

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO SUICIDA NO ÂMBITO HOSPITALAR¹

Karla de Souza Magalhães*
Ana Elisa Bastos Figueiredo**

RESUMO

Objetivo: O estudo visa a conhecer o que vem sendo produzido pelas publicações científicas a respeito da relação entre a doença crônica não transmissível e o comportamento suicida no âmbito hospitalar. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa de literatura de artigos publicados entre os anos de 2006 e 2016 na Biblioteca Virtual SciELO e também nas seguintes bases de dados: *Portal BVS, Scopus, Web of Science e Pubmed*. **Resultado:** Os estudos enfatizaram que a saúde mental de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis pode ser intensamente afetada, colocando-os na posição de risco para o comportamento suicida. Pesquisas de diferentes países e metodologias evidenciaram desconhecimento e despreparo das equipes de saúde dos hospitais gerais diante do risco de suicídio no público estudado. **Conclusão:** Profissionais de saúde da alta complexidade necessitam urgentemente de treinamento e capacitação para a identificação e manejo adequado do comportamento suicida no contexto hospitalar. Além disso, todo paciente admitido nos setores de doenças crônicas deve passar por uma anamnese ampliada que inclua questões específicas sobre saúde mental e risco de suicídio.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Comportamento suicida. Hospital geral.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida pode ser compreendido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente do grau de intenção letal⁽¹⁾. No que se refere às mortes em decorrência de tal comportamento, pode-se verificar um aumento mundial expressivo a partir da década de 1960, o que levou a Organização Mundial de Saúde a considerar o suicídio como um grave problema de saúde pública⁽²⁾. Desde a década de 1990, diversos países têm se empenhado na elaboração de estratégias de prevenção do suicídio e de formas adequadas de alertar e esclarecer a população sobre os fatores de risco.

Com relação aos dados epidemiológicos brasileiros, é possível observar que, no ano de 2016, houve 11.433 suicídios oficialmente registrados, o que representa, em média, 31 mortes por dia, como destaca o Sistema de Informação sobre Mortalidade⁽³⁾.

Muitos são os fatores de risco para o comportamento suicida, dentre eles se incluem aspectos sociodemográficos, presença de transtornos mentais, aspectos psicológicos e doenças físicas incapacitantes⁽⁴⁾. Quanto ao

primeiro fator, são consideradas as seguintes particularidades: sexo masculino, extratos econômicos extremos – excesso ou carência de condições dignas de vida –, residentes em áreas urbanas, desempregados, aposentados, ateus, solteiros ou separados e imigrantes^(4,5).

No que diz respeito aos transtornos mentais, pode-se observar que algumas alterações apresentam maiores riscos, tais como transtornos do humor, depressão e transtorno afetivo bipolar; transtornos de ansiedade; transtornos de personalidade, principalmente *borderline*, narcisista e antisocial; esquizofrenia e comportamentos decorrentes da dependência ou abuso de álcool e demais substâncias psicoativas⁽⁵⁾.

Alguns aspectos psicológicos também são considerados importantes fatores de risco para o comportamento suicida, incluindo-se perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes, reações de aniversário e personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil^(4,5).

Por fim, mas não menos importantes, são consideradas algumas doenças clínicas incapacitantes que se destacam por

¹Este artigo é parte da dissertação de mestrado "Doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com o comportamento suicida no contexto hospitalar: percepções dos profissionais de saúde". Programa de Pós-graduação em saúde pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

*Psicóloga Hospitalar. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: kriapsi@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1248-6669>.

**Professora e Pesquisadora do Departamento de Estudo sobre Violência e Saúde (CLAVES) Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (ENSP) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, E-mail: aebf@fiocruz.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7207-0911>

influenciarem o contexto de vida dos pacientes e que, somadas à falta de suporte emocional, social e familiar, são passíveis de provocar sentimentos de desespero, sensações de profunda angústia ou ainda de inutilidade. Tais alterações podem levar a pessoa a pensamentos e planejamentos de morte, se não forem tratadas e observadas a tempo^(6,7).

Cabe ressaltar que, nos casos de doenças físicas, o comportamento suicida pode incluir os abandonos intencionais do tratamento, de modo explícito ou implícito, visto que, nas rotinas do hospital geral, é frequente que se verifiquem comportamentos autodestrutivos que se manifestam de forma lenta, progressiva e sutil^(1,6,8).

