

MESTRADO

MEDICINA LEGAL

Cancro e Saúde Mental: estudo da ideação e comportamento suicida na doença oncológica.

Ana Catarina Rodrigues Teixeira

M

2023

Ana Catarina Rodrigues Teixeira. Cancro e Saúde Mental: estudo
da ideação e comportamento suicida na doença oncológica.



Cancro e Saúde Mental: estudo da ideação e comportamento suicida
na doença oncológica.

Ana Catarina Rodrigues Teixeira



Ana Catarina Rodrigues Teixeira

Cancro e Saúde Mental: Estudo da ideação e comportamento suicida na doença oncológica

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Ivandro Soares Monteiro

Afiliação: Professor Auxiliar Convidado do ICBAS | Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Resumo

O cancro e a saúde mental protagonizam no século XXI duas problemáticas de carácter crescente no âmbito da saúde.

Sendo uma revisão sistemática da literatura, o desenvolvimento deste trabalho teve em vista a tentativa de associação dos 5 cancros de maior impacto a nível de incidência e mortalidade a nível mundial com a possibilidade de aumento da tendência suicida nos doentes por estas afetados.

Foi possível constatar que as avaliações de associação entre cancro e tendência ou comportamentos suicidas realizadas tiveram apenas por base características com apreciação do género, idade, estado civil e estadió da doença não sendo contempladas intensivamente as características de desenvolvimento e maturidade psicológica. Contudo, foi possível identificar, ainda que com fundamentação bibliográfica insuficiente, elementos protetores destes doentes como círculo de apoio robusto e presente, com estadios de evolução da doença mais baixos, acesso à informação e acesso facilitado a recurso de saúde, uma personalidade otimista, resiliente e extrovertida assim como desenvolvimento moral e pessoal.

Os estudos desenvolvidos neste âmbito e utilizados para a avaliação da hipótese colocada não são suficientes para conseguir averiguar quais os tipos de doentes, independentemente da patologia que possuem, que são mais propensos a cometerem suicídio a nível de desenvolvimento emocional sendo por isso fundamental uma abordagem e avaliação individualizada de cada paciente.

Palavras-chave: cancro, suicídio, saúde mental

Abstract

In the 21st century, cancer and mental health represent two of the most growing health concerns.

As a systematic review of the literature, the purpose of this study was to associate the five cancers with the greatest impact in terms of incidence and mortality worldwide with the possibility of an increase in suicidal tendencies in patients affected by them.

It was possible to note that the assessments of the association between cancer and suicidal tendencies or behaviors were based on characteristics such as gender, age, marital status, and stage of the disease and did not intensively consider the developmental characteristics and psychological maturity of the patient. However, it was possible to identify, with an insufficient bibliographical basis, protective elements for these patients, such as the presence of a support system, lower stages of disease progression, access to information and easy access to health resources, an optimistic, resilient and outgoing personality, as well as moral and personal development.

The studies carried out in this field and used to evaluate the hypothesis put forward are not sufficient to ascertain which types of patients, regardless of their pathology, are more likely to commit suicide in terms of emotional development, which is why essential an individualized approach and assessment of each patient.

Keywords: cancer, suicide, mental health

Abreviaturas

DO- doente oncológico

DOs- doentes oncológicos

DAs- doenças oncológicas

CM- cancro da mama

CP- cancro do pulmão

CCR- cancro colorretal

CPT- cancro da próstata

CF- cancro do fígado

SM- saúde mental

Agradecimentos

“Not a single one of us here today has done it alone. We are each a patchwork quilt of those who have loved us, those who have believed in our future, those who showed us empathy and kindness or told us the truth even when it wasn’t easy to hear. Those who told us we could do it when there was absolutely no proof of that.”

- Taylor Swift

À minha família: aos que cá estão, mas principalmente aos que já partiram. *Obrigada.*

Aos meus amigos.

À AGGV.

Índice

1.	Introdução	1
2.	Revisão de literatura.....	3
2.1	Cancro	3
2.1.1	Epidemiologia.....	3
2.1.1.1	Cancro da mama.....	3
2.1.1.2	Cancro do pulmão.....	4
2.1.1.3	Cancro colorretal.....	5
2.1.1.4	Cancro da próstata.....	6
2.1.1.5	Cancro do fígado.....	7
2.2	Saúde Mental e Suicídio	8
3.	Materiais e métodos	9
4.	Fatores de avaliação e discussão.....	10
4.1	Fatores de avaliação.....	10
4.1.1	Género	10
4.1.2	Estadio	10
4.1.3	Estado civil	12
4.1.4	Situação socioeconómica	13
4.1.5	Traços da personalidade	14
4.1.6	Desenvolvimento moral.....	14
4.1.7	Localização geográfica	15
4.1.8	Sistema de saúde	15
4.1.9	Big Five Inventory	16
4.2	Resultados e discussão	17
5.	Conclusão	23
6.	Referências Bibliográficas	24

Índice de Ilustrações

Figura 1 Estimativas de números de novos casos e mortes por cancro em 2020 ..	2
Figura 2 Sistema de estadiamento tumoral (Boeker et al., 2016).....	11
Figura 3 Nomograma de risco de suicídio em doentes com cancro do pulmão ...	19

1. Introdução

A acessibilidade e variedade de informação literária acessível nos dias de hoje é infinita. Contudo, a menos que se gaste uma quantidade significativa de tempo manter-se atualizado de toda esta informação torna-se uma tarefa muito difícil (Thompson, Davis & Mazerolle, 2014).

As Revisões Sistemáticas da Literatura (RSLs) surgem como uma solução para este problema, tornando viável a aprendizagem de um estado de arte relativo a um tema específico e, simultaneamente, contribuir com informações confiáveis e credíveis para a ciência e a sociedade em geral (Petticrew & Roberts, 2006).

O cancro é uma das principais preocupações de saúde global, afetando milhões de pessoas anualmente, apresentando uma tendência crescente (Calati, Filipponi, Mansi, Peviani, Gentile, Tambuzzi, Zoja, Fornaro, Lopez-Castroman & Madeddu, 2021). Com uma vasta diversidade patológica representa um desafio complexo para a medicina e a investigação biomédica (Hanahan & Weinberg, 2000).

A maneira automática como diariamente o ser humano encara a vida faz com que só quando as suas circunstâncias existenciais sejam confrontadas quando este se depara com a sua condição fundamental de finitude. O aparecimento de dilemas causados por algo impactante como um diagnóstico de doença grave podem levar a um redirecionamento de pensamento do indivíduo levando-o a acreditar que a sua vida já não tem sentido originando uma necessidade de se libertarem da dor, seja ela física ou psicológica (YALOM, 2023).

Tendo em consideração os avultados números de doentes oncológicos (DOs), surge a necessidade do desenvolvimento de intervenções tanto para preservação da vida e saúde física destes doentes, contudo, o tratamento da sua saúde mental (SM) não surge como preocupação primária quando contemplado o tratamento global da doença (Holland, Andersen, Breitbart, Buchmann, Compas, Deshields, Dudley, Fleishman, Fulcher, Greenberg, Greiner, Handzo, Hoofring, Hoover, Jacobsen, Kvale, Levy, Loscalzo & McAllister-Black, 2013).

Mais de 19,2 milhões de pessoas são diagnosticadas com cancro a cada ano desde 2020. Isso projeta o número para 30,2 milhões em 2040 (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal & Bray, 2021). Destes casos, os tipos com maior número de diagnósticos são o cancro da mama (CM), cancro do pulmão (CP), cancro

colorretal (CCR) e cancro da próstata (CPT), sendo os mais mortais o cancro do pulmão, cancro colorretal e cancro do fígado (CF) decrescentemente (WHO, 2020).

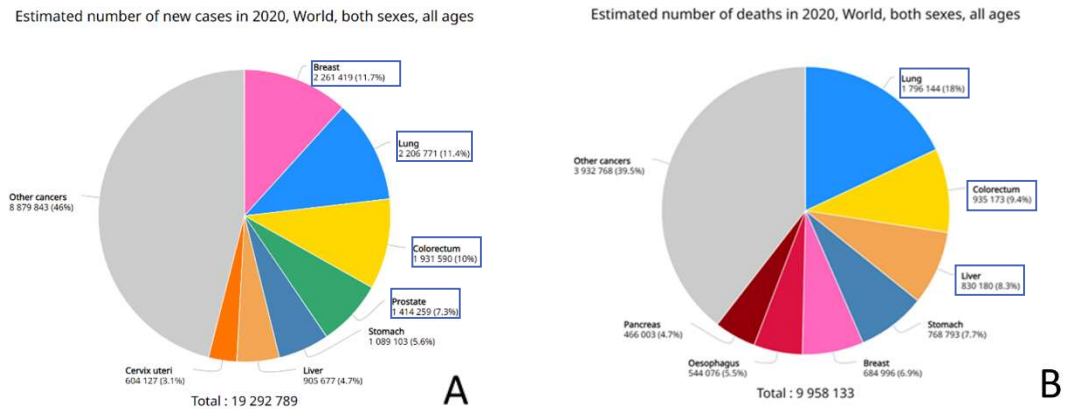


FIGURA 1 Estimativas de números de novos casos (A) e mortes (B) por cancro em 2020

(Fonte: Globocan 2020)

Neste sentido, a presente dissertação tem como objetivo primordial identificar e analisar a propensão para a ideação e comportamentos suicidas dos doentes oncológicos (DOs) das cinco patologias mencionadas, considerando variáveis apontadas como cruciais quando se lida com um problema delicado como as doenças oncológicas (DAs) assim como identificar os principais sinais de comportamento suicida de cada doente de modo a oferecer o melhor cuidado ao doente e assim enfrentar a doença de uma forma mais completa.

