

Cancro em comorbilidade com doença mental grave: desigualdades nos cuidados de saúde e prognóstico

Cancer in comorbidity with severe mental illness: inequalities in healthcare and prognosis

Catarina Marques Oliveira^{1*}, Catarina Portela¹, Marta Gonçalves¹, Ana Dias Amaral²

¹Unidade Local de Saúde de Santo António, Hospital Magalhães Lemos; ²Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal

Resumo

Desde o início do século XX, diversos autores observaram que indivíduos com doença mental grave (DMG) apresentam maior incidência de doenças físicas e mortalidade precoce em comparação com a população geral. A esperança média de vida é reduzida em 10 a 30 anos, sendo as principais causas de morte as doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias. Fatores como estilos de vida pouco saudáveis, dificuldades socioeconómicas, mecanismos neurobiológicos da doença e efeitos adversos dos psicofármacos contribuem para esse cenário. Também são conhecidas as limitações no acesso aos cuidados de saúde e na prestação de cuidados básicos adequados. Este estudo visa avaliar as desigualdades nos cuidados oncológicos em indivíduos com DMG, por meio de revisão bibliográfica na base de dados PubMed. A literatura revela taxas reduzidas de rastreio, diagnósticos tardios e apresentação da doença oncológica em fases mais avançadas. Estilos de vida prejudiciais, baixa adesão ao tratamento, dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, comorbilidades médicas e interações medicamentosas são fatores importantes. Esses pacientes têm menor probabilidade de receber tratamento adequado ao estadiamento da doença e acesso tardio a cuidados paliativos. O fenómeno de “overshadowing” (atribuição errada de sintomas físicos à doença mental) e o estigma associado à doença mental agravam essas desigualdades. Apesar do consenso sobre essas disparidades, ainda há poucos estudos sobre intervenções eficazes. Melhor articulação entre especialidades médicas e psiquiatria, formação em saúde mental, redução do estigma e uma abordagem holística podem melhorar significativamente os cuidados oncológicos em pacientes com DMG.

Palavras-chave: Doença mental grave. Cancro. Desigualdades. Prestação de cuidados. Estigma.

Abstract

Since the early 20th century, researchers have noted that individuals with severe mental illness (SMI) experience higher rates of physical illness and premature mortality compared to the general population. Life expectancy is reduced by 10 to 30 years, with cardiovascular, neoplastic, and respiratory diseases being the leading causes of death. Contributing factors include unhealthy lifestyles, socioeconomic difficulties, neurobiological aspects of mental illness, and side effects of psychotropic medications. Limited access to healthcare and inadequate basic care are also well documented. This study reviews disparities in cancer care among individuals with SMI compared to the general population, through a literature search on PubMed and analysis of relevant studies. Evidence shows lower cancer screening rates, delayed diagnoses, and more advanced

***Correspondence:**

Catarina Marques Oliveira
E-mail: catarinaoliveira11@hotmail.com

Date of reception: 21-10-2024

Date of acceptance: 17-02-2025

DOI: 10.24875/RPO.M25000013

Available online: 16-06-2025

Rev. Port. Oncol. 2025;8(2):54-60

www.rponcologia.com

2976-0062 / 2025 © Sociedade Portuguesa de Oncologia. Published by Permanyer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

disease stages at presentation in this population. Contributing factors include harmful lifestyle habits, poor adherence to care, communication barriers, medical comorbidities, and medication interactions. Patients with SMI are less likely to receive appropriate treatment for their cancer stage and often face delayed referral to palliative care. The phenomenon of “diagnostic overshadowing”—misattributing physical symptoms to mental illness—and mental health stigma further aggravate these disparities. Despite consistent recognition of these inequalities, few studies focus on interventions. Enhancing collaboration between psychiatry and other specialties, improving mental health training for healthcare providers, reducing stigma, and adopting a holistic approach to care may help bridge these gaps and improve cancer care outcomes for patients with severe mental illness.

Keywords: Severe mental illness. Cancer. Disparities. Care delivery. Stigma.

Introdução

A doença mental grave (DMG) representa uma condição psiquiátrica com impacto substancial na vida quotidiana de um indivíduo, interferindo significativamente no seu funcionamento global^{1,2}. Este termo engloba um espectro de perturbações mentais, comportamentais e emocionais, incluindo esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbação bipolar e depressão maior¹.