Dentre os fatores de riscos apresentados acima, dar-se-á prioridade às doenças físicas, ainda pouco exploradas em pesquisas do campo da saúde pública brasileira. Isso se faz necessário porque, a partir da década de 1960, seguindo uma tendência mundial, o Brasil apresentou alguns processos de transição epidemiológica que produziram importantes mudanças no perfil das doenças que atingem a população e, dessa forma, vive-se um novo cenário que se configura principalmente pelo aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁽⁹⁾.

Algumas dessas mudanças são observadas pela significativa diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Além disso, pode-se verificar um novo perfil de morbimortalidade, condicionado tanto à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Esse modelo de transição apresentou, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNT nas últimas décadas^(9,10).

Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi verificar a relação entre a doença crônica não transmissível e o comportamento suicida no contexto hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem como finalidade reunir e

resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. Dessa forma, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para o desenvolvimento da temática em questão⁽¹¹⁾. Seguiram-se os seis passos indicados pelo método de revisão integrativa, a saber: 1) estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, 2) amostragem ou busca na literatura, 3) categorização dos estudos, 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão, 5) interpretação dos resultados, 6) síntese do conhecimento ou apresentação da revisão⁽¹¹⁾.

Na primeira etapa, definiu-se o tema sobre o aumento do suicídio no Brasil e no mundo e o objeto de pesquisa, a saber, a relação existente entre as doenças crônicas não transmissíveis e o comportamento suicida no âmbito hospitalar.

Na segunda etapa, foram escolhidas as palavras chave para a busca, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e em inglês, respectivamente: doença crônica, comportamento suicida, suicídio, hospital; *chronic disease, suicidal behavior, suicide, hospital*. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos originais, publicados na íntegra, com acesso nos idiomas português, inglês ou francês; publicação entre 2006 e 2016, com abordagens que tratavam estritamente do comportamento suicida em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis internados ou em tratamentos ambulatoriais em hospitais gerais. Como critérios de exclusão: publicações classificadas como editorial, carta ou similares; estudos com enfoque em emergências e prontos-atendimentos e artigos que não abordassem o tema da pesquisa.

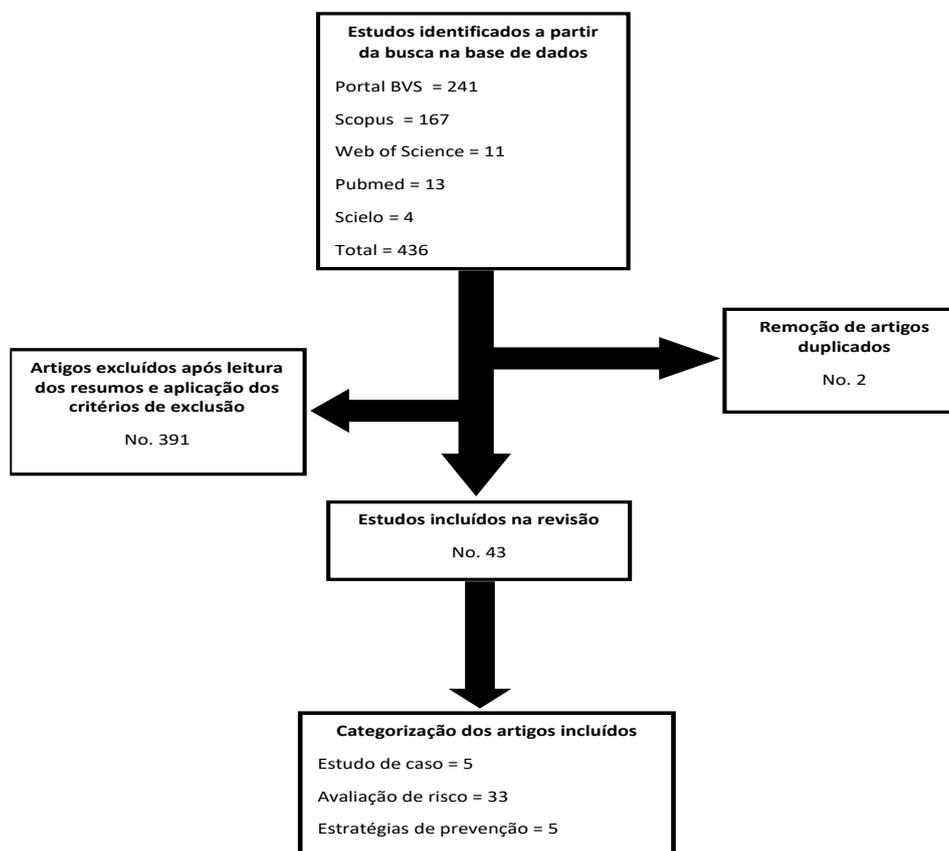
A estratégia de busca incluiu pesquisas realizadas internacionalmente e no Brasil e abrangeu publicações de artigos indexados na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, em bancos de dados da área da saúde – *Portal BVS, Scopus, Web of Science, Pubmed*. O período de busca da literatura ocorreu entre os meses de outubro e de novembro de 2017. Foram encontrados 436 artigos, dos quais foram excluídos 391 por não preencherem um ou mais critérios de inclusão e 02 por estarem replicados. 43 artigos preencheram, de fato, os critérios relacionados à estratégia de busca e foram incluídos no estudo (Figura 1).