2. Revisão de literatura

2.1 Cancro

2.1.1 Epidemiologia

Para avaliar incidência, prevalência, a eficácia das estratégias de prevenção e tratamento é essencial a compreensão da estatística e evolução do panorama das DAs (Sung et al., 2021).

A utilização destas ferramentas demonstra a importância da orientação de políticas de saúde pública para a deteção de fatores precursores do desenvolvimento de doenças, sejam eles de origem genético, ambiental, demográfico ou estilo de vida (Gouda & Powles, 2014).

2.1.1.1 Cancro da mama

O CM é um tumor maligno determinado pelo crescimento descontrolado de células anormais no tecido mamário. É o tipo mais comum de cancro na população feminina, contudo, ainda que raramente, possa ser diagnosticado em homens (ACS, 2022).

Os fatores de risco para a progressão desta doença contemplam a idade, história familiar ou pessoal (cancro numa outra mama), mutação nos genes BRCA1 e BRCA2, primeira gravidez após os 31 anos, história menstrual longa (menarca precoce e menopausa em idade mais tardia), o uso de terapêutica hormonal de substituição, raça (sendo mais comum em mulheres caucasianas), episódios de radioterapia prévia no peito, densidade da mama e hábitos de vida menos saudáveis como a inatividade física, obesidade e o abuso de bebidas alcoólicas (Kashyap, Pal, Sharma, Garg, Goel, Koundal, Zaguia, Koundal & Belay, 2022; *Psycho-Oncology*, 2021; WHO, 2023).

O rastreio do CM passa pela realização regular de mamografias permitindo um diagnóstico precocemente assim como ecografias mamárias, ressonância magnética e, numa fase mais avançada, biópsia para confirmação do tipo tumoral para que o tratamento seja o mais adequado e direcionado às necessidades de cada doente (Gradishar, Moran, Abraham, Aft, Agnese, Allison, Anderson, Burstein, Chew, Dang,

Elias, Giordiano, Goetz, Goldeinstein, Hurvitz, Isakoff, Jankowitz, Javid, Krishnamurthy & Kumar, 2022).

Para o tratamento de tumores mamários pode recorrer-se à remoção de tumor por via cirúrgica, podendo esta ser mais invasiva (mastectomia) onde há necessidade de remoção da mama ou menos invasiva (tumorectomia) onde ocorre apenas a remoção do tumor e parte do tecido mamário. Tratamentos a longo prazo como a radioterapia, quimioterapia ou o uso de terapias (hormonais ou alvo) também podem contempladas no plano terapêutico. (Gradishar et al., 2022)

Para a prevenção e deteção precoce, a adoção de medidas simples como o autoexame regular das mamas, a realização de mamografias a partir dos 40-50 anos podendo a indicação variar consoante os fatores prévios apresentados por cada individuo e a consciencialização dos fatores de risco e adoção de um estilo de vida saudável, demonstram um papel fulcral no sucesso do diagnóstico e tratamento do doente (Gradishar et al., 2022; Kashyap et al., 2022; *Psycho-Oncology*, 2021).

2.1.1.2 Cancro do pulmão

O CP tem origem no tecido pulmonar e para a sua caracterização é necessário contemplar o tamanho e morfologia das células podendo dividir-se em dois grupos principais: cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) e cancro do pulmão de pequenas células (CPCP) (Nasim, Sabath & Eapen., 2019).

É uma das patologias mais incidentes, registando há vários anos a mais elevada taxa de morte por doença oncológica (DA). Atingindo 3 vezes mais os homens do que as mulheres, esta patologia não é exclusiva de pessoas com hábitos tabágicos podendo manifestar-se associada a outros fatores de risco como a exposição a substâncias industriais e poluição, fatores genéticos e história pessoal ou familiar de patologia pulmonar prévia (Bade & Dela Cruz, 2020; *Psycho-Oncology*, 2021; Tang, Zhang, Hu, Shen & Chen 2022).

Os sintomas associados ao CP estão naturalmente relacionados com manifestações respiratórias como tosse persistente, dificuldade em respirar, dor no peito, rouquidão, presença de sangue no escarro e perda ponderal respiratória (Bade & Dela Cruz, 2020; *Psycho-Oncology*, 2021).

Havendo suspeita de patologia pulmonar, a indicação médica passa pela realização de exame físico e exames de imagiologia médica (radiografia e tomografia axial computadorizada do tórax). Caso sejam relatadas anormalidades nestes exames

são realizados exames histopatológicos ou citopatológicos uma vez que para a confirmação de CP é necessário realizar uma minuciosa avaliação do tecido pulmonar (Nooreldeen & Bach, 2021).

O tratamento deve ser adaptado a cada doente podendo passar pela remoção cirúrgica do tumor e parte do tecido saudável, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida e imunoterapia (Lemjabbar-Alaoui, Hassan, Yang & Buchanan, 2015).

Comportamentos como a cessação de hábitos tabágicos e evitar a exposição a substâncias carcinogénicas podem ter um papel bastante preventivo no desenvolvimento desta doença (Bade & Dela Cruz, 2020; Nasim et al., 2019; *Psycho-Oncology*, 2021).

2.1.1.3 Cancro colorretal

O CCR tem origem pela anormal e descontrolada multiplicação de células do revestimento interno do cólon ou do reto (ESMO, 2016).

Esta doença pode ocorrer associada a causas modificáveis (como o sedentarismo e obesidade, a alimentação inadequada rica em carnes vermelhas, gorduras e pobre em fibras e hábitos tabágicos e de consumo de álcool) ou causas não modificáveis (como o aumento da idade e género afetando mais homens, história pessoal de doença do intestino, história familiar e fatores genéticos) (ESMO, 2016; Haggar & Boushey, 2009; *Psycho-Oncology*, 2021; Siegel, Miller, Fuchs & Jemal, 2021).

A sintomatologia mais comum constatada em doentes com CCR está associada a alterações do funcionamento gastrointestinal como o aparecimento de sangue nas fezes, alterações nos hábitos intestinais, dor abdominal e desconforto, perda de peso inexplicada, náuseas e vômitos, anemia, fraqueza e fadiga (Cervantes, Adam, Roselló, Arnold, Normanno, Taïeb, Seligmann, De Baere, Osterlund, Yoshino & Martinelli, 2023; Pham, Talukder, Walsh, Lawson, Jones, Bishop & Kruse, 2019; *Psycho-Oncology*, 2021).

Tendo em consideração que grande maioria dos casos registados de CCR tem origem a partir de pólipos intestinais uma boa forma de prevenção e diagnóstico é o controlo do desenvolvimento dos mesmos com exames de rastreio recomendada entre os 50 e os 74 independentemente do género ou pessoas consideradas de risco elevado (ACN, 2005; Cervantes et al., 2023).

Os testes de rastreio utilizados para a deteção de CCR focam na avaliação direta do intestino com recurso às colonoscopias ou indireta pela pesquisa de sangue oculto nas fezes. Caso os resultados sejam sugestivos de CCR recorre-se à biópsia para a sua confirmação e posteriormente são solicitados outros exames de imagem para auxiliarem na caracterização tumoral (Cervantes et al., 2023).

O tratamento do CCR é específico para cada caso sendo realizados tratamentos locais (cirurgia) ou sistémicos (quimioterapia, radioterapia, terapia dirigida e imunoterapia), podendo ainda recorrer-se a alguns tratamentos dirigidos a determinados biomarcadores específicos da doença e nesse sentido são feitos testes complementares para deteção de mutação (Cervantes et al., 2023).

A consciencialização para a adoção de hábitos preventivos como uma dieta saudável, atividade física regular, redução do tabagismo e do consumo excessivo de álcool e a realização de exames de rastreio regularmente podem ser essenciais para um bom prognóstico (ACN, 2005).