Em meados do século XX, Emil Kraepelin observou que indivíduos com DMG apresentavam taxas de mortalidade superiores à média da população geral^{1,3}. Estudos contemporâneos confirmam essa observação, demonstrando maior prevalência de doenças médicas crónicas e consequente mortalidade prematura^{4,5}. As principais causas de morte são doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias^{1,5,6}.

Anteriormente, o suicídio era considerado uma causa predominante de morte neste grupo. Contudo, medidas eficazes de prevenção reduziram a mortalidade por suicídio em cerca de 40%, sendo hoje responsável por apenas 13,5% das mortes em pessoas com DMG^{1,6}.

Atualmente, constata-se uma disparidade significativa no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde prestados a indivíduos com DMG. Tal desigualdade deve-se tanto às limitações funcionais da própria doença como ao persistente estigma e discriminação social¹. Essas desigualdades resultam frequentemente em subdiagnóstico e subtratamento de doenças somáticas: estima-se que 35% dos adultos com DMG tenham uma condição somática não diagnosticada, apresentando uma taxa de mortalidade por causas desconhecidas 13 vezes superior à da população geral^{4,7}.

Outro fator relevante é o acesso predominantemente restrito aos serviços de saúde mental, com pouca integração nos cuidados de saúde primários^{1,7}.

Os estudos demonstram consistentemente que estes doentes têm uma esperança média de vida reduzida entre 10 a 30 anos⁸. Esta diferença não só persiste, como

tem vindo a agravar-se nas últimas décadas⁹. Bramberg et al. sugerem que os avanços da medicina que aumentaram a longevidade na população geral não se verificaram da mesma forma entre pessoas com DMG. Destacam ainda que a mortalidade entre pessoas com esquizofrenia se mantém inalterada há 30 anos, sobretudo por causas cardiovasculares e oncológicas¹⁰.

Vários fatores contribuem para este pior prognóstico: estilos de vida pouco saudáveis, dificuldades económicas, pobreza, mecanismos neurobiológicos da doença e os efeitos adversos dos psicofármacos¹¹. Por outro lado, os serviços de saúde enfrentam dificuldades em adaptar-se às necessidades desta população, com falhas na comunicação entre especialidades médicas e a psiquiatria, comprometendo a prestação de cuidados básicos recomendados^{11,12}.

Este estudo tem como objetivo rever a literatura disponível sobre a especificidade da doença oncológica em indivíduos com DMG, bem como as desigualdades no acesso a cuidados de saúde, programas de rastreio, tratamento e cuidados de fim de vida. Além disso, são exploradas possíveis intervenções com potencial impacto positivo neste contexto.

Metodologia

Na metodologia deste estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando a base de dados PubMed. A pesquisa foi conduzida com termos relevantes relacionados às particularidades da doença oncológica em pessoas com DMG, bem como às disparidades no acesso a programas de rastreio e tratamento. Foram incluídos artigos focados em estudos originais, revisões sistemáticas e meta-análises. A revisão foi conduzida de forma abrangente, com o objetivo de oferecer uma análise detalhada da literatura disponível sobre o tema. Os resultados foram analisados e discutidos para fornecer insights relevantes e contribuir para a compreensão das questões abordadas neste estudo.

Discussão

Doença oncológica na doença mental grave

No que concerne especificamente à doença oncológica, é consensual que doentes com DMG enfrentam atrasos na avaliação por parte dos cuidados de saúde primários, menores taxas de avaliação diagnóstica e, consequentemente, um diagnóstico mais tardio muitas vezes associado a uma maior taxa de doença metastática à apresentação^{12,13}. Além disso, estudos sugerem que o estágio da doença parece ter pouco impacto na mortalidade por cancro nestes doentes, indicando que esta resulta principalmente do acesso deficitário a cuidados de saúde de qualidade e a intervenções especializadas para o tratamento destas doenças^{1,14}.

Além disso, é importante destacar os comportamentos que aumentam o risco de cancro nestes pacientes, como o abuso de substâncias, tabagismo, má nutrição, entre outros^{11,12}.

