HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - HECI RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

OTÁVIO CÉSAR OLIVEIRA E SILVA

ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO E DAS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM PACIENTES CARDÍACOS COM IDEAÇÃO SUICIDA: UMA INVESTIGAÇÃO BASEADA EM REGISTROS CLÍNICOS DE PACIENTES CARDÍACOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES

JANEIRO/2026

ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO E DAS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM PACIENTES CARDÍACOS COM IDEAÇÃO SUICIDA: UMA INVESTIGAÇÃO BASEADA EM REGISTROS CLÍNICOS DE PACIENTES CARDÍACOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

ANALYSIS OF THE CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN CARDIAC PATIENTS WITH SUICIDAL IDEATION: AN INVESTIGATION BASED ON CLINICAL RECORDS OF CARDIAC PATIENTS WITH PSYCHOLOGICAL DISTRESS

SILVA, Otávio César Oliveira E[1]
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira[2]
RAMOS, Gabriel Pacheco[3]
GONÇALVES, Ludmylla de Moraes[4]

RESUMO

A ideação suicida em pacientes com doenças cardiovasculares constitui um importante problema de saúde pública, especialmente no contexto da hospitalização e da realização de procedimentos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos, podendo impactar negativamente o prognóstico clínico e a recuperação desses indivíduos. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em sofrimento psíquico, com presença de ideação suicida, submetidos a intervenções cardíacas em um hospital filantrópico do sul do Espírito Santo. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes internados entre janeiro e dezembro de 2024. Foram analisados inicialmente 72 prontuários, dos quais 40 compuseram a amostra final por atenderem aos critérios de inclusão. Observou-se predominância do sexo masculino, com idade superior a 60 anos, mediana de 63 anos e baixa escolaridade. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade, associadas a fatores de risco comportamentais como etilismo, tabagismo e inatividade física. A maioria dos pacientes não fazia uso de psicofármacos, apesar do sofrimento psíquico identificado. Em relação aos procedimentos, destacaram-se o cateterismo cardíaco associado à angioplastia coronariana, a cirurgia de revascularização do miocárdio e o implante de marcapasso. O tempo de internação apresentou mediana de 10 dias, com assimetria positiva e presença de casos com permanência hospitalar prolongada. A maioria dos pacientes evoluiu com alta hospitalar, embora tenha sido observada taxa de mortalidade durante a internação. Os achados reforçam que a ideação suicida em pacientes submetidos a intervenções cardíacas deve ser compreendida como fenômeno multifatorial, associado à gravidade clínica, às comorbidades, às condições psicossociais e ao contexto hospitalar, evidenciando a importância da atuação multiprofissional e da inserção sistemática do cuidado à

saúde mental na integralidade à saúde cardiovascular.

Palavras-chave: Doenças cardíacas. Epidemiologia. Suicídio.

[1] Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do adulto e do idoso com ênfase em atenção cardiovascular do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, otaviocesarpsi@gmail.com.[2] Orientador: Mestre em administração de empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.zigoni@gmail.com.
[3] Co-Orientador: Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva pela Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gabriel.pr19@hotmail.com.[4]Co-Orientador(a): Preceptor pela Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, ludmyllapsi@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no mundo, com consequências significativas para a saúde pública e os sistemas de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), essas enfermidades são responsáveis por aproximadamente 17,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a cerca de 32% do total global de óbitos. Entre as principais condições clínicas destacam-se o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial sistêmica, todas associadas a uma redução importante na qualidade de vida dos pacientes. Embora fatores de risco clássicos, como predisposição genética, sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada, estejam bem documentados, a literatura científica recente tem ampliado o enfoque sobre variáveis psicológicas, devido ao seu impacto no curso e no prognóstico das doenças cardiovasculares.

Paralelamente, os transtornos mentais, com destaque para a depressão, configuram-se como uma das principais causas de incapacidade no cenário mundial. A American Psychiatric Association (APA, 2021) estima que cerca de 5% da população adulta global apresenta quadros depressivos, os quais acarretam prejuízos significativos na funcionalidade e na qualidade de vida. Os sintomas incluem anedonia, fadiga, dificuldades cognitivas e, em casos mais graves, ideação suicida, comprometendo o autocuidado e a adesão ao tratamento clínico.

A interação entre transtornos mentais e doenças cardiovasculares tem sido objeto de crescente interesse na literatura especializada. Estudos indicam que a presença de sintomas depressivos em pacientes cardiopatas pode intensificar a

gravidade do quadro clínico e elevar o risco de mortalidade (KHAWAJA et al., 2009). Além disso, altos níveis de estresse e ansiedade são frequentemente observados nesse grupo, influenciando negativamente a adesão terapêutica e favorecendo a reincidência de hospitalizações. A literatura também aponta que a depressão pode atuar tanto como fator predisponente quanto como consequência das doenças cardiovasculares, configurando um ciclo de deterioração da saúde física e mental (ALVES; FRÁGUAS; WAJNGARTEN, 2009).

Diante da relevância dessa correlação, torna-se imprescindível aprofundar as investigações sobre os impactos psicológicos em pacientes cardiopatas, com vistas à formulação de estratégias terapêuticas integradas que contribuam para a redução da morbimortalidade e para a promoção da qualidade de vida dessa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, baseado na análise documental de prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos, que apresentaram e\ou verbalizam ideação ou comportamento suicida em algum momento da hospitalização. Foram incluídos procedimentos como cirurgia de revascularização do miocárdio (ponte de safena ou mamária), troca ou reparo valvar, correção de defeitos congênitos (como comunicação interatrial e interventricular), implante transcateter de válvula aórtica (TAVI/TAVR), e implante de dispositivos cardíacos (marcapasso, cardiodesfibrilador implantável – CDI – e ressincronizador cardíaco). A coleta de dados abrangeu o período de janeiro a dezembro de 2024.