Na terceira etapa, após leitura na íntegra dos artigos, procedeu-se à sistematização dos resultados por meio da construção de tabelas abrangendo título, autor, país e ano (Tabelas 1,2,3). Além disso, os artigos passaram por uma categorização das temáticas que foram surgindo ao longo da análise mais aprofundada dos estudos. As principais categorias de análise foram os estudos de casos clínicos de pacientes com comportamento suicida; a visão dos autores sobre os motivos que levam um paciente ao comportamento suicida e a avaliação dos fatores de risco para esses eventos; as estratégias e as propostas de prevenção.

Na quarta etapa, realizou-se uma análise detalhada e crítica em que a questão da pesquisa foi avaliada, bem como o tipo de estudo empregado e se o problema concernente à pesquisa foi adequadamente respondido.

Na quinta etapa, procedeu-se propriamente à interpretação, com a consequente discussão dos principais resultados encontrados, a identificação de possíveis lacunas e o apontamento de sugestões para futuras pesquisas. Como finalização, na sexta etapa, realizou-se uma síntese do conhecimento com a descrição e os principais resultados evidenciados com a análise dos artigos no estudo.

Figura 1. Fluxograma das etapas da Revisão Integrativa de Literatura, 2006 - 2016.



RESULTADO

A amostra final do estudo, composta por 43 artigos, é apresentada por meio da categorização dos resultados. A Tabela 1 traz os exames desenvolvidos a partir de estudos de casos; A

Tabela 2 traz as pesquisas que se propuseram a avaliar os riscos de suicídio em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e a Tabela 3 traz as pesquisas mais atuais acerca das estratégias de prevenção do comportamento no âmbito hospitalar.

Estudo de caso

Tabela 1. Relação de periódicos da categoria Estudo de Caso selecionados na revisão integrativa nacional e internacional sobre a relação da doença crônica não transmissível com o comportamento suicida no âmbito hospitalar, 2006 - 2016

| CATEGORIA ESTUDO DE CASO (n = 5) | | | |
|--|--------------------------------|----------------|------|
| Título | Autor | País | Ano |
| Rapid onset of glycogen storage hepatomegaly in a type-2 diabetic patient after a massive dose of long-acting insulin and large doses of glucose | TSUJIMOTO <i>et al.</i> | Japão | 2006 |
| Intermediate syndrome after organophosphate intoxication in patient with end-stage renal disease | LEE; LIN | China | 2006 |
| Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients | LABISI | Estados Unidos | 2006 |
| A shot in the dark: Failing to recognize the link between physical and mental illness | COPSEY SPRING; YANNI; LEVENSON | Estados Unidos | 2007 |
| Een fatale auto-intoxicatie met metformine | DE PONT <i>et al.</i> | Holanda | 2007 |

Fonte: os autores.

Avaliação de Risco

Tabela 2. Relação de periódicos da categoria Avaliação de Risco selecionados na revisão integrativa nacional e internacional sobre a relação da doença crônica não transmissível com o comportamento suicida no âmbito hospitalar, 2006 – 2016