Sabe-se que estes indivíduos apresentam taxas mais elevadas de mortalidade associadas ao cancro, abrangendo todos os tipos de neoplasias, especialmente o cancro do pulmão no sexo masculino e o cancro da mama e colorretal no sexo feminino¹². Segundo Cunningham et al.¹³, doentes com Esquizofrenia, Perturbação Esquizoafetiva ou outras doenças psicóticas e Perturbação Bipolar têm três vezes mais probabilidade de morrer de cancro. Estudos indicam um aumento de 50% nas taxas de mortalidade para estes indivíduos, com uma proporção mais elevada de mortes em idades mais jovens^{11,12}.

Quanto à incidência de doença oncológica em indivíduos com DMG, os estudos revelam resultados contraditórios. Alguns sugerem um aumento da incidência de certos tipos de cancro nestes doentes, particularmente o cancro do pulmão e da mama^{1,12}.

Outros estudos sugerem que a incidência de cancro parece ser semelhante à da população em geral entre os indivíduos com DMG¹⁵. No entanto, existem vários fatores confundidores que dificultam a interpretação desses resultados, incluindo os estilos de vida associados à DMG e a menor esperança média de vida destes pacientes. É importante considerar que estes, muitas vezes, não alcançam idades mais avançadas, onde o cancro é mais frequentemente diagnosticado na população em geral^{1,15}. Estes fatores podem influenciar a deteção e o diagnóstico de doença oncológica em pessoas com DMG, resultando numa possível subestimação da verdadeira incidência da doença neste grupo populacional.

Há literatura que sugere que a incidência de cancro parece ser inferior à da população em geral entre os

homens com DMG, ao contrário do que se verifica com o sexo feminino¹⁵. Esta disparidade pode ser atribuída ao facto de os homens com DMG tenderem a evitar mais o contacto com os cuidados de saúde, o que pode resultar num subdiagnóstico. Além disso, o cancro da mama parece ser mais prevalente nas mulheres com DMG, o que pode justificar a elevada taxa global de cancro no sexo feminino deste grupo populacional¹⁵. Anteriormente, acreditava-se que esse aumento se devia ao uso de antipsicóticos; no entanto, atualmente, defende-se que a maior incidência de cancro da mama nas mulheres com DMG está essencialmente associada a fatores como baixa paridade, obesidade, uso/abuso de substâncias e tabagismo, sendo que os antipsicóticos parecem exercer um efeito protetor¹⁵.

As mudanças hormonais induzidas pelos psicofármacos, fatores genéticos e/ou familiares (como o gene supressor tumoral p53, angiogénese, mecanismos de reparação do DNA, entre outros), também influenciam estes resultados. No que diz respeito especificamente à prevalência, esta parece ser semelhante à da população em geral¹⁵.

DESIGUALDADES NO ACESSO AO RASTREIO DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Existe uma significativa disparidade no acesso aos rastreios de doença oncológica entre os indivíduos com DMG e a população em geral. Por um lado, observa-se uma tendência dos profissionais de saúde para desvalorizarem as queixas destes pacientes, enquanto, por outro lado, enfrentam-se as diversas complexidades inerentes a um doente com patologia psiquiátrica^{11,16}.

As comorbilidades médicas, possíveis interações medicamentosas, limitações nos mecanismos de coping, dificuldades na adesão ao rastreio e tratamento e um *delay* na procura de ajuda são fatores que contribuem para estas desigualdades. Além disso, os próprios sintomas da doença mental, como apatia, isolamento, alterações do pensamento ou da sensopercepção, falta de suporte sociofamiliar, incapacidade de tomada de decisão e dificuldades económicas, podem constituir obstáculos ao rastreio, deteção precoce e adesão ao tratamento^{16,17}.

Chochinov et al. mencionam que os doentes com esquizofrenia têm menos probabilidade de serem vistos por outras especialidades médicas que não a psiquiatria, sendo esta última a única prestadora de cuidados¹².

A literatura demonstra que o estigma associado à DMG, ainda muito presente na atualidade, é superior ao associado à doença oncológica. Assim, uma doença oncológica é mais bem aceite que uma

depressão. Este fator tem um impacto negativo na prevenção, diagnóstico e tratamento do cancro nesta população^{12,17}.