A instituição onde a pesquisa foi conduzida atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede privada, sendo referência regional em dor torácica, cardiologia clínica e intervencionista, arritmias, cirurgia cardíaca, marcapasso e aneurismas de aorta. Destaca-se ainda nas áreas de oncologia e neurologia aguda (SESA, 2022).

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, elaborado para contemplar um conjunto de variáveis relevantes ao perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. As variáveis sociodemográficas incluíram: idade, sexo, cor/raça, nível

de escolaridade, estado civil, condição habitacional e ocupação. Também foram investigados hábitos de vida, como tabagismo, etilismo, uso de substâncias psicoativas, prática de atividades físicas e atividades de lazer.

O histórico clínico e psicológico foi analisado com base na presença de comorbidades, uso contínuo de medicações e registros de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Fatores psicossociais, como religiosidade e rede de apoio social estruturada, também foram avaliados. Outrossim, foram coletadas informações relacionadas ao diagnóstico principal, tempo de internação, fatores de risco cardiovasculares, doenças associadas, intercorrências clínicas durante a hospitalização, desfecho clínico e, quando aplicável, causa do óbito.

Para garantir a fidedignidade dos dados e minimizar possíveis vieses, foram adotadas estratégias como definição clara dos critérios de elegibilidade, padronização do instrumento de coleta e revisão manual dos prontuários. Casos com dados incompletos, inconsistentes ou inconclusivos foram excluídos da amostra final. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que apresentaram e\ou verbalizaram ideação suicida durante a internação e foram submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos. Foram excluídos pacientes que não realizaram procedimentos cirúrgicos desse tipo ou que não apresentaram ideação suicida até a alta hospitalar ou o óbito.

A identificação dos prontuários foi realizada por meio do sistema de gestão hospitalar MV2000i, totalizando 72 atendimentos compatíveis com os critérios estabelecidos. A partir dessa listagem, procedeu-se à análise individual dos prontuários e ao preenchimento do instrumento de coleta.

A revisão da literatura foi conduzida nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MEDLINE, utilizando os descritores “Doenças cardíacas”, “Epidemiologia” e “Suicídio”, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados pelo operador booleano “AND”. Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com texto completo disponível. Estudos duplicados, fora do período, idioma ou escopo foram excluídos. Complementarmente, foram incluídas publicações obtidas por meio de referências cruzadas e busca

manual em periódicos especializados.

Os dados foram organizados no software Microsoft Excel 2020 e analisados por meio do programa Epi Info™ 7. As variáveis foram descritas por média, mediana, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas. Para a análise estatística, foram aplicados os testes qui-quadrado, exato de Fisher e Mantel-Haenszel (para variáveis categóricas), além dos testes t de Student e Mann-Whitney para comparação de médias, adotando-se nível de significância de $p < 0,05$. O método de Tukey foi utilizado na construção dos gráficos tipo boxplot.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando tratar-se de uma pesquisa retrospectiva, fundamentada inteiramente em dados secundários provenientes de prontuários, solicitou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a qual foi aprovada. O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMED Vitória (parecer nº 8.024.334). Todas as etapas da investigação foram conduzidas de modo a assegurar o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das informações referentes aos participantes, respeitando integralmente os princípios éticos que regem a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram inicialmente analisados 72 prontuários de pacientes. Entretanto, (44,44%) desses registros foram excluídos por apresentarem dados incompletos ou por não corresponderem a pacientes submetidos a intervenções cardíacas invasivas ou minimamente invasivas. Assim, a amostra final do estudo foi constituída por 40 prontuários (55,55%), referentes a pacientes com comportamento,verbalização e\ou ideação suicida submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos.

Dentre os participantes, 21 eram do sexo masculino (52,5%) e 19 do sexo feminino (47,5%). Observou-se predominância de indivíduos com idade superior a 60 anos, representando (65,0%) da amostra. Em relação à autodeclaração de cor/raça, (50,0%) dos pacientes identificaram-se como pardos, e quanto ao estado

civil, (62,5%) eram casados. No que se refere à religiosidade, houve predomínio de indivíduos que se declararam católicos (52,5%), sendo mais frequente a presença de três filhos, observada em (30,0%) dos casos.

No que diz respeito à escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes (67,5%) possuía ensino fundamental incompleto. Quanto à situação ocupacional, (60,0%) dos pacientes eram pensionistas. Em relação às condições de moradia, (77,5%) declararam residir em casa própria. No que se refere à procedência, (42,5%) dos indivíduos residiam no município de Cachoeiro de Itapemirim, enquanto (57,5%) eram provenientes de outros municípios do estado do Espírito Santo. As informações sociodemográficas encontram-se sistematizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes com ideação, verbalização e\ou comportamento suicida submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	N (40)	%
SEXO		
Masculino	21	52,50
Feminino	19	47,50
IDADE		
Superior a 60 anos	26	65,00
Até 60 anos	14	35,00
COR		
Pardo	20	50,00
Branco	15	37,50
Negra	04	10,00
Amarela	01	02,50
Indigena	00	00,00
Não informado	00	00,00
ESTADO CIVIL		
Casado	25	62,50
Solteiro	05	12,50
Viúvo	05	12,50
Divorciado	02	05,00
União Estável	01	02,50
Não informado	02	05,00