2.1.1.4 Cancro da próstata

O CPT tem origem nas células prostáticas, e é o mais comum na população masculina, principalmente em idades mais avançadas (Bergengren, Pekala, Matsoukas, Fainberg, Mungovan, Bratt, Bray, Brawley, Luckenbaugh, Mucci, Morgan & Carlsson, 2023; Mohler, Antonarakis, Armstrong, D'Amico, Davis, Dorff, Eastham, Enke, Farrington, Higano, Horwitz, Hurwitz, Ippolito, Kane, Kuettel, Lang, McKenney, Netto, Penson & Freedman-Cass, 2019; Seibert, Garraway, Plym, Mahal, Giri, Jacobs, Cheng, Loeb, Helfand, Eeles & Morgan, 2023; Sung et al., 2021).

Os fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia são a idade, a história familiar, etnia (afrodescendentes com maior risco), dieta rica em gordura e baixa em vegetais e fibras, obesidade e a exposição a agentes químicos (Bergengren et al., 2023; Siegel et al., 2021).

Quando são detetados sintomas, ocorrem manifestações a nível urinário (dificuldade em urinar, fluxo urinário fraco ou com interrupções, necessidade frequente de urinar especialmente no período noturno, presença de sangue no sémen ou urina e dor ou desconforto na zona da bacia, costas ou abdómen) (Loeb, Bjurlin, Nicholson, Tammela, Penson, Carter, Carroll & Etzioni, 2014; Mohler et al., 2019).

Geralmente tem um crescimento lento, podendo não causar sintomas iniciais. Antes de se desenvolverem quaisquer sintomas, pode ser realizado um rastreio à

população masculina, sendo por toque rectal ou análise clínica para o antígeno específico da próstata. Estes testes podem ser usados como método de deteção de problemas na próstata, contudo não são confirmatórios de cancro. Para que o diagnóstico seja exato é necessário que se recorra a exames complementares como de imagem (Ecografia trans rectal), biópsia e cistoscopia (Loeb et al., 2014; Mohler et al., 2019).

Tendo em consideração a velocidade de invasão da doença, em casos de CPT de baixo risco a primeira linha de tratamento é a vigilância ativa. A abordagem mais agressiva de tratamento é a cirurgia, radioterapia, terapia hormonal com bloqueio de hormonas que alimentem o seu crescimento, quimioterapia e terapias alvo (Seibert et al., 2023).

2.1.1.5 Cancro do fígado

O CF é um tumor que se forma inicialmente no tecido hepático, sendo o carcinoma hepatocelular o tipo mais comum representando 90% dos diagnósticos (McGlynn, Tsao, Hsing, Devesa & Fraumeni, 2001; Sung et al., 2021).

Mais comum em homens acima dos 60 anos, os fatores de risco para o desenvolvimento da doença são a cirrose hepática, infeção por Hepatite B e C, o consumo excessivo de álcool, obesidade e diabetes, exposição a aflatoxinas e doenças genéticas (ESMO, 2014; Liu, Chen & Chen, 2015; McGlynn et al., 2001).

O CF apresenta sintomatologia não exclusiva desta doença, sendo observada perda de peso inexplicável, fadiga, náuseas e vómitos, febre, fígado dilatado, icterícia, inchaço e dor abdominal no quadrante superior direito (ESMO, 2014).

Para que o diagnóstico seja realizado, o médico após exame físico e avaliação das queixas deverá inicialmente proceder a um pedido de exames analíticos gerais ao sangue incluindo a avaliação da função e lesão hepática e alfa-fetoproteína (marcador tumoral). Posteriormente a um resultado sugestivo de CF, exames radiológicos e histopatológicos devem ser contemplados para um diagnóstico concreto ("EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma," 2018).

O tratamento da doença deverá ser decidido consoante as necessidades de cada doente podendo ser realizada cirurgia de ressecção, ablação (usando calor para a destruição do tumor), radioterapia, quimioterapia, uso de terapias alvo e em casos mais extremos transplante de fígado (ESMO, 2014; Liu et al., 2015).

A vacinação contra a Hepatite B, hábitos de vida saudáveis com moderação no consumo de álcool, prevenção da obesidade e diabetes e evitar a exposição a aflatoxinas são métodos preventivos do surgimento da patologia (ESMO, 2014).

2.2 Saúde Mental e Suicídio

Cada vez mais considerado uma questão de saúde pública global, causando uma morte a cada 11 minutos, o suicídio é caracterizado pela ação deliberada de causar a própria morte, resultado de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Joiner, 2007; WHO, 2014).

Problema que atinge 2 vezes mais homens do que mulheres e contabilizando mais de 800 mil vítimas anualmente e valores de tentativas 30 vezes superiores, surge como aspecto imperativo para a sua prevenção a identificação de fatores de risco e vulnerabilidade, assim como a compreensão das circunstâncias que influenciam o desenvolvimento do comportamento suicida (Turecki & Brent, 2016; WHO, 2014).

Os fatores de risco identificados que propiciam este comportamento incluem doenças mentais (como depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia), abuso de substâncias (álcool e droga), história pessoal ou familiar de tentativas prévias assim como o acesso a meios letais, isolamento social, experiências traumáticas e genética. Devem também ser avaliados fatores preventivos (como apoio de familiar e dos amigos, capacidade adaptativa e de resolução de problemas e acesso facilitado a serviços de saúde) e fatores precipitantes (como doença mental, pensamentos suicidas, crises pessoais, eventos estressantes da vida e isolamento social) (Hom, Stanley & Joiner, 2015; Joiner, 2007; Khazem, 2018; Yamokoski, Scheel & Rogers, 2011).

Para abordar o tema do suicídio é necessário que lhe seja dada a devida seriedade e sensibilidade, uma vez que nele estão envolvidas profundas questões de SM e bem estar próprio e social sendo relevante lembrar a singularidade de fatores envolvidos no suicídio ou tentativa de cada indivíduo (Khazem, 2018).

3. Materiais e métodos

A pesquisa da informação que serviu de base para a construção desta dissertação foi realizada através de plataformas de investigação de referência como a Pubmed, *ASC Journal*, Organização mundial de saúde e a *American Cancer Society*, servindo as seguintes terminologias de pesquisa como critérios de inclusão: “cancro”, “suicídio”, “saúde mental” e “fatores de risco”.

Estudos e informação sobre os temas anteriores a 1998 também foram excluídos da base de fundamentação deste trabalho. Inicialmente seria abordada uma visão abrangente das DAs, contudo, não sendo possível devido ao elevado conteúdo encontrado foram selecionadas as 5 consideradas mais impactantes devido aos seus números avultados.

Previamente à avaliação de todos os critérios, foram selecionados 553 artigos e *factsheets* onde, baseado nos critérios de inclusão e exclusão apenas 98 foram considerados.

Para uma construção referencial de bibliografia foi utilizada a ferramenta EndNote de modo a organizar e eliminar possíveis duplicados existentes.

Para a análise de todos os dados recolhidos foi necessária uma revisão qualitativa dos principais temas dos estudos selecionados para o caso e as suas conclusões, estando estas presentes no ponto “ Avaliação de resultados”.

4. Fatores de avaliação e discussão

4.1 Fatores de avaliação

4.1.1 Género

Estudos com base na população mundial revelam que os homens apresentam consistentemente uma maior prevalência de suicídio do que as mulheres, sendo esta tendência caracterizada pelo “paradoxo do género” no suicídio, onde é constatado que, enquanto os homens apresentam maior probabilidade de morrer por suicídio pela propensão do uso de meios extremamente letais e assim proporcionarem um suicídio bem sucedido, enquanto as mulheres apresentam probabilidade superior de sentir desespero e tentar o suicídio e maior a propensão do uso inconsciente de técnicas menos nocivas que aumentam as suas hipóteses de sobrevivência (Canetto, 2008; Canetto & Sakinofsky, 1998; Turecki & Brent, 2016).

Quando é considerado o fator de dor emocional, é verificada uma diferença na forma de comunicação apresentada por homens e mulheres, sendo constatado que as mulheres têm uma tendência superior para pedir apoio, expressarem as suas emoções e demonstrar abertura dos seus problemas emocionais ao seu círculo familiar enquanto a tendência masculina é da internalização dos seus sentimentos evitando a apresentação de sinais vulnerabilidade para a sociedade (Canetto, 2008; Canetto & Sakinofsky, 1998; Turecki & Brent, 2016).

Posto isto, e apesar do facto de ambos os sexos poderem sentir graus de tristeza e angústia semelhantes, face a um diagnóstico delicado e tratamento associado a uma DA, estudos revelaram que os pacientes com cancro do sexo masculino têm maior probabilidade de cometer suicídio do que as pacientes do sexo feminino (Canetto & Sakinofsky, 1998).

4.1.2 Estadio

Quando a questão do estadio da doença é abordada contempla-se a sua localização e extensão como forma de determinação do avanço da doença no organismo. Para que este seja classificado são utilizadas escalas onde se procede à diferenciação dos tumores quanto ao tamanho (T), a afetação de gânglios linfáticos

(N), a possível metastização (M) (Figura 2) (Boeker, França, Bronsert & Schulz, 2016; Lim, Ridge, Nicholson & Mirsadraee, 2018).