Estudos demonstram de forma consistente que as taxas de acesso aos rastreios oncológicos são inferiores à média da população em geral, sendo influenciadas por diversos fatores relacionados tanto com o doente quanto com o sistema de saúde^{16,17}. Além disso, observa-se uma redução das taxas de adesão aos programas de rastreio em cerca de 25% nesta população¹⁷.

Por um lado, os indivíduos com DMG frequentemente evitam os cuidados de saúde e apresentam um atraso na procura de ajuda, minimizando ou não interpretando adequadamente os sintomas que experienciam. Por outro lado, essa minimização dos sintomas também é observada por parte dos profissionais de saúde, evidenciando uma tendência à segregação entre sintomatologia psiquiátrica e física, com uma falha constante na integração do paciente como um todo¹². Além disso, os profissionais de saúde enfrentam grandes dificuldades na comunicação com estes pacientes, demonstrando falta de confiança, atitudes negativas em relação às pessoas com DMG ou receios de um comportamento violento, o que compromete a avaliação e interpretação das queixas e, consequentemente, a investigação diagnóstica^{12,17}.

Acrescenta-se que os pacientes com DMG enfrentam uma série de outros fatores que dificultam o acesso aos programas de rastreio, incluindo hospitalizações ou institucionalizações frequentes, falta de adesão ao médico de medicina geral e familiar, dificuldades na adaptação à complexidade de alguns programas de rastreio, falhas na comunicação, dificuldades de acesso ao transporte ou acessibilidade, falta de suporte sociofamiliar, baixo nível socioeconómico e baixa escolaridade^{15,17}.

Um dos fatores significativos que contribui para a desigualdade no acesso ao rastreio oncológico é o fenómeno do “*overshadowing*” (obscurcimento do diagnóstico). Isto ocorre quando os sintomas físicos ou comportamentais são erradamente atribuídos à doença mental^{13,18}. Este obstáculo importante, que afeta negativamente a investigação diagnóstica, é frequentemente observado nos serviços de urgência, resultando numa colheita da história clínica inadequada, aumento do preconceito e receio por parte dos clínicos em relação aos pacientes com doença mental¹³. Além disso, a falta de articulação com os profissionais de saúde mental prejudica uma orientação adequada e uma avaliação correta do paciente^{16,17}.

Independentemente das causas subjacentes, baixas taxas de rastreio de doenças oncológicas e/ou

somáticas em geral são uma característica observada em pessoas com DMG. Estes doentes recebem significativamente menos rastreios de cancro do que a população em geral, o que está associado a um diagnóstico mais tardio, maior taxa de doença metastática à apresentação e a um tratamento menos eficaz, resultando inevitavelmente num aumento da mortalidade¹⁷.

DESIGUALDADES NO TRATAMENTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Assim como ocorre com os programas de rastreio, a literatura revela desigualdades no acesso ao tratamento recomendado, o que resulta num aumento significativo da mortalidade. Neste contexto, destaca-se o papel do estigma associado à DMG, que compromete e influencia a gestão da doença oncológica¹⁵.

Como já mencionado anteriormente, os pacientes com DMG enfrentam diversas complexidades que podem dificultar o manuseamento do tratamento. Isso inclui a gestão das comorbilidades médicas, interações medicamentosas e dificuldades de comunicação médico-doente. Além disso, são observadas baixas taxas de adesão ao tratamento, sendo que o diagnóstico de psicose está associado a taxas mais baixas de cumprimento das orientações médicas do que outros diagnósticos psiquiátricos, à exceção da demência¹⁵. Também são relevantes o comprometimento dos mecanismos de *coping* para lidar com tratamentos e respetivos efeitos secundários, as características próprias da doença mental, possíveis descompensações agudas ou sintomatologia residual, comprometimento cognitivo e dúvidas quanto à capacidade de tomada de decisão, além da parca retaguarda sociofamiliar^{15,17}.

Dentro das interações farmacológicas, destacam-se as interações farmacodinâmicas entre a quimioterapia citotóxica, associada à mielossupressão, e psicofármacos que podem causar agranulocitose, como é o caso da clozapina, carbamazepina e, em menor frequência, da mianserina e mirtazapina. Além disso, é importante considerar o potencial de prolongamento do intervalo QT e taquicardias ventriculares com a associação a antipsicóticos ou antidepressivos tricíclicos¹⁶.