PROFISSÃO		
Pensionista	24	60,00
Assalariado e/ou autônomo	09	22,50
Não especificado	06	15,00
Desempregado	01	02,50
Do lar	00	00,00
Estudante	00	00,00
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental Incompleto	27	67,50
Ensino fundamental Completo	07	17,50
Ensino médio Incompleto	02	05,00
Ensino médio completo	02	05,00
Analfabeto	02	05,00
Ensino Superior	00	00,00
Não informado	00	00,00
CIDADE		
Cachoeiro de Itapemirim/ES	17	42,50
Alegre/ES	03	07,50
Castelo/ES	03	07,50
Marataízes/ES	03	07,50
Guaçuí/ES	03	07,50
Iúna/ES	02	05,00
Alfredo Chaves/ES	01	02,50
Muqui/ES	01	02,50
Rio Novo do Sul/ES	01	02,50
Iconha/ES	01	02,50
Itapemirim/ES	01	02,50
Jerônimo Monteiro/ES	01	02,50
Mimoso do Sul/ES	01	02,50
Piúma/ES	01	02,50
Vargem Alta/ES	01	02,50
SITUAÇÃO HABITACIONAL		
Casa Própria	31	77,50
Alugada	07	17,50
Cedida	02	05,00
Abrigo/asilo	00	00,00
Outros	00	00,00
RELIGIOSIDADE		
Católico	21	52,50
Evangélico	10	25,00
Não refere	06	15,00
Ateu	01	02,50
Espiritismo	01	02,50
Testemunhas	01	02,50
NÚMERO DE FILHOS		
3 Filhos	12	30,00
2 Filhos	10	25,00
4 ou mais Filhos	09	22,50
1 Filho	06	15,00

Não Possui	03	07,50

Fonte: Autor, 2026.

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis clínicas dos pacientes submetidos a intervenções cardíacas invasivas ou minimamente invasivas. No que se refere ao diagnóstico de internação, observou-se maior frequência do código CID-10 I42.8 (Outras cardiomiopatias), identificado em (40,00%) dos prontuários analisados. Em seguida, destacaram-se os códigos I21.9 (infarto agudo do miocárdio não especificado) e I20.0 (angina instável), ambos correspondendo a (12,50%) da amostra. O código I21.0 e I21.4 referente ao infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio e infarto agudo subendocárdico do miocárdio esteve presente em (7,50%) dos casos respectivamente. Os demais diagnósticos de internação apresentaram frequência inferior a 3,00% cada, individualmente.

Quanto ao tipo de procedimento realizado, verificou-se predominância da associação entre cateterismo cardíaco e angioplastia coronariana (CATE + ANGIO), correspondendo a (30,0%) dos casos. Em seguida, observaram-se o cateterismo Cardíaco (CATE), com (27,5%), e a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM), realizada em (22,5%) dos pacientes. O implante de marcapasso foi identificado em (12,5%) dos prontuários, enquanto os procedimentos de troca valvar e implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) corresponderam a (5,0%) e (2,5%) dos casos, respectivamente.

No que se refere às complicações durante a internação, observou-se que a maioria dos pacientes (65,0%) não apresentou intercorrências clínicas ou complicações relevantes ao longo do período hospitalar. Quanto ao desfecho clínico, verificou-se predominância de evolução favorável, com (85,0%) dos pacientes recebendo alta hospitalar, enquanto (15,0%) evoluíram para óbito durante a internação.

Tabela 2 – Variáveis clínicas dos pacientes com ideação, verbalização e\ou comportamento suicida submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um hospital filantrópico do sul do estado do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	N (40)	%

CID		
I42.8	16	40,00
I21.9	05	12,50
I20.0	05	12,50
I21.0	03	07,50
I21.4	03	07,50
I50.0	01	02,50
I12.0	01	02,50
I21.8	01	02,50
I50.9	01	02,50
R26.0	01	02,50
J12.8	01	02,50
I70.2	01	02,50
Z95.0	01	02,50
PROCEDIMENTO REALIZADO		
CATE + ANGIO	12	30,00
CATE	11	27,50
CRVM	09	22,50
MP	05	12,50
Troca valvar	02	05,00
TAVI	01	02,50
COMPLICAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO		
Não apresentou	26	65,00
Apresentou	11	27,50
Não especificado	03	07,50
DESFECHO CLÍNICO		
Alta	34	85,00
Óbito	06	15,00
Transferência para outro hospital	00	00,00

Fonte: Autor, 2026.

Na Tabela 3, são apresentados os dados referentes ao tipo de ideação, verbalização e comportamento suicida, o acompanhamento psicológico e psiquiátrico prévio, bem como à presença de sintomas ansiosos e depressivos nos pacientes submetidos a intervenções cardíacas. No que se refere ao comportamento suicida, observou-se que (22,5%) das tentativas ocorreram por ingestão de medicamentos, seguidas por tentativas com uso de objeto cortante e pela utilização de vias públicas, ambas correspondendo a (15,0%) dos casos. Em menor proporção, registram-se tentativas por uso de arma de fogo, enforcamento e queda de altura, cada uma representando (7,5%) da amostra.

No que se refere à presença de sintomas ansiosos durante o período de internação, constatou-se que a maioria dos pacientes (65,0%) não apresentou esse

tipo de sintomatologia. Em contrapartida, quanto aos sintomas depressivos, observou-se sua presença em (60,0%) da amostra analisada. Ademais, verificou-se que a maior parte dos pacientes não realizava acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, correspondendo a (72,5%) dos casos.

Quanto à variável relacionada ao tipo de ideação suicida, constatou-se ausência de registro dessas informações em parte dos prontuários analisados, correspondendo a (25,0%) dos casos.