Sistema de estadiamento TNM		
T Tumor	N Nódulos linfáticos	M Metástases
<ul style="list-style-type: none"> • TX: Não é possível fazer uma avaliação. • T0: Não há evidência de tumor • Tis: Tumor localizado • T1, T2, T3 ou T4: Escala do tamanho tumoral (quanto maior o número, maior o tamanho) 	<ul style="list-style-type: none"> • NX: Não é possível fazer uma avaliação dos gânglios linfáticos • N0: Ausência de metástases nos gânglios linfáticos • N1, N2 ou N3: Escala de comprometimento dos gânglios linfáticos (maior o número, maior o comprometimento) 	<ul style="list-style-type: none"> • MX: Não é possível fazer uma avaliação da presença de metástases • M0: Ausência de metástases • M1: Presença de metástases

FIGURA 2 Sistema de estadiamento tumoral (Boeker et al., 2016)

O estadio da doença em que é detetado um problema oncológico também se demonstra de extrema importância quando analisada a propensão dos seus doentes a ideação e comportamentos suicidas, afetando a reação emocional do doente assim como as suas opções de tratamento e prognóstico (Holland & Alici, 2010; Pitman Suleman, Hyde & Hodgkiss, 2018).

Geralmente, quanto mais inicial, controlada e localizada está a lesão melhores são as perspetivas e opções terapêuticas e consequentemente esperançosas e otimistas associadas a um sentimento de alívio uma vez que se considera como uma doença tratável ou controlável, podendo este *mindset* contribuir para uma abordagem positiva da doença e tratamento (Holland & Alici, 2010; Holland et al., 2013).

Um diagnóstico de DA realizada em fase inicial frequentemente tem um papel importante na proporção de sensação de alívio e esperança nos doentes para um tratamento e recuperação bem sucedida, dando o sentimento de controlo e otimismo ao doente e à sua rede de apoio. Contudo, mesmo quando estes ocorrem, inicialmente o doente pode passar por períodos de sofrimento emocional tanto pelo choque do diagnóstico como todo o processo e eficácia associado a um tratamento de cancro e a sua possibilidade de recidiva (Holland et al., 2013).

Um diagnóstico tardio da doença pode ser considerado chocante e emocionalmente devastador. Nestes casos, e devido à limitadas opções de tratamento para algumas patologias e consequentemente diminuição da possibilidade de cura, um diagnóstico feito nestas condições pode ser um desafio, não só pelos sentimentos de

tristeza e raiva que nele surgem, mas principalmente de incerteza e impotência por parte do doente e rede de apoio. Não só o diagnóstico como os passos seguintes de gestão de tratamentos, muitas das vezes bastante invasivos, leva os doentes a reduzirem o seu sentimento de esperança (Holland et al., 2013).

Maiores e mais desgastantes desafios emocionais surgem quando o diagnóstico surge numa fase mais avançada e disseminada, onde as opções de tratamento são mais limitadas e de resultado potencialmente mais desfavorável. Sentimentos como a angústia, o medo, a raiva e acima de tudo sentimento de impotência estão bastante presentes no doente e na sua rede de apoio (Holland et al., 2013).

Mesmo após uma doença com tratamento bem sucedidos, muitos doentes que sobrevivem a este processo deparam-se com problemas psicológicos, sendo que a sobrevivência a longo prazo pode também trazer desafios emocionais desde o medo de recidiva como a adaptação a efeitos secundários físicos e psicológicos deixados pelo tratamento (Heinrich, Hofmann, Baurecht, Kreuzer, Knüttel, Leitzmann, & Seliger, 2022; Lu, Fall, Sparén, Ye, Adami, Valdimarsdóttir & Fang, 2013).

4.1.3 Estado civil

O estado civil dos DOs pode influenciar significativamente a sua SM, o bem-estar e conseqüentemente ideação suicida (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra & Coyne, 2008).

A existência de parceiro ou cônjuge prestativo mostra-se um apoio emocional e prático essencial num momento delicado como este, seja como prestadores de cuidados e apoio emocional ou na diminuição da solidão e desconforto (Daely, Nuraini, Gayatri & Pujasari, 2021; Hagedoorn et al., 2008; Mitchell, Ferguson, Gill, Paul & Symonds, 2013).

Contrariamente a doentes que estão solteiras, viúvas, divorciadas ou sem rede de apoio, apresentam maiores dificuldades emocionais e práticas, demonstrando um risco superior de suicídio comparativamente com doentes com parceiro causado pelo isolamento e falta de apoio emocional (Daely et al., 2021; Misono, Weiss, Fann, Redman & Yueh, 2008).

Doentes com dependentes, sejam estes pais ou filhos, experienciam o abalo da SM com preocupações adicionais, estando como consideração principal a sua

capacidade de cuidar dos demais à sua volta e consequente aumento do stress (Roth, Fredman & Haley 2015; Schulz & Sherwood, 2008).

4.1.4 Situação socioeconómica

Os fatores socioeconómicos envolventes do DO, sejam estes a nível financeiro, educativo ou acesso a recursos de saúde, podem influenciar a sua forma de reação assim como a forma como lidam com o tratamento (McMaughan, Oloruntoba & Smith, 2020).

Dependendo do país e do sistema de saúde nele praticado as DAs podem apresentar custos financeiros elevados onde os doentes mais desfavorecidos podem ter o seu diagnóstico e tratamento atrasado levando ainda a um agravamento do mesmo (Gordon, Merollini, Lowe & Chan, 2017; McMaughan et al., 2020).

O acesso a uma maior variedade de alternativas de tratamento pode ser limitado pelas condições apresentadas por indivíduos com menor capacidade financeira, afetando não só a saúde física, mas também mental dos doentes (McMaughan et al., 2020).

Os conhecimentos em saúde e a procura por melhores opções e opiniões é condicionada pelo nível de escolaridade, onde doentes com menor nível educativo podem apresentar capacidade limitada de entendimento da informação médica elevando a preocupação pelo desconhecimento da doença, opções de tratamento viáveis e ajudas sociais e económicas existentes (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011).

A rede de apoio do doente demonstra-se de extrema importância para lidar com uma doença delicada como o cancro. Doentes com redes de apoio mais extensas apresentam níveis de apoio emocional e prático mais completos, sejam familiares, amigos ou grupos de apoio, a disponibilidade destes recursos humanos podem ser uma base emocional fundamental para os DO (Schulz & Sherwood, 2008).

Está demonstrado que doentes de nível socioeconómico mais baixo apresentam frequentemente pior taxa de sobrevivência comparativamente com doentes socioeconomicamente bem posicionados (Berkman et al., 2011; Du, Fang, Coker, Sanderson, Aragaki, Cormier, Xing, Gor & Chan, 2006; McMaughan et al., 2020).

4.1.5 Traços da personalidade

Os traços da personalidade individuais podem influenciar a forma como o DO enfrenta a doença desde a sua reação à mesma, o seu ajuste psicológico consequentemente impactando o seu bem estar físico e mental (Carver & Connor-Smith, 2010; Donnellan, Oswald, Baird & Lucas, 2006).

Características associadas a altos níveis de consciência apresentam maior propensão a pesquisar e envolver-se ativamente no seu tratamento. Otimismo, resiliência e personalidades mais extrovertidas abordam o diagnóstico de forma mais positiva. Geralmente utilizam mecanismos mais saudáveis com foco em ultrapassar o desafio mantendo uma postura mais ponderada face a situações stressantes. Apresentam ainda maior tendência em procurar apoio (Carver & Connor-Smith, 2010).

Características mais ansiosas e neuróticas são acompanhadas de uma tendência superior de causar sentimentos angustiantes e de desespero quando confrontadas com acontecimentos impactantes aumentando a preocupação com o seu estado assim como as perspetivas futuras (Carver & Connor-Smith, 2010).

Contudo, consoante a experiência pessoal de diagnóstico e tratamento de cada doente estas características podem sofrer variações (Carver & Connor-Smith, 2010; Donnellan et al., 2006).

4.1.6 Desenvolvimento moral

O desenvolvimento moral, caracterizado pela aquisição e internalização de valores, princípios éticos e crenças pelos quais um individuo orienta as suas ações e julgamento pode ter um peso significativo num DO (Peppercorn, 2012).

Durante a gestão de uma DA, a maturidade emocional individual poderá impactar a forma como estes se depararam com os possíveis dilemas da gestão das DAs, sejam estas a nível do tratamento, considerações relativas a qualidade de vida e, sendo o caso, fim de vida (Akdeniz, Yardimici & Kavukcu, 2021; Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012).

Decisões como cuidados paliativos e diretivas antecipadas de fim de vida são altamente influenciadas pelo seu crescimento individual, acreditando-se que quanto mais claros e fortes se apresentam os princípios éticos do doente, mais confiantes e

ponderadas serão as decisões do doente (Akdeniz et al., 2021; Baliga, Lasrado, Krishna, George, Madathil, D'souza & Palatty, 2023; Hackett, 2017; Hussain, 2022).