| CATEGORIA AVALIAÇÃO DE RISCO (n = 33) | | | | |
|--|--|----------------|------|-------------------------------|
| Título | Autor | País | Ano | Tipo de Estudo |
| Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK | CAMIDGE <i>et al.</i> | Escócia | 2007 | Estudo quantitativo |
| Psychiatric morbidity among patients with cancer of the esophagus or the gastro-esophageal junction: a prospective, longitudinal evaluation | BERGQUIST; RUTH; HAMMERLID | Suécia | 2007 | Estudo quantitativo |
| Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis | FANG <i>et al.</i> | Suécia | 2008 | Estudo de coorte populacional |
| Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients | WALKER <i>et al.</i> | Inglaterra | 2008 | Estudo quantitativo |
| Disability associated with comorbid anxiety disorders in women with chronic physical illness in Ontario, Canada | GADALLA, T. | Canada | 2008 | Estudo quantitativo |
| Psychiatric symptom in cancer patients requiring immediate management | YOSHIKAWA, E. | Japão | 2008 | Estudo qualitativo |
| Risk of suicide among operated and non-operated patients hospitalised for peptic ulcers | BAHMANYAR <i>et al.</i> | Suécia | 2009 | Estudo quantitativo |
| Suicide and suicide risk factors: a literature review | MASANGO; RATAEMANE; MOTOJESI | África do Sul | 2008 | Revisão de literatura |
| Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients | LIN; WU; LEE | China | 2009 | Estudo quantitativo |
| Dépressionssévères: comorbiditéssomatiques | COTTENCIN, O. | França | 2009 | Estudo qualitativo |
| Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados | FANGER <i>et al.</i> | Brasil | 2010 | Estudo quantitativo |
| Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study | CHUNG; LIN | China | 2010 | Estudo quantitativo |
| Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure | CHEN <i>et al.</i> | China | 2010 | Estudo de coorte populacional |
| Death ideation in cancer patients: contributing factors | MADEIRA <i>et al.</i> | Portugal | 2011 | Estudo quantitativo |
| Characteristics of suicide among diabetes patients: a population-based study of suicide victims in Northern Finland | LÖFMAN <i>et al.</i> | Finlândia | 2012 | Estudo quantitativo |
| Suicidality and its associated factors in cancer patients: results of a multi-center study in Korea | SHIM; PARK | Coreia do Sul | 2012 | Estudo quantitativo |
| Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer | SPENCER <i>et al.</i> | Estados Unidos | 2012 | Estudo quantitativo |
| Desajuste psicológico, calidadde vida y afrontamientoen pacientes diabéticos com insuficiencia renal crónica em diálisis peritoneal | RIVERA-LEDESMA; MONTERO-LÓPEZ LENA; SANDOVAL-ÁVILA | México | 2012 | Estudo qualitativo |

Fonte: os autores.

Estratégias de Prevenção

Tabela 3. Relação de periódicos da categoria Estratégias de Prevenção selecionados na revisão integrativa nacional e internacional sobre a relação da doença crônica não transmissível com o comportamento suicida no âmbito hospitalar, 2006 - 2016

| CATEGORIA ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO (n = 5) | | | | |
|---|-------------------------|----------------|------|-----------------------|
| Título | Autor | País | Ano | Tipo de Estudo |
| Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan | KAWANISHI <i>et al.</i> | Japão | 2007 | Estudo quantitativo |
| Assessing the risk for suicide in patients with cancer | AIELLO-LAWS. | Estados Unidos | 2010 | Estudo epidemiológico |
| Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey | TAUR <i>et al.</i> | Finlândia | 2012 | Estudo quantitativo |
| What do I say? Suicide assessment and management | COOKE <i>et al.</i> | Estados Unidos | 2013 | Estudo quantitativo |
| Suicidality at the general hospital – Perspective of consultation and liaison psychiatry | IMBODEN; HATZINGER | Suíça | 2015 | Estudo qualitativo |

Fonte: os autores.

Características dos estudos incluídos

Os artigos selecionados que tinham como países de procedência a China ou os Estados Unidos representaram 22,7% de toda a produção científica. Cada país apresentou cinco trabalhos científicos no período estudado. Em seguida, estavam o Japão e a Suécia com quatro artigos; Holanda, Finlândia, Espanha, Coreia do Sul e Brasil com dois e os demais países divulgaram apenas um estudo dentro do período selecionado, a saber, Escócia, Inglaterra, Canadá, França, Portugal, México, Nigéria, Peru, Líbano, Itália, Irã, Áustria, Suíça, África do Sul e Alemanha.

Dentro do período estudado, foi possível observar um número semelhante de publicações anuais – cerca de 5 publicações por ano. No entanto, no ano de 2011, houve uma queda na produção e apenas um estudo foi publicado, assim como no ano de 2016. Destacaram-se como períodos mais produtivos os anos de 2014 e de 2015.