Tabela 3 – Tipo de ideação, verbalização e comportamento suicida, bem como ao acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico prévio ou atual dos pacientes em sofrimento psíquico submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	N (40)	%
TIPO DE IDEAÇÃO SUICIDA		
Ingestão de medicamentos	09	22,50
Objeto cortante	06	15,00
Via pública	06	15,00
Arma de fogo	03	07,50
Enforcamento	03	07,50
Queda de altura	03	07,50
Não especificado	10	25,00
ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO		
Não	29	72,50
Sim	08	20,00
Não especificado	03	07,50
ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO		
Não	29	72,50
Sim	07	17,50
Não especificado	04	10,00
SINTOMAS ANSIOSOS		
Não	26	65,00
Sim	14	35,00
SINTOMAS DEPRESSIVOS		
Sim	24	60,00
Não	16	40,00

Fonte: Autor, 2026.

Na Tabela 4, estão apresentados os fatores de risco clínicos identificados na amostra estudada. A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial

sistêmica (HAS), observada em (85,0%) dos pacientes. Na sequência, destacaram-se o diabetes mellitus (27,5%), a obesidade (20,0%) e a dislipidemia (15,0%). Entre os fatores de risco comportamentais, verificou-se a presença de etilismo em (27,5%) dos casos, tabagismo em (22,5%) e uso de substâncias psicoativas em (2,5%) da amostra.

Observou-se ainda que a maioria dos pacientes não realizava atividade física regular, correspondendo a (80,0%) dos participantes. Em contrapartida, (75,0%) relataram possuir algum tipo de atividade de lazer, e (87,5%) apresentavam rede de apoio social. No que se refere ao uso de psicofármacos, constatou-se que (67,5%) dos pacientes não faziam uso de medicações para controle e/ou tratamento de sintomas psíquicos.

Tabela 4 – Fatores de risco clínico dos pacientes em sofrimento psíquico submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, 2024.

Variáveis	N (40)	%
HIPERTENSÃO ARTERIAL(HAS)		
Sim	34	85,00
Não	06	15,00
DISLIPIDEMIA		
Não	34	85,00
Sim	06	15,00
DIABETES MELLITUS		
Não	29	72,50
Sim	11	27,50
TABAGISMO		
Não	21	52,50
Ex-Tabagista	10	25,00
Sim	09	22,50
ETILISTA		
Não	19	47,50
Sim	11	27,50
Ex-Etilista	10	25,00
OBESIDADE		
Não	32	80,00
Sim	08	20,00

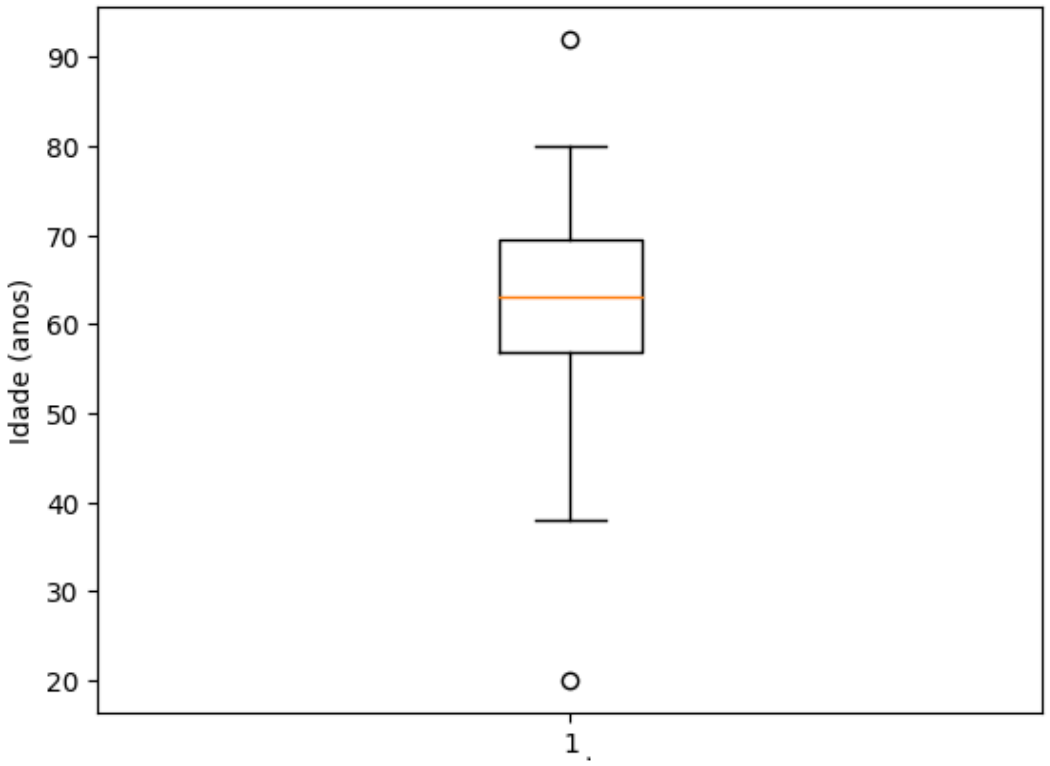
REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS		
Não	32	80,00
Sim	08	20,00
POSSUI LAZER		
Sim	30	75,00
Não	10	25,00
USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS		
Não	37	92,50
Ex-Usuário	02	05,00
Sim	01	02,50
USO DE PSICOFÁRMACOS		
Não	27	67,50
Sim	13	32,50
REDE DE APOIO		
Sim	35	87,50
Não	03	07,50
Não informado	02	05,00

Fonte: Autor, 2026.