Crenças religiosas e espirituais, quando presentes, também apresentam um peso substancial no crescimento moral individual do DO surgindo como fonte de significado, esperança e consolação para estes doentes conferindo um impacto positivo na sua SM durante esta experiência ou um impacto negativo podendo levar a sentimentos de revolta e questionamento da sua crença (Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, Peteet & Prigerson, 2007; Baliga et al., 2023).

4.1.7 Localização geográfica

A localização geográfica dos DOs pode afetar de variadas formas o seu bem-estar geral e SM (Moblely, Kuo, Watson & Gordon Brown, 2012).

Sendo pelos acessos a cuidados de saúde ou a sua qualidade, está demonstrado que doentes de zonas mais rurais e isoladas e de camadas socioeconómicas mais desfavorecidas estão mais suscetíveis a apresentarem dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, diagnósticos e tratamentos tardios podendo aumentar os seus níveis de ansiedade e apreensão (Han, Han, Moreira, Song & Zhang, 2023).

A SM dos doentes pode ainda ser influenciada pelo clima e flutuações sazonais que cada região apresenta (Anglin, Samaan, Walter & McDonald, 2013).

Condições meteorológicas severas, a exposição à luz solar e síntese de vitamina D conferem fatores importantes e que propiciam o aumento de risco de perturbações de humor (Anglin et al., 2013; McCann & Ames, 2008).

A perturbação afetiva sazonal é descrita como um tipo de depressivo presente em determinadas alturas onde a luz solar está presente em menor quantidade (outono e inverno) aumentando a viabilizam o desenvolvimento de sintomas depressivos. O aumento da tensão emocional que os DOs apresentam associada à gestão da doença aumenta a tendência de desenvolvimento desta perturbação (Munir & Abbas, 2023).

4.1.8 Sistema de saúde

O tipo de cuidados de saúde e a sua qualidade difere substancialmente entre regiões representando uma disparidade relevante no impacto ao DO no que toca a encargos financeiros, acesso e padrão de qualidade (Hom, Stanley & Joiner, 2015; Papanicolas, Woskie & Jha, 2018).

Frequentemente, DOs, em países que possuem sistemas de saúde universais gratuitos ou parcialmente gratuitos, têm acesso abrangente de cuidados onde o pagamento dos mesmos não é um problema, contudo, nem sempre isso é uma realidade (Rudiger, 2016). Países onde o acesso a sistemas de saúde é maioritariamente privado, o DO fica influenciado pela sua capacidade financeira para que receba o devido tratamento impactando-os negativamente financeira e emocionalmente (Jun & Aguila, 2021; Robinson & Shavers, 2008).

A demora no tempo de diagnóstico e no devido tratamento está diretamente relacionada com tendências aumentadas de ansiedade e conseqüentemente associados a possibilidade de progressão da doença (Chen, Jiang, Yang, Cai, Liu, Wu & Lin 2011).

4.1.9 Big Five Inventory

No Big Five Inventory são avaliadas cinco qualidades primárias da personalidade de um indivíduo, podendo estas ter um impacto negativo em DOs e na sua propensão e ideação suicida (Rochefort, Hoerger, Turiano & Duberstein, 2019). Em DO, a personalidade de cada indivíduo é um fator condicionante da realidade e percepção da sua realidade e dos seus problemas, que quando apresentam uma gestão eficiente são virtudes mas quando mal geridas tomam uma magnitude de defeito (Monteiro, 2023).

O neuroticismo, que constitui propensão de um indivíduo para perceber a realidade como sendo algo difícil e ameaçador e estando altamente associado a emoções negativas, pode originar um aumento na instabilidade emocional e angústia do doente (Rochefort et al., 2019; Sier, Schmitz, Putter, Schepers & van der Vorst, 2022).

A extroversão, caracterizada pela forma positiva com que fazem a sua vivência e valorizando as suas relações sociais, está altamente ligada a características como a confiança, energia e seres sociáveis podendo apresentar acesso facilitado a apoio social (Rochefort et al., 2019; Sier et al., 2022).

Indivíduos que apresentem uma maior abertura a experiências e uma permanente procura e paixão por novas experiências, associadas a características como a criatividade e liberalidade, estes indivíduos apresentam maior tendência adaptativa face a problemas (Rocheffort et al., 2019; Sier et al., 2022).

DOs amáveis mostram valorizações semelhantes aos extrovertidos como as relações interpessoais, tolerância e bondade tendo melhores relações interpessoais e permitindo uma comunicação honesta com a sua rede de apoio e equipa de saúde podendo estes indivíduos facilmente beneficiar destas características (Rocheffort et al., 2019; Sier et al., 2022).

Doentes conscienciosos apresentam uma valorização de questões como a responsabilidade e autodisciplina podendo estes ser identificados pela sua eficiência, organização e rigor, presando o seguimento criterioso dos programas de tratamento e cuidado com a saúde podendo resultar em resultados positivos e associados a menor angústia (Rocheffort et al., 2019; Sier et al., 2022).

4.2 Resultados e discussão

É facilmente perceptível o porquê de DOs enfrentarem frequentemente desafios significativos a nível da saúde mental despoletados pela carga física, emocional e psicológica que à doença estão associadas (Carlson & Bultz, 2004).

Apesar dos estudos que associem o suicídio e a ideação suicida com DO não sejam extensos, os existentes sugerem uma relação acrescida entre estes revelando que possuem, comparativamente com a população geral, um risco mais elevado principalmente durante o primeiro ano após o diagnóstico (Anguiano, Mayer, Piven & Rosenstein, 2012; Kolva, Hoffecker & Cox-Martin, 2020; Mitchell, Chan, Bhatti, Halton, Grassi, Johansen, & Meader, 2011).

Mulheres têm maior probabilidade de intenção suicida contudo a taxa de suicídio é superior em homens com uma elevada percentagem de suicídios bem sucedidos uma vez que as metodologias utilizadas usualmente são de cariz mais violento demonstrando uma efetividade superior. (Canetto, 2008; Turecki & Brent, 2016). Contudo, independentemente do género é necessário realizar uma abordagem de avaliação individualizada das características da personalidade podendo identificar os níveis de vulnerabilidade, sofrimento emocional transformando estas necessidades

em intervenções efetivas e adaptadas às suas necessidades específicas (Carver & Connor-Smith, 2010).

A relevância da influência do estado civil e socioeconómico de cada doente é um tema complexo uma vez que nem sempre traduz o nível de apoio que o doente obtém durante o tratamento podendo por isso variar tornando a ideação e comportamento suicida uma questão mais difícil de prever (McMaughan et al., 2020; Schulz & Sherwood, 2008).

Permitir o acesso a profissionais de saúde, programas de assistência e serviços de apoio psicossocial de caráter remoto e os avanços da telemedicina demonstram-se ferramentas de dissolução de divisões e limitações geográficas com elevado potencial (Han et al., 2023). Também é demonstrado que regulamentos associados a cuidados de saúde que deem foco à saúde mental do doente com cancro eliminando as suas possíveis restrições financeiras têm um resultado favorável no que toca à taxa de suicídio uma vez que apenas as políticas de sensibilização não se atestam suficientes (Rudiger, 2016).

Outro aspeto importante que pode ser considerado um fundamental ponto na identificação de DOs em risco é a comunicação eficaz entre os doentes e os profissionais de saúde. Comunicações honestas e que demonstrem sensibilidade face à situação do doente podem criar um aumento de confiança no profissional fazendo com que sintam uma abordagem mais próxima e humana onde são ouvidos e compreendidos (Leonard, 2017; Vega-Hurtado, 2020).

No caso do CM, apesar de ser uma patologia que afeta maioritariamente mulheres também está presente nos homens, não foram encontrados dados e estudos relativos à população masculina afetada.

Estatisticamente é o cancro que mais causa ideação e comportamentos suicidas na população feminina podendo estes valores justificados pelo vasto número de casos diagnosticados, havendo um pico destes suicídios 3 meses e 12 a 14 meses após o diagnóstico (Gaitanidis, Alevizakos, Pitiakoudis & Wiggins, 2018; Kazlauskienė, Navickas, Lesinskiene & Bulotiene, 2022; Kim, Jang, Stewart, Kim, Kim, Kang, Shin, Park, Yoon & Yoon, 2013).

Seja por stress, preocupação, desespero ou tristeza, pensamentos, intenções e comportamentos suicidas podem estar presentes em doentes de CM provocados pela solidão, desemprego, falta ou inacessibilidade aos serviços de saúde, idade avançada

e o diagnóstico num estadio avançado da doença (Güth, Myrick, Reisch, Bosshard & Schmid, 2011; Kazlauskiene et al., 2022).