Outras interações relevantes são as farmacocinéticas, onde diversos psicofármacos interferem no metabolismo de agentes como tamoxifeno, docetaxel, paclitaxel e ciclofosfamida, através do citocromo P450 (CYP3A4). Portanto, fármacos que inibem o metabolismo da quimioterapia ou hormonoterapia podem aumentar os seus efeitos e os seus efeitos adversos, como é o caso da clomipramina, duloxetina, paroxetina

e fluoxetina. Por outro lado, fármacos que aumentam o metabolismo podem resultar em menor concentração e eficácia, sendo exemplos o ácido valpróico, carbamazepina e oxcarbazepina¹⁶.

São diversos os estudos que têm evidenciado disparidades no acesso ao tratamento entre pessoas com DMG e a população em geral.

Baillargeon et al.¹⁹ abordou o impacto da doença mental e do cancro colorretal em idades avançadas, constatando que estes pacientes tinham menor probabilidade de receber tratamento.

Farasatpour et al.²⁰ relatou que pessoas com cancro da mama e esquizofrenia enfrentam atrasos no diagnóstico, com um número significativo de pacientes a não receberem a cirurgia indicada.

Wiegardl et al.²¹ demonstrou disparidades no tratamento cirúrgico do cancro colorretal em pacientes com DMG, com menor probabilidade destes receberem cirurgia conservadora do esfíncter.

Irwin et al.²², que estudou pacientes com cancro da mama e esquizofrenia, concluiu que 20% dos pacientes não receberam tratamento adequado para o estágio da doença, tendo também duas vezes mais probabilidade de mastectomia radical e menor probabilidade de receber quimioterapia e radioterapia¹¹.

Dalton et al.²³ observou que indivíduos com cancro da mama e esquizofrenia ou perturbações relacionadas eram menos propensos a receber tratamentos recomendados pelas *guidelines*, mais propensos a cirurgias não conservadoras da mama e mastectomia radical, e menos propensos a receber quimioterapia isolada ou combinada com hormonoterapia¹³.

Por fim, Fond et al.²⁴ constatou que pacientes com esquizofrenia têm menor probabilidade de receber cuidados de alta intensidade durante o tratamento e menor acesso aos cuidados paliativos¹³.

Em resumo, estudos indicam que há um acesso reduzido ao tratamento adequado ao estágio da doença em pessoas com DMG e doença oncológica, em comparação com pessoas sem doença mental. Além disso, destacam uma falha significativa na comunicação médico-doente e entre diferentes especialidades médicas e a psiquiatria, o que contribui para essas disparidades no tratamento¹⁵. Adicionalmente, os estudos apontam para um grande défice no conhecimento clínico do sistema de saúde, onde os psiquiatras muitas vezes enfrentam dificuldades para orientar e tratar doenças somáticas, e outras especialidades têm um desconhecimento significativo sobre a DMG, dificultando a abordagem e a comunicação com estes pacientes^{1,15}.

DESIGUALDADES NO ACESSO AOS CUIDADOS PALIATIVOS E/OU FIM DE VIDA

No que diz respeito aos cuidados paliativos ou de fim de vida, estudos indicam que, semelhante ao acesso aos rastreios e tratamento, pessoas com DMG parecem ter menor acesso ou recebem cuidados de qualidade inferior¹⁵.

Spilsbury et al. observaram que pacientes com esquizofrenia têm menor probabilidade de receber cuidados paliativos e, de acordo com McNamara et al., recebem cuidados insuficientes devido às barreiras de acesso mencionadas anteriormente¹⁵.

Fond et al. investigou o impacto da DMG no acesso aos cuidados paliativos, concluindo que pacientes com esquizofrenia e doença oncológica avançada beneficiam menos de cuidados de alta intensidade durante o tratamento e recebem cuidados paliativos mais tardiamente. Além disso, está também descrito na literatura que a referência para cuidados paliativos nesta população é significativamente mais tardia^{15,24}.

Outros estudos também destacam que estes pacientes parecem ter uma maior tolerância à dor, o que, juntamente com dificuldades na expressão das queixas e, por vezes, sintomatologia psiquiátrica ativa, aumenta a complexidade na prestação de cuidados paliativos adequados¹⁵.