A distribuição etária dos pacientes (n = 40), analisada por meio do método de Tukey, apresentou mediana de 63 anos (DP ± 13,50), indicando que metade dos indivíduos possuía idade igual ou inferior a esse valor. O primeiro quartil (Q1) foi de 56,5 anos, enquanto o terceiro quartil (Q3) correspondeu a 70 anos, evidenciando que (50,0%) da amostra concentrou-se nessa faixa etária.

O limite inferior da distribuição foi de 36,25 anos e o limite superior de 90,25 anos, representando os valores extremos dentro do intervalo interquartil expandido. A idade mínima observada foi de 20 anos e a máxima de 92 anos, caracterizando uma distribuição com leve assimetria à direita (assimetria positiva), evidenciada pela presença de um outlier superior correspondente à idade máxima registrada. Esses resultados encontram-se ilustrados na Figura 1, por meio do boxplot.

Figura 1. Distribuição das idades dos pacientes em sofrimento psíquico submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um Hospital Filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo, conforme método de Tukey, 2024.



Fonte: Autor, 2026.

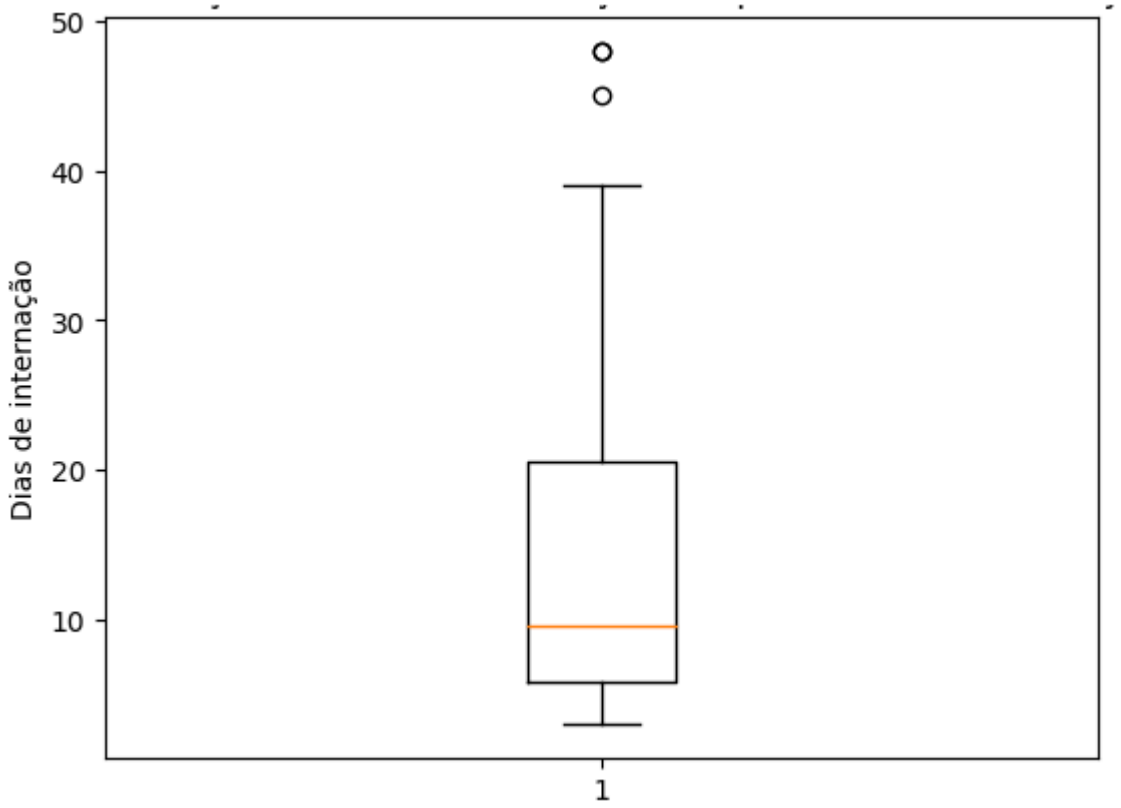
A análise do número de dias de internação dos pacientes com ideação suicida submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos (n = 40), realizada por meio do método de Tukey para construção do boxplot, evidenciou uma mediana de 10 dias (DP ± 13,39). Esse resultado indica que a maior parte dos pacientes apresentou tempo de internação relativamente curto, enquanto uma parcela menor evoluiu com permanência hospitalar prolongada.

O primeiro quartil (Q1) foi de 5 dias, indicando que 25,0% da amostra permaneceu internada por até esse período, ao passo que o terceiro quartil (Q3) foi de 22 dias, demonstrando que 75,0% dos pacientes tiveram tempo de internação igual ou inferior a esse valor.

O limite inferior da distribuição foi de 3 dias, correspondente ao menor tempo de internação observado, enquanto o limite superior foi de 48 dias, representando o maior valor dentro do intervalo interquartil expandido. Não foram identificados outliers inferiores; entretanto, observaram-se dois outliers superiores (45 e 48 dias), caracterizando casos de internação significativamente prolongada.

A distribuição dos dias de internação apresentou assimetria acentuada à direita (assimetria positiva), com concentração dos valores em períodos mais curtos de hospitalização e presença de poucos casos com longos tempos de permanência hospitalar. A dispersão dos dados encontra-se representada graficamente na Figura 2, por meio do boxplot.

Figura 2. Distribuição dos dias de internação dos pacientes com ideação suicida submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um Hospital Filantrópico do sul do Espírito Santo, conforme método de Tukey, 2024.



