMC7390537.
55. Klaassen Z, Wallis CJD, Goldberg H, Chandrasekar T, Sayyid RK, Williams SB, Moses KA, Terris MK, Nam RK, Urbach D, Austin PC, Kurdyak P, Kulkarni GS. The impact of psychiatric utilisation prior to cancer diagnosis on survival of solid organ malignancies. Br J Cancer. 2019 Apr;120(8):840-847. doi: 10.1038/

- s41416-019-0390-0. Epub 2019 Mar 6. PMID: 30837680; PMCID: PMC6474265.
56. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, Taylor D, Thornicroft G. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol.* 2010 Ago;11(8):797-804. doi: 10.1016/S14702045(10)70085-1. Epub 2010 Jul 3. PMID: 20599423.
57. Bellman V, Russell N, Depala K, Dellenbaugh A, Desai S, Vedulaapuram R, Patel S, Srinivas S. Challenges in Treating Cancer Patients With Unstable Psychiatric Disorder. *World J Oncol.* 2021 Out;12(5):137-148. doi: 10.14740/wjon1402. Epub 2021 Oct 5. PMID: 34804276; PMCID: PMC8577605.
58. Lee JH, Ba D, Liu G, Leslie D, Zacharia BE, Goyal N. Association of Head and Neck Cancer With Mental Health Disorders in a Large Insurance Claims Database. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019 Apr 1;145(4):339-344. doi: 10.1001/jamaotol.2018.4512. PMID: 30816930; PMCID: PMC6481424.
59. Pinquart M, Duberstein PR. Depressão e mortalidade por câncer: uma meta-análise. *Psicol Med.* 2010 Nov;40(11):1797-810. doi: 10.1017/S0033291709992285. Epub 2010 20 de janeiro. PMID: 20085667; PMCID: PMC2935927.