De facto, há uma formação limitada dos profissionais de saúde dos cuidados paliativos no que diz respeito à saúde mental e patologia psiquiátrica grave. A avaliação da capacidade de decisão é desafiadora e, não infrequentemente, resulta em falsos julgamentos de incapacidade. A comunicação médico-doente está comprometida, assim como a comunicação entre diferentes especialidades e a psiquiatria. Tal como nos tópicos supracitados, a falta de apoio sociofamiliar parece desempenhar um papel importante nestas desigualdades¹⁵.

INTERVENÇÕES

Apesar da evidente vulnerabilidade e aumento da mortalidade entre as pessoas com DMG e doença oncológica, ainda há uma lacuna significativa nos estudos sobre intervenções direcionadas a esta população.

É crucial melhorar a deteção precoce e promover a adesão aos programas de rastreio, bem como investir no tratamento e reabilitação atempados. Além disso, é fundamental promover a melhoria da adesão ao tratamento, através de uma comunicação mais eficaz, uma articulação adequada entre os cuidados de saúde

primários e serviços de saúde mental, bem como o envolvimento do suporte familiar e amigos^{12,15}.

É importante informar os pacientes sobre os diferentes programas de rastreio disponíveis e janela temporal ideal para a sua realização. Esta sensibilização não deve ficar restrita aos cuidados de saúde primários e, considerando que muitas vezes o único profissional de saúde prestador de cuidados ao indivíduo com DMG é o psiquiatra, esta informação e sensibilização pode e deve ser transmitida durante as consultas de psiquiatria.

Além disso, a estabilização da sintomatologia psiquiátrica e avaliação do possível comprometimento cognitivo também são elementos essenciais a serem considerados.

A intervenção comportamental e a promoção de estilos de vida saudáveis também parecem oferecer benefícios significativos, bem como medidas que abordam fatores sociais, económicos e ambientais. A terapia cognitivo-comportamental demonstra potencial para melhorar o prognóstico em pacientes com patologia oncológica e DMG, assim como a terapia de grupo, intervenção familiar e o desenvolvimento de *skills* sociais, embora estas últimas ainda menos estudadas¹⁷.

Além disso, é crucial melhorar a coordenação entre os profissionais de saúde, especialmente entre diferentes especialidades e a psiquiatria, e investir na formação e psicoeducação dos profissionais de saúde sobre saúde mental e a comunicação com estes pacientes. Não menos importante é a batalha contínua para reduzir o estigma associado à doença mental e à psiquiatria. Este é um desafio que tem sido debatido ao longo dos últimos anos, mas que ainda persiste na atualidade, prejudicando a prestação de cuidados a esta população.

Conclusão

A literatura é inequívoca ao identificar défices no acesso aos cuidados de saúde e diagnóstico e desigualdades no tratamento para pacientes com doença oncológica e DMG. É consensual que os serviços de saúde não parecem estar adequadamente preparados para lidar com as especificidades da DMG, havendo uma lacuna entre essas necessidades e os serviços oferecidos. Embora a incidência e prevalência pareçam ser semelhantes, a realidade é que a mortalidade é significativamente maior do que na população em geral.

Dado que o cancro é uma das doenças mais prevalentes a nível global e está associado a significativos problemas psicossociais e consequências psicopatológicas, é imperativo que ocorram mudanças^{11,12}.

As disparidades no acesso a rastreios, medidas preventivas e medidas promotoras de mudanças de estilo de vida, assim como desigualdades no tratamento adequado e encaminhamento tardio para os cuidados paliativos, têm um impacto negativo no prognóstico destes pacientes.

Além disso, o estigma e o obscurecimento diagnóstico, ainda prevalentes na atualidade, representam dois grandes obstáculos para a prestação de cuidados de qualidade^{13,18}. Ambos podem levar a atrasos no diagnóstico e a um desinvestimento no tratamento, comprometendo assim o prognóstico e o bem-estar dos pacientes com DMG e doença oncológica.

É também crucial aprimorar a colaboração entre a psiquiatria e outras especialidades, tais como cirurgia, radioterapia, oncologia e cuidados paliativos.

Como afirmava Hipócrates: “é mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem”. Esta abordagem centrada no paciente é essencial para garantir uma prestação de cuidados mais eficaz e holística para os doentes com DMG. Ao compreender plenamente as necessidades e circunstâncias individuais de cada paciente, os profissionais de saúde podem oferecer um cuidado mais compassivo, eficaz e personalizado, promovendo assim melhores resultados de saúde e qualidade de vida.