Para as restantes variáveis (traços da personalidade, desenvolvimento moral, localização geográfica, sistema de saúde e *big five inventory*) consideradas importantes para a avaliação de um doente no seu estado geral não foram encontrados dados relevantes.

Nos casos de CP, os pensamentos, ideação e comportamentos suicidas são mais comuns em homens do que em mulheres, indivíduos casados com idade superior a 70 anos e em casos onde a metastização já ocorreu (Rahouma, Kamel, Abouarab, Eldessouki, Nasar, Harrison, Lee, Shostak, Morris, Stiles, Altorki, & Port, 2018; Zhang, Sun, Peng, Ma & Tang, 2021).

O suicídio é mais comum em doentes de CP do que em cancros maioritariamente específicos de género como o CPT e CM e apesar de ser evitável e da consciencialização nestes casos ter aumentado ainda é insuficiente (Zhang et al., 2021).

Foram desenvolvidos modelos preditivos que permitem calcular o risco de um doente com CP ter comportamentos autolesivos que levem ao suicídio (Figura 3) (Zhang et al., 2021).

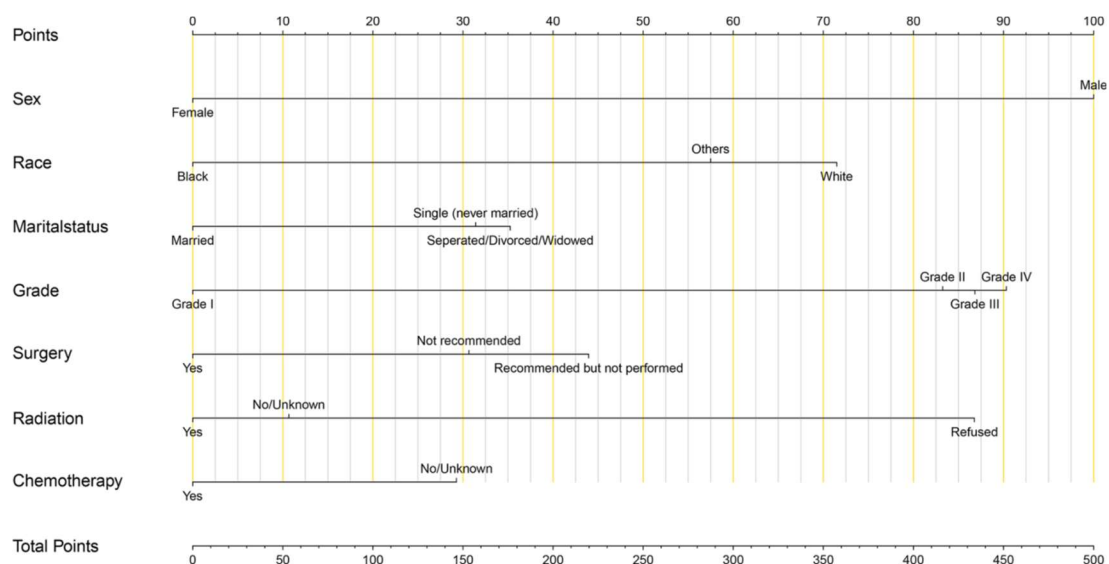


FIGURA 3 Nomograma de risco de suicídio em doentes com cancro do pulmão

Para as restantes variáveis (traços da personalidade, desenvolvimento moral, localização geográfica, sistema de saúde e big five inventory) consideradas importantes para a avaliação de um doente no seu estado geral não foram encontrados dados relevantes.

No caso de doentes com CPT, esta população encaixa no perfil demográfico de indivíduos que cometem suicídio (homens com idade avançada) (Klaassen, Arora, Wilson, King, Madi, Neal, Kurdyak, Kulkarni, Lewis & Terris, 2018).

Verifica-se um risco acrescido para estádios mais avançados da doença prolongando até 15 anos após o diagnóstico mesmo sendo o tipo de cancro que tem melhor taxa de sobrevivência a 5 anos. Problemas como disfunção erétil, incontinência urinária, disfunção intestinal e depressão associada à questão da virilidade masculina podem aumentar o risco de intenção e ato suicida (Fervaha, Izard, Tripp, Rajan, Leong & Siemens, 2019; Klaassen et al., 2018).

Para as restantes variáveis (estado civil, situação socioeconómica, traços da personalidade, desenvolvimento moral, localização geográfica, sistema de saúde e *big five inventory*) consideradas importantes para a avaliação de um doente no seu estado geral não foram encontrados dados relevantes.

Doentes com CCR têm maior taxa de suicídio em homens do que em mulheres em idades avançadas e de estatuto solteiro, contudo, estudos mostram que mesmo na população feminina com este tipo de cancro o risco de suicídio é 4 vezes superior comparada com a população sem cancro (Pham et al., 2019; Samawi, Shaheen, Tang, Heng, Cheung & Vickers, 2017).

A metastização também se revela um fator importante e onde pacientes com lesões distais demonstram maiores casos de suicídio do que pacientes com lesões proximais (Samawi et al., 2017).

A presença de história de doenças psiquiátricas e abusos exacerba o risco de suicídio que apesar de baixar ao longo do tempo permanece elevado décadas após o diagnóstico (Pham et al., 2019).

Para as restantes variáveis (situação socioeconómica, traços da personalidade, desenvolvimento moral, localização geográfica, sistema de saúde e *big five inventory*) consideradas importantes para a avaliação de um doente no seu estado geral não foram encontrados dados relevantes.

Em doentes com CF, pacientes diagnosticados até há duas décadas têm maior taxa de suicídio comparativamente a diagnósticos mais recentes seja pela melhoria da qualidade e efetividade dos tratamentos como da qualidade de vida (Chen, Jiang, Yang, Cai, Liu, Wu & Lin, 2021).

A idade avançada continua a ser um fator de relevo e homens afetados por esta patologia têm 8 vezes maior probabilidade de cometerem o suicídio comparativamente com as mulheres, sendo a forma de suicídio mais violenta e perigosa e por sua vez mais bem sucedida (Chen et al., 2021).

Para as restantes variáveis (estado civil, situação socioeconómica, traços da personalidade, desenvolvimento moral, localização geográfica, sistema de saúde e *big five inventory*) consideradas importantes para a avaliação de um doente no seu estado geral não foram encontrados dados relevantes.

Avaliando os dados acima referidos é possível constatar que as avaliações de associação entre cancro e tendência ou comportamentos suicidas realizadas em todos os estudos identificam e avaliam os doentes em estudo com base nas características do indivíduo suicida apenas com apreciação do género, idade, estado civil e estadio da doença não sendo contempladas intensivamente as características de desenvolvimento e maturidade psicológica.

Características como o fator protetores e de vulnerabilidade não foram desenvolvidos nos estudos até ao momento disponíveis com a relevância esperada não tendo sido possível realizar uma avaliação mais completa do perfil de cada doente oncológico das patologias escolhidas.

É possível identificar parcialmente que doentes que tenham um círculo de apoio robusto e presente, com estadios de evolução da doença mais baixos, acesso à informação e acesso facilitado a recurso de saúde, uma personalidade otimista, resiliente e extrovertida assim como desenvolvimento moral e pessoal são importantes e demonstram ser armas fundamentais quando contemplamos o diagnóstico e tratamento de uma DO por todo o sacrifício que a ele está associado, contudo não houve fundamentação bibliográfica que o conseguisse fundamentar.

Perante todas as informações acima apresentadas é possível verificar que os estudos avaliados e acima referidos não são suficientes para conseguir averiguar quais os tipos de doentes, independentemente da patologia que possuem, que são mais propensos a cometerem suicídio a nível de desenvolvimento emocional.

A intervenção terapêutica com metodologias como a psicoterapia interpessoal configuram o tratamento de doentes afetados por episódios depressivos ou outras perturbações (alimentares, ansiedade) onde é realizada uma abordagem com foco nas relações interpessoais e na sua comunicação com terceiros. O foco está direcionado para a identificação e abordagem das dificuldades contributivas para os sintomas emocionais do paciente sendo geralmente realizadas um número determinado de sessões estruturadas e protocolares onde são abordados temas fulcrais do período de vida do doente em questão como luto, transições de vida, défices de capacidades, entre outros (Donovan & Jacobsen, 2021; Martins & Monteiro, 2016; Sotsky, Pessin & Markowitz, 2021).

5. Conclusão

É fundamental uma abordagem individualizada e avaliação completas das necessidades de cada paciente sendo essencial um suporte adequado em todas as fases do diagnóstico e tratamento da DO. Não só pela oferta de tratamento físico mas também apoio psicossocial ao doente e respetiva família visando a sua proteção e apoio conjunto.

Psicoterapia adaptada às características individuais, como a psicoterapia interpessoal, poderá ser bem sucedida quando dadas ao doente mecanismos de adaptação desenvolvidas consoante os seus traços de personalidade sendo necessária uma avaliação exaustiva prévia das suas necessidades específicas e intervenções devendo ser contemplada no plano de tratamento do doente.