Fonte: Autor, 2026

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se predominância do sexo masculino e de indivíduos com idade superior a 60 anos entre os pacientes analisados, com mediana etária de 63 anos, resultado que se mostra consistente com a literatura científica. Zaslavsky e Gus (2002) destacam que, ao se avaliar o perfil de morbidades na população idosa, sobressaem as doenças crônico-degenerativas, entre elas a doença arterial coronariana, cuja prevalência é maior no sexo masculino, correspondendo a

aproximadamente 52,5% dos casos.

Estudos epidemiológicos de grande escala corroboram esses achados ao indicar que homens apresentam maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, especialmente em faixas etárias mais avançadas, em razão da maior exposição a fatores de risco clínicos, comportamentais e psicossociais (Yusuf et al., 2004; Benjamin et al., 2019). Além disso, a literatura aponta que o sexo masculino apresenta maior vulnerabilidade a desfechos negativos em saúde mental quando associado a doenças crônicas, fenômeno frequentemente relacionado à menor procura por serviços de saúde e à maior exposição a estressores psicossociais (World Health Organization, 2014).

Diversos fatores socioculturais têm sido associados à maior incidência de doenças cardiovasculares em homens, destacando-se a menor adesão a práticas preventivas, a busca tardia por cuidados em saúde e a maior prevalência de comportamentos de risco, como tabagismo e etilismo (Courtenay, 2000; Yusuf et al., 2004). Esses aspectos contribuem para explicar a maior ocorrência dessas condições no sexo masculino e, consequentemente, a menor prevalência observada entre mulheres.

A predominância da autodeclaração de cor parda identificada na amostra constitui um dado relevante quando analisado à luz das desigualdades raciais em saúde. Estudos indicam que indivíduos não brancos apresentam maior exposição a fatores de risco cardiovasculares e piores desfechos clínicos, frequentemente associados a desigualdades estruturais, menor acesso aos serviços de saúde e maior carga de comorbidades crônicas (Bahia et al., 2018; Lagua rdia, 2004). No contexto brasileiro, esse achado também reflete a composição demográfica da população, conforme descrito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), sem desconsiderar os impactos do racismo estrutural e das iniquidades sociais no processo saúde-doença.

Embora o estado civil não tenha sido o foco principal desta análise, a literatura reconhece essa variável como um importante determinante psicossocial. Evidências apontam que indivíduos casados tendem a apresentar maior suporte social e menores níveis de sofrimento psíquico, configurando-se como fator protetivo para a

saúde mental, enquanto situações de solidão, separação ou viuvez estão associadas a maior risco de transtornos mentais e comportamento suicida (Holt-Lunstad et al., 2010; World Health Organization, 2014). Em populações clínicas, a presença de uma rede de apoio estruturada pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento e o enfrentamento do adoecimento.

Observou-se ainda predominância de baixa escolaridade, com maior frequência de ensino fundamental incompleto. A literatura aponta a escolaridade como um dos principais determinantes sociais do sofrimento psíquico, uma vez que níveis educacionais mais baixos estão associados a maior vulnerabilidade socioeconômica, menor acesso à informação e maiores dificuldades no manejo de doenças crônicas (Marmot et al., 2008; Lund et al., 2010). Nesse sentido, a baixa escolaridade pode atuar como marcador de risco para o adoecimento mental e dificultar a compreensão do processo de adoecimento cardiovascular e das orientações terapêuticas.

No que se refere à situação ocupacional, a predominância de pensionistas deve ser interpretada com cautela. Embora não existam evidências diretas que relacionem essa condição ao comportamento suicida, o termo abrange diferentes vínculos com a Previdência Social, como aposentadoria por idade, invalidez ou pensão por morte (INSS, 2024). Tal condição pode refletir limitações funcionais, perda do papel produtivo e dependência financeira, aspectos que, segundo a literatura, podem contribuir para sentimentos de inutilidade, sofrimento psíquico e vulnerabilidade emocional, especialmente em indivíduos com doenças crônicas (Santos et al., 2017).

O elevado percentual de pacientes residentes em casa própria pode ser interpretado como indicativo de certa estabilidade habitacional; contudo, esse fator não deve ser compreendido isoladamente como proteção psicossocial. Evidências apontam que condições materiais estáveis não eliminam, por si só, o risco de sofrimento psíquico, sobretudo quando coexistem adoecimento físico grave, limitações funcionais e fragilidade emocional (World Health Organization, 2014).

A religiosidade, por sua vez, é amplamente descrita na literatura como importante fator protetivo em relação à ideação e ao comportamento suicida, por

favorecer estratégias de enfrentamento, atribuição de sentido ao sofrimento e fortalecimento da rede de apoio social (Koenig, 2012; Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006). Em pacientes com doenças cardiovasculares, a espiritualidade pode atuar como mediadora da vivência do adoecimento, auxiliando na redução de sentimentos de desesperança, medo da morte e sofrimento existencial, frequentemente exacerbados no período perioperatório.

Entretanto, a presença de religiosidade não exclui, por si só, a ocorrência de ideação suicida, especialmente quando associada a condições clínicas graves, hospitalização prolongada e limitações funcionais. Estudos indicam que, mesmo entre indivíduos com crenças religiosas consolidadas, o adoecimento cardíaco pode desencadear intenso sofrimento psíquico, sobretudo diante da percepção de finitude, perda de autonomia e impacto nas relações familiares (Pargament et al., 2013). Nesse contexto, a presença de filhos pode atuar tanto como fator protetivo — ao reforçar vínculos e senso de responsabilidade — quanto como potencial gerador de angústia, especialmente quando o paciente vivencia medo de se tornar um fardo ou preocupação com o futuro da família (Tavares et al., 2016).