Financiamento

Não houve financiamento direto, outro suporte financeiro, ou suporte material recebido para este trabalho.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Considerações éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta pesquisa não foram realizados experimentos em seres humanos nem em animais.

Confidencialidade, consentimento informado e aprovação ética. O estudo não envolve dados pessoais de pacientes nem requer aprovação ética. As diretrizes SAGER não se aplicam.

Declaração sobre o uso de inteligência artificial. Os autores declaram que não utilizaram nenhum tipo de inteligência artificial generativa para a redação deste manuscrito.

Referências

- Martins DO, Rodrigues SG, Pinho M, Pereira EG. Doença somática nas pessoas com doença mental grave. *Rev Port Psiquiatr Saúde Mental*. 2022;8(3):105-113.
- Druss BG, Chwastiak L, Kern J, Parks JJ, Ward MC, Raney LE. Psychiatry's Role in Improving the Physical Health of Patients With Serious Mental Illness: A Report From the American Psychiatric Association. *Psychiatr Serv*. 2018;69(3):254-256. doi:10.1176/appi.ps.201700359
- Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;171:502-508.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
- Horvitz-Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(3):659-669. doi:10.1377/hlthaff.25.3.659
- Jayatilleke N, Hayes RD, Dutta R, Shetty H, Hotopf M, Chang CK, et al. Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness. *Eur Psychiatry*. 2017;43:109-115.
- De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-151.
- Nielsen RE, Uggerby AS, Jensen SO, McGrath JJ. Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades--a Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophr Res*. 2013;146(1-3):22-27.
- Ösby U, Westman J, Hällgren J, Gissler M. Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987-2010. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):867-871.
- Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):12.
- Grassi L, Riba MB. Disparities and inequalities in cancer care and outcomes in patients with severe mental illness: Call to action. *Psychooncology*. 2021;30(12):1997-2001.
- Grassi L, Riba M. Cancer and severe mental illness: Bi-directional problems and potential solutions. *Psychooncology*. 2020;29(10):1445-1451.
- Charlesworth L, Fegan C, Ashmore R. How does severe mental illness impact on cancer outcomes in individuals with severe mental illness and cancer? A scoping review of the literature. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2023;54(2S):S104-S114.
- Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J, Sund R, Keskimäki I, Wahlbeck K, et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):304-309.
- González-Rodríguez A, Labad J, Seeman MV. Schizophrenia and cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2020;14(3):232-238.
- Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol*. 2010;11(8):797-804.
- Tuschick E, Barker J, Giles EL, Vassilev I, Khanom H, Southby K, et al. Barriers and facilitators for people with severe mental illness accessing cancer screening: A systematic review. *Psychooncology*. 2024;33(1):e6274.
- Kisely S, Alotiby MKN, Protani MM, Soole R, Arnautovska U, Siskind D. Breast cancer treatment disparities in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2023;32(5):651-662.
- Baillargeon J, Kuo YF, Lin YL, Raji MA, Singh A, Goodwin JS. Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(7):1268-1273.
- Farasatpour M, Janardhan R, Williams CD, Margenthaler JA, Virgo KS, Johnson FE. Breast cancer in patients with schizophrenia. *Am J Surg*. 2013;206(5):798-804.
- Wiegand NE, Hart KD, Herzig DO, Lu KC, Tsikitis VL. Psychiatric Illness is a Disparity in the Surgical Management of Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2015;22 Suppl 3:S573-S579.
- Irwin KE, Park ER, Shin JA, Fields LE, Weissman JS, Adams WG. Predictors of Disruptions in Breast Cancer Care for Individuals with Schizophrenia. *Oncologist*. 2017;22(11):1374-1382.
- Dalton SO, Suppli NP, Ewertz M, Kroman N, Grassi L, Johansen C. Impact of schizophrenia and related disorders on mortality from breast cancer: A population-based cohort study in Denmark, 1995-2011. *Breast*. 2018;40:170-176.
- Fond G, Salas S, Pauly V, Baumstarck K, Bernard C, Auquier P, et al. End-of-life care among patients with schizophrenia and cancer: a population-based cohort study from the French national hospital database. *Lancet Public Health*. 2019;4(11):e583-e591.