6. Referências Bibliográficas

Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Early Detection and Management of Colorectal Cancer 369 (2005). https://extranet.who.int/ncdccs/Data/AUS_D1_cp106_clinical_practice_guidelines_prevention_early_detection_management....pdf

ACS. (2022). *Breast Cancer: Facts & Figures 2022-2024* <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-fact-figures-acs.pdf>

Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med*, 9, 20503121211000918. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>

Anglin, R. E., Samaan, Z., Walter, S. D., & McDonald, S. D. (2013). Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 202, 100-107. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.106666>

Anguiano, L., Mayer, D. K., Piven, M. L., & Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs*, 35(4), E14-26. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822fc76c>

Bade, B. C., & Dela Cruz, C. S. (2020). Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention. *Clin Chest Med*, 41(1), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2019.10.001>

Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*, 25(5), 555-560. <https://doi.org/10.1200/jco.2006.07.9046>

Baliga, M. S., Lasrado, S., Krishna, A., George, T., Madathil, L. P., D'souza, R. F., & Palatty, P. L. (2023). Social, Ethical and Treatment Related Problems Faced by Healthcare Workers in the Care of Head and Neck Cancer Patients: A Narrative Review from the Bioethics Consortium from India. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s12070-023-03738-w>

Bergengren, O., Pekala, K. R., Matsoukas, K., Fainberg, J., Mungovan, S. F., Bratt, O., Bray, F., Brawley, O., Luckenbaugh, A. N., Mucci, L., Morgan, T. M., & Carlsson, S. V. (2023). 2022 Update on Prostate Cancer Epidemiology and Risk

Factors-A Systematic Review. *Eur Urol*, 84(2), 191-206.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2023.04.021>

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

Boeker, M., França, F., Bronsert, P., & Schulz, S. (2016). TNM-O: ontology support for staging of malignant tumours. *J Biomed Semantics*, 7(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13326-016-0106-9>

Calati, R., Filipponi, C., Mansi, W., Casu, D., Peviani, G., Gentile, G., Tambuzzi, S., Zoja, R., Fornaro, M., Lopez-Castroman, J., & Madeddu, F. (2021). Cancer diagnosis and suicide outcomes: Umbrella review and methodological considerations. *J Affect Disord*, 295, 1201-1214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.131>

Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266. <https://doi.org/10.1037/a0013973>

Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 28(1), 1-23.

Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology*, 13(12), 837-849; discussion 850-836. <https://doi.org/10.1002/pon.832>

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>

Cervantes, A., Adam, R., Roselló, S., Arnold, D., Normanno, N., Taïeb, J., Seligmann, J., De Baere, T., Osterlund, P., Yoshino, T., & Martinelli, E. (2023). Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 34(1), 10-32. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.003>

Chen, C., Jiang, Y., Yang, F., Cai, Q., Liu, J., Wu, Y., & Lin, H. (2021). Risk factors associated with suicide among hepatocellular carcinoma patients: A surveillance, epidemiology, and end results analysis. *Eur J Surg Oncol*, 47(3 Pt B), 640-648. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.10.001>

Chen, J., Rizzo, J. A., & Rodriguez, H. P. (2011). The health effects of cost-related treatment delays. *Am J Med Qual*, 26(4), 261-271. <https://doi.org/10.1177/1062860610390352>

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*, 8, 455-480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>

Daely, S., Nuraini, T., Gayatri, D., & Pujasari, H. (2021). Impacts of age and marital status on the elderly's quality of life in an elderly social institution. *J Public Health Res*, 11(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2731>

Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., & Lucas, R. E. (2006). The mini-IPIP scales: tiny-yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychol Assess*, 18(2), 192-203. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.2.192>

Donovan, K. A., & Jacobsen, P. B. (2021). Assessment, Screening, and Case Finding for Depression and Anxiety in People with Cancer. In W. W. T. Lam, W. Breitbart, P. Butow, P. Jacobsen, W. Lam, M. Lazenby, & M. Loscalzo (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190097653.003.0019>

Du, X. L., Fang, S., Coker, A. L., Sanderson, M., Aragaki, C., Cormier, J. N., Xing, Y., Gor, B. J., & Chan, W. (2006). Racial disparity and socioeconomic status in association with survival in older men with local/regional stage prostate carcinoma: findings from a large community-based cohort. *Cancer*, 106(6), 1276-1285. <https://doi.org/10.1002/cncr.21732>

EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. (2018). *J Hepatol*, 69(1), 182-236. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.019>

ESMO. (2014). *Cancro do Fígado: um guia para o doente* <https://www.esmo.org/content/download/98003/1726150/file/ESMO-ACF-Cancro-do-Fi%CC%81gado-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>

ESMO. (2016). *Cancro Colorretal: um guia para o doente*. <https://www.esmo.org/content/download/98290/1727191/file/ESMO-ACF-Cancro-Colorretal-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>

Fervaha, G., Izard, J. P., Tripp, D. A., Rajan, S., Leong, D. P., & Siemens, D. R. (2019). Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. *Urol Oncol*, 37(4), 282-288. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2018.12.020>

Gaitanidis, A., Alevizakos, M., Pitiakoudis, M., & Wiggins, D. (2018). Trends in incidence and associated risk factors of suicide mortality among breast cancer patients. *Psychooncology*, 27(5), 1450-1456. <https://doi.org/10.1002/pon.4570>

Gordon, L. G., Merollini, K. M. D., Lowe, A., & Chan, R. J. (2017). A Systematic Review of Financial Toxicity Among Cancer Survivors: We Can't Pay the Co-Pay. *Patient*, 10(3), 295-309. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0204-x>

Gouda, H. N., & Powles, J. W. (2014). The science of epidemiology and the methods needed for public health assessments: a review of epidemiology textbooks. *BMC Public Health*, 14, 139. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-139>

Gradishar, W. J., Moran, M. S., Abraham, J., Aft, R., Agnese, D., Allison, K. H., Anderson, B., Burstein, H. J., Chew, H., Dang, C., Elias, A. D., Giordano, S. H., Goetz, M. P., Goldstein, L. J., Hurvitz, S. A., Isakoff, S. J., Jankowitz, R. C., Javid, S. H., Krishnamurthy, J., . . . Kumar, R. (2022). Breast Cancer, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 20(6), 691-722. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0030>

Güth, U., Myrick, M. E., Reisch, T., Bosshard, G., & Schmid, S. M. (2011). Suicide in breast cancer patients: an individual-centered approach provides insight beyond epidemiology. *Acta Oncol*, 50(7), 1037-1044. <https://doi.org/10.3109/0284186x.2011.602112>

Hackett, J. (2017). The Importance of Holistic Care at the End of Life. *Ulster Med J*, 86(2), 143-144.

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134(1), 1-30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.1>

Haggar, F. A., & Boushey, R. P. (2009). Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg*, 22(4), 191-197. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1242458>

Han, T., Han, M., Moreira, P., Song, H., Li, P., & Zhang, Z. (2023). Association between specific social activities and depressive symptoms among older adults: A study of urban-rural differences in China. *Front Public Health*, 11, 1099260. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1099260>

Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2000). The hallmarks of cancer. *Cell*, *100*(1), 57-70. [https://doi.org/10.1016/s0092-8674\(00\)81683-9](https://doi.org/10.1016/s0092-8674(00)81683-9)

Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., & Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nature Medicine*, *28*(4), 852-859. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y>

Holland, J. C., & Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *J Support Oncol*, *8*(1), 4-12.

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Hoover, C., Jacobsen, P. B., Kvale, E., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., McAllister-Black, R., . . . Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*, *11*(2), 190-209. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0027>

Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E., Jr. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clin Psychol Rev*, *40*, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>

Hussain, Z. (2022). The Holistic Approach to Cancer Pain Management. *Ulster Med J*, *91*(1), 45-49.

Joiner, T. (2007). *Why People Die by Suicide*.