As cardiomiopatias, diagnóstico mais frequente na amostra, constituem um grupo de doenças associadas à insuficiência cardíaca, limitação funcional progressiva e internações recorrentes, condições que impactam significativamente a saúde mental. Evidências indicam maior prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida entre pacientes com cardiomiopatias, sobretudo em fases de descompensação clínica (Haverkamp et al., 2020; Einarsson et al., 2021).

Da mesma forma, os diagnósticos de infarto agudo do miocárdio e angina instável identificados corroboram achados que associam eventos cardiovasculares agudos ao aumento do risco de ideação e comportamento suicida, especialmente nos primeiros meses após o evento clínico. O impacto psicológico desses eventos, marcado por medo intenso, sensação de ameaça à vida e incerteza quanto ao prognóstico, atuam como fator precipitante do sofrimento psíquico, sobretudo em pacientes com vulnerabilidades emocionais prévias (Erlangsen et al., 2019).

Embora a realização das intervenções estejam associadas à melhora do prognóstico cardiovascular, elas implicam hospitalização, dependência de cuidados e

alterações significativas na percepção corporal, valor social,laboral e conjugal, fatores que podem intensificar sintomas de desesperança, inquietação, disforia funcional e desesperança (Skala et al., 2019).

Apesar da maioria dos pacientes não tenha apresentado complicações clínicas significativas e tenha evoluído com desfecho favorável, caracterizado pela alta hospitalar, a ocorrência de óbitos evidencia a gravidade e a complexidade dos quadros clínicos envolvidos. Ademais, a literatura ressalta que a ausência de intercorrências clínicas durante a internação ou a alta hospitalar não representam, necessariamente, redução do sofrimento psíquico. O período pós-alta configura-se como uma fase particularmente crítica para a saúde mental, marcada por sentimentos de insegurança, medo de recorrência da doença, limitações funcionais e dificuldades de readaptação à rotina e à vida cotidiana. Esses fatores podem contribuir para a manutenção ou intensificação do sofrimento emocional, favorecendo o surgimento de sentimentos de desesperança e pensamentos disfuncionais relacionados à própria vida, incluindo a ideação suicida (Kim et al., 2019).

Observou-se ainda elevada prevalência de comorbidades clínicas, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, presente em 85,0% da amostra. A HAS é amplamente reconhecida como fator de risco cardiovascular. Indícios revelam maior prevalência de pacientes desesperançosos e\ou com humor distímico entre pacientes hipertensos, especialmente quando associados a eventos cardíacos recentes e hospitalizações agudas, o que pode aumentar o risco de comportamentos atentatórios contra a própria vida (Pan et al., 2015; Skala et al., 2019).

Condições metabólicas como diabetes mellitus, obesidade e dislipidemia também estiveram presentes em parcela significativa da amostra e são reconhecidas como fatores associados à maior vulnerabilidade. Estudos demonstram maior risco de depressão, pior percepção da qualidade de vida e maior incidência de ideação suicida entre pacientes com essas condições, especialmente quando convivem com múltiplas comorbidades e limitações funcionais (Goldney et al., 2010; Lassale et al., 2018).

Entre os fatores comportamentais, destacaram-se o etilismo e o tabagismo, ambos amplamente descritos como associados ao agravamento das doenças

cardiovasculares e ao aumento do risco de comportamento suicida. O etilismo, em particular, está relacionado à impulsividade, desinibição comportamental e intensificação de sintomas depressivos, podendo atuar como fator precipitante para tentativas de suicídio em contextos de sofrimento psíquico e hospitalização (Borges et al., 2017).

A elevada proporção de pacientes fisicamente inativos também merece destaque, uma vez que a inatividade física constitui fator de risco tanto para o adoecimento cardiovascular quanto para o desenvolvimento do adoecimento mental. Evidências indicam que a prática regular de atividade física exerce efeito protetivo sobre o bem estar emocional, contribuindo para melhora do humor e da autoestima (Schuch et al., 2018).

Em contrapartida, a presença de atividades de lazer e rede de apoio social, identificada na maioria da amostra, configura importante fator protetivo. O suporte social e o lazer favorecem o enfrentamento do adoecimento, promovem sensação de pertencimento e reduzem o sofrimento psíquico; contudo, sua presença não elimina o impacto das condições clínicas (Tavares et al., 2016; Costa et al., 2020).

Por fim, o elevado percentual de pacientes que não faziam uso de psicofármacos sugere a existência de possível subdiagnóstico ou subtratamento de transtornos mentais nesse contexto assistencial. A literatura indica que, no manejo dos transtornos do humor em pacientes com doenças cardiovasculares, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) são preconizados como terapia farmacológica de primeira linha, em razão de seu perfil de segurança cardiovascular, da baixa incidência de efeitos adversos cardíacos e da ausência de interações clinicamente significativas com medicamentos utilizados no tratamento das cardiopatias (NICE, 2009).

A análise do tempo de internação evidenciou mediana de 10 dias e distribuição assimétrica à direita, indicando que, embora a maioria dos pacientes tenha apresentado permanência hospitalar relativamente curta, um subgrupo vivenciou internações prolongadas. Estudos apontam que tanto o impacto agudo do diagnóstico e da cirurgia quanto o prolongamento da hospitalização podem intensificar o sofrimento psíquico e o risco de ideação suicida, configurando períodos

críticos para a atuação da psicologia hospitalar (Haverkamp et al., 2020; Kim et al., 2019).

CONCLUSÃO

Este estudo delineou o perfil clínico-epidemiológico de pacientes em sofrimento psíquico submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos invasivos ou minimamente invasivos em um hospital filantrópico do sul do Estado do Espírito Santo. Os resultados evidenciaram que a ideação suicida, nesse contexto, não deve ser compreendida como um fenômeno isolado ou restrito à presença de transtornos mentais prévios, mas como um desfecho multifatorial e dinâmico, fortemente influenciado pela interação entre fatores clínicos, psicossociais e contextuais.