Jun, H., & Aguila, E. (2021). Private Insurance and Mental Health among Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Longitudinal Analysis by Race and Ethnicity. *Int J Environ Res Public Health*, *18*(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052615>

Kashyap, D., Pal, D., Sharma, R., Garg, V. K., Goel, N., Koundal, D., Zaguia, A., Koundal, S., & Belay, A. (2022). Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *Biomed Res Int*, *2022*, 9605439. <https://doi.org/10.1155/2022/9605439>

Kazlauskienė, J., Navickas, A., Lesinskiene, S., & Bulotiene, G. (2022). Factors Affecting Suicidal Thoughts in Breast Cancer Patients. *Medicina (Kaunas)*, *58*(7). <https://doi.org/10.3390/medicina58070863>

Khazem, L. R. (2018). Physical disability and suicide: recent advancements in understanding and future directions for consideration. *Curr Opin Psychol*, *22*, 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.018>

Kim, J.-M., Jang, J.-E., Stewart, R., Kim, S.-Y., Kim, S.-W., Kang, H.-J., Shin, I.-S., Park, M.-H., Yoon, J.-H., & Yoon, J.-S. (2013). Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2848-2856. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pon.3367>

Klaassen, Z., Arora, K., Wilson, S. N., King, S. A., Madi, R., Neal, D. E., Jr., Kurdyak, P., Kulkarni, G. S., Lewis, R. W., & Terris, M. K. (2018). Decreasing suicide risk among patients with prostate cancer: Implications for depression, erectile dysfunction, and suicidal ideation screening. *Urol Oncol*, 36(2), 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.09.007>

Kolva, E., Hoffecker, L., & Cox-Martin, E. (2020). Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliat Support Care*, 18(2), 206-219. <https://doi.org/10.1017/s1478951519000610>

Lemjabbar-Alaoui, H., Hassan, O. U., Yang, Y. W., & Buchanan, P. (2015). Lung cancer: Biology and treatment options. *Biochim Biophys Acta*, 1856(2), 189-210. <https://doi.org/10.1016/j.bbcan.2015.08.002>

Leonard, P. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional-patient communication issues. *Support Care Cancer*, 25(Suppl 1), 7-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6>

Lim, W., Ridge, C. A., Nicholson, A. G., & Mirsadraee, S. (2018). The 8 th lung cancer TNM classification and clinical staging system: review of the changes and clinical implications. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 8(7), 709-718. <https://qims.amegroups.org/article/view/20898>

Liu, C. Y., Chen, K. F., & Chen, P. J. (2015). Treatment of Liver Cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med*, 5(9), a021535. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a021535>

Loeb, S., Bjurlin, M. A., Nicholson, J., Tammela, T. L., Penson, D. F., Carter, H. B., Carroll, P., & Etzioni, R. (2014). Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol*, 65(6), 1046-1055. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.12.062>

Lu, D., Fall, K., Sparén, P., Ye, W., Adami, H. O., Valdimarsdóttir, U., & Fang, F. (2013). Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Annals of Oncology*, 24(12), 3112-3117. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/annonc/mdt415>

Martins, M., & Monteiro, I. S. (2016). Psicoterapia interpessoal: características e efetividade. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(2). <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n2a10.pdf>

McCann, J. C., & Ames, B. N. (2008). Is there convincing biological or behavioral evidence linking vitamin D deficiency to brain dysfunction? *FASEB J*, 22(4), 982-1001. <https://doi.org/10.1096/fj.07-9326rev>

McGlynn, K. A., Tsao, L., Hsing, A. W., Devesa, S. S., & Fraumeni, J. F., Jr. (2001). International trends and patterns of primary liver cancer. *Int J Cancer*, 94(2), 290-296. <https://doi.org/10.1002/ijc.1456>

McMaughan, D. J., Olorunoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Front Public Health*, 8, 231. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>

Misono, S., Weiss, N. S., Fann, J. R., Redman, M., & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*, 26(29), 4731-4738. <https://doi.org/10.1200/jco.2007.13.8941>

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12(2), 160-174. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70002-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70002-x)

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*, 14(8), 721-732. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70244-4)

Mobley, L. R., Kuo, T. M., Watson, L., & Gordon Brown, G. (2012). Geographic disparities in late-stage cancer diagnosis: multilevel factors and spatial interactions. *Health Place*, 18(5), 978-990. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.06.009>

Mohler, J. L., Antonarakis, E. S., Armstrong, A. J., D'Amico, A. V., Davis, B. J., Dorff, T., Eastham, J. A., Enke, C. A., Farrington, T. A., Higano, C. S., Horwitz, E. M., Hurwitz, M., Ippolito, J. E., Kane, C. J., Kuettel, M. R., Lang, J. M., McKenney, J., Netto, G., Penson, D. F., . . . Freedman-Cass, D. A. (2019). Prostate Cancer, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 17(5), 479-505. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0023>

Monteiro, I. S. (2023). *Mudamos pelo que Fazemos-Sobrevivência com ciência para o autoconhecimento*. Glaciar.

Munir, S., & Abbas, M. (2023). Seasonal Depressive Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing

Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.

Nasim, F., Sabath, B. F., & Eapen, G. A. (2019). Lung Cancer. *Med Clin North Am*, 103(3), 463-473. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.006>

Nooreldeen, R., & Bach, H. (2021). Current and Future Development in Lung Cancer Diagnosis. *Int J Mol Sci*, 22(16). <https://doi.org/10.3390/ijms22168661>

Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *Jama*, 319(10), 1024-1039. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>

Peppercorn, J. (2012). Ethics of ongoing cancer care for patients making risky decisions. *J Oncol Pract*, 8(5), e111-113. <https://doi.org/10.1200/jop.2012.000622>

Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide* [doi:10.1002/9780470754887]. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470754887>

Pham, T. T., Talukder, A. M., Walsh, N. J., Lawson, A. G., Jones, A. J., Bishop, J. L., & Kruse, E. J. (2019). Clinical and epidemiological factors associated with suicide in colorectal cancer. *Support Care Cancer*, 27(2), 617-621. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4354-3>

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 361, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>

Psycho-Oncology. (2021). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190097653.001.0001>

Rahouma, M., Kamel, M., Abouarab, A., Eldessouki, I., Nasar, A., Harrison, S., Lee, B., Shostak, E., Morris, J., Stiles, B., Altorki, N. K., & Port, J. L. (2018). Lung cancer patients have the highest malignancy-associated suicide rate in USA: a population-based analysis. *Ecancermedicalscience*, 12, 859. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.859>

Robinson, J. M., & Shavers, V. (2008). The role of health insurance coverage in cancer screening utilization. *J Health Care Poor Underserved*, *19*(3), 842-856. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0048>

Rocheffort, C., Hoerger, M., Turiano, N. A., & Duberstein, P. (2019). Big Five personality and health in adults with and without cancer. *J Health Psychol*, *24*(11), 1494-1504. <https://doi.org/10.1177/1359105317753714>

Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*, *55*(2), 309-319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>

Rudiger, A. (2016). Human Rights and the Political Economy of Universal Health Care: Designing Equitable Financing. *Health Hum Rights*, *18*(2), 67-78.

Samawi, H. H., Shaheen, A. A., Tang, P. A., Heng, D. Y. C., Cheung, W. Y., & Vickers, M. M. (2017). Risk and predictors of suicide in colorectal cancer patients: a Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis. *Curr Oncol*, *24*(6), e513-e517. <https://doi.org/10.3747/co.24.3713>

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*, *108*(9 Suppl), 23-27; quiz 27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>

Seibert, T. M., Garraway, I. P., Plym, A., Mahal, B. A., Giri, V., Jacobs, M. F., Cheng, H. H., Loeb, S., Helfand, B. T., Eeles, R. A., & Morgan, T. M. (2023). Genetic Risk Prediction for Prostate Cancer: Implications for Early Detection and Prevention. *Eur Urol*, *83*(3), 241-248. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2022.12.021>

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2021). Cancer Statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(1), 7-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.21654>

Sier, V. Q., Schmitz, R. F., Putter, H., Schepers, A., & van der Vorst, J. R. (2022). The big five: Studying the surgical personality. *Surgery*, *172*(5), 1358-1363. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.08.003>

Sotsky, J., Pessin, H., & Markowitz, J. C. (2021). Interpersonal Psychotherapy and Cancer. In W. S. Breitbart, P. N. Butow, P. B. Jacobsen, W. W. T. Lam, M. Lazenby, M. J. Loscalzo, W. Breitbart, P. Butow, P. Jacobsen, W. Lam, M. Lazenby, & M. Loscalzo (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190097653.003.0059>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Tang, W., Zhang, W. Q., Hu, S. Q., Shen, W. Q., & Chen, H. L. (2022). Incidence and risk factors of suicide in patients with lung cancer: a scoping review. *Support Care Cancer*, 30(4), 2945-2957. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06604-z>

Thompson, J., Davis, J., & Mazerolle, L. (2014). A systematic method for search term selection in systematic reviews. *Research Synthesis Methods*, 5(2), 87-97. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jrsm.1096>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2)

Vega-Hurtado, C. (2020). Importance of doctor-patient communication strategies. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 58(2), 197-201. <https://doi.org/10.24875/rmimss.M20000017> (Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente.)

WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

WHO. (2020). All cancers. In. *Cancer today: Globocan*.

WHO. (2023). *Breast cancer* [Factsheet]. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>

YALOM, I. D. (2023). *O Sentido da Vida*. Desassossego. <https://books.google.pt/books?id=tD20EAAAQBAJ>

Yamokoski, C. A., Scheel, K. R., & Rogers, J. R. (2011). The role of affect in suicidal thoughts and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*, 41(2), 160-170. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00019.x>

Zhang, X., Sun, S., Peng, P., Ma, F., & Tang, F. (2021). Prediction of risk of suicide death among lung cancer patients after the cancer diagnosis. *J Affect Disord*, 292, 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.123>