Observou-se predominância de indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 60 anos, baixa escolaridade e elevada carga de comorbidades clínicas, especialmente hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Esse perfil reflete maior vulnerabilidade tanto ao adoecimento cardiovascular quanto ao sofrimento psíquico, às limitações funcionais e ao aumento do risco de ideação suicida. Adicionalmente, a presença de fatores comportamentais, como etilismo, tabagismo, inatividade física e a coexistência de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, contribui para o agravamento do quadro clínico e emocional desses pacientes.

A análise do tempo de internação revelou o predomínio de períodos curtos de hospitalização, concomitantemente à presença de casos com permanência hospitalar significativamente prolongada. Nesse sentido, preconiza-se que a ideação suicida pode emergir tanto nas fases iniciais da hospitalização, em decorrência do impacto agudo do diagnóstico e da realização do procedimento cirúrgico, quanto em internações prolongadas, nas quais o acúmulo de estressores físicos, emocionais e sociais tende a intensificar o sofrimento psíquico. Ademais, o elevado percentual de pacientes que não faziam uso de psicofármacos aponta para a possibilidade de subdiagnóstico e subtratamento de transtornos mentais em contextos hospitalares não psiquiátricos.

Por fim, a caracterização desse perfil clínico-epidemiológico contribui para

subsidiar decisões mais assertivas e ampliar o conhecimento acerca da interface entre saúde cardiovascular e saúde mental. Contudo, fatores regionais e estruturais podem limitar a generalização dos resultados. Dessa forma, recomenda-se a realização de estudos multicêntricos, com maior número de participantes, a fim de fortalecer a validade externa dos achados.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. et al. Diferenças raciais nas doenças cardiovasculares e fatores de risco no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1901–1910, 2018.

BENJAMIN, E. J. et al. Heart disease and stroke statistics—2019 update. *Circulation*, Dallas, v. 139, n. 10, p. e56–e528, 2019.

BORGES, G. et al. Alcohol use and suicidal behavior in the Americas. *Drug and Alcohol Dependence*, Amsterdam, v. 177, p. 337–343, 2017.

COSTA, A. B. et al. Apoio social como fator protetor em saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 1–9, 2020.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 50, n. 10, p. 1385–1401, 2000.

EINARSSON, S. et al. Depression and suicidal behavior in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Londres, v. 20, n. 3, p. 239–246, 2021.

ERLANGSEN, A. et al. Association between cardiovascular disease and suicide. *Journal of the American Heart Association*, Dallas, v. 8, n. 7, e011353, 2019.

GOLDNEY, R. D. et al. Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 33, n. 1, p. 21–26, 2010.

HAVERKAMP, W. et al. Mental health disorders in patients with cardiomyopathy. *Heart Failure Reviews*, Dordrecht, v. 25, n. 3, p. 381–390, 2020.

HOLT-LUNSTAD, J. et al. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic

review. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 7, n. 7, e1000316, 2010.

IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

IKEDA, A. et al. Impact of marital status on early mortality in patients hospitalized for acute myocardial infarction: a retrospective cohort study. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, v. 17, n. 1, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS). Benefícios previdenciários. Brasília: INSS, 2024.

KIM, J. M. et al. Post-discharge depression and suicide risk in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, Baltimore, v. 81, n. 3, p. 230–238, 2019.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, v. 2012, p. 1–33, 2012.

LAGUARDIA, J. O impacto das desigualdades raciais na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 114–124, 2004.

LASSALE, C. et al. Healthy lifestyle and risk of depression. *BMC Medicine*, London, v. 16, n. 1, p. 1–11, 2018.

LICHTMAN, J. H. et al. Depression and coronary heart disease. *Circulation*, Dallas, v. 129, n. 12, p. 1350–1369, 2014.

LUND, C. et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Londres, v. 378, n. 9801, p. 1502–1514, 2010.

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, Londres, v. 372, n. 9650, p. 1661–1669, 2008.

MOREIRA, G. C. Prevalência do conhecimento, tratamento, controle e custo-efetividade da hipertensão arterial sistêmica em São José do Rio Preto: estudo populacional. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de

Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2006.

MURPHY, M.; GRUNDY, E.; KALOGEROPOULOU, V. The increasing effect of marital status on survival. *Population Trends*, n. 132, p. 28–36, 2008.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Overview | Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management | Guidance, 2009.

PAN, A. et al. Bidirectional association between depression and hypertension. *Hypertension*, Dallas, v. 65, n. 2, p. 1–7, 2015.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious coping methods as predictors of psychological outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, v. 69, n. 6, p. 1–15, 2013.

PRADO, E. A. M. do; FELIPPE, J. M. S. Sofrimento psíquico, educação escolar e juventude. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, v. 16, n. 35, p. e18240, 2023.

SANTOS, M. A. et al. Doença crônica, aposentadoria e sofrimento psíquico. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 22, n. 3, p. 451–462, 2017.

SCHUCH, F. B. et al. Physical activity and incident depression. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v. 175, n. 7, p. 631–648, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (SESA). Perfil de referência hospitalar da região sul de saúde do estado do Espírito Santo. Vitória, jun. 2022.

SKALA, J. A. et al. Mental health outcomes after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, Londres, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2019.

TAVARES, M. et al. Fatores associados à ideação suicida em pacientes crônicos.

Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 50, p. 1–10, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. 2021.

YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (INTERHEART study). *The Lancet*, Londres, v. 364, n. 9438, p. 937–952, 2004.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 79, n. 6, p. 635–639, 2002.