No que se refere ao tipo de estudo utilizado pelos autores, predominaram os de caráter quantitativo (76,74%). Apenas 5 artigos (11,62%) se dedicaram à análise de casos clínicos e 2 artigos (4,65%) apresentaram uma revisão sistemática de literatura acerca do tema. Os dois artigos brasileiros estavam na categoria de avaliação de risco, sendo que ambos realizaram um estudo de tipo quantitativo.

Já em relação aos tipos de doenças crônicas, houve maior prevalência das neoplasias, diabetes *mellitus* (tipo I e II), quadros

pulmonares de diferentes manifestações e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Neste último, surgiram estudos sobre pacientes em hemodiálise, diálise peritoneal e transplantados. Além dessas doenças mais citadas, foram localizados também Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), o Lúpus Eritematoso Sistêmico, a Artrite Reumatoide, os distúrbios intestinais, as úlceras estomacais, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Hipertensão Arterial Essencial e a Obesidade.

DISCUSSÃO

Categoria Estudo de Caso

Dos estudos apresentados, dois deles diziam respeito a casos em que os pacientes, ambos portadores de Diabetes *Mellitus*, tentaram o suicídio fazendo uso do próprio medicamento de seustratamentos^(12,13). Os autores descreveram o manejo técnico utilizado no contexto hospitalar para a reversão do quadro clínico dos pacientes e explicaram as melhores formas de abordagem médica em situações semelhantes. Não houve, entretanto, um momento de reflexão e alerta para o problema apresentado. Em outras palavras, não se criou um espaço nos artigos dedicado aos cuidados que devem ser tomados quando da prescrição dessas drogas aos pacientes portadores de diabetes *mellitus*.

Ressaltem-se também outros três estudos inseridos nesta mesma categoria que descreveram alguns casos de pacientes portadores de doenças crônicas. Dois deles^(14,15)

mantiveram a mesma linha dos estudos mencionados acima, já que a preocupação dos artigos foi descrever o manejo e os recursos médicos utilizados. O outro estudo⁽¹⁶⁾ apresentou um caso de um idoso de 80 anos portador de DCNT em que não se teve um bom desfecho, pois o paciente recebeu assistência médica num hospital geral e, após a alta hospitalar, suicidou-se em sua residência. Este artigo descreveu a história biográfica do paciente, apresentou o seu contexto de vida e, por fim, alertou as equipes de saúde acerca da importância de uma avaliação sobre os aspectos emocionais dos pacientes portadores de DCNT. Foi frisado, ainda, que a depressão está muito presente nesses casos e merece ser tratada de forma precoce e com a mesma qualidade que se dá aos tratamentos das doenças orgânicas.

Categoria Avaliação de Risco

A maioria dos estudos desta categoria se preocupou em avaliar e comprovar o aumento do comportamento suicida em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sobretudo as oncológicas. Por isso, dos 33 artigos desta categoria, 28 desenvolveram pesquisas do tipo quantitativo⁽¹⁷⁻⁴⁴⁾, em que seu principal foco se concentrou em verificar a presença de transtornos psiquiátricos nos pacientes em tratamento de DCNT no contexto hospitalar. Apenas 03 estudos desenvolveram pesquisas mais aprofundadas de natureza qualitativa⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾ e 02 pesquisas enquadravam-se na categoria de revisão de literatura^(48,49).

Muitas pesquisas utilizaram instrumentos avaliativos no público estudado, dentre eles os mais recorrentes foram: *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*, *Short-form Health-Related Quality and Life Scale*, *Chalder Fatigue Scale*, *Beck Hopelessness Scale (BHS)*, *Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)* e *Beck Depression Inventory (BDI)*.

Os resultados dos estudos evidenciaram a fragilidade emocional presente nos pacientes portadores de DCNT, mostrando, ainda, como esses aspectos não são considerados na anamnese realizada pelos profissionais de saúde na admissão do paciente na unidade hospitalar.

Diversos estudos frisaram a presença de ideação suicida nesses pacientes e alertaram para o aumento do risco nos trinta primeiros dias após uma alta hospitalar.

Ressaltem-se também os estudos que concentraram a atenção no tempo de um diagnóstico de uma doença mais agressiva e incapacitante^(21,29,41), como alguns tipos de câncer e a esclerose lateral amiotrófica. O impacto da notícia é visto como um forte contribuinte para o desencadeamento de um transtorno psiquiátrico, podendo aumentar o risco de suicídio. Diante desses casos, é indispensável o encaminhamento imediato para o tratamento e o acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Das doenças citadas nesta categoria, predominaram as neoplasias. Um dos estudos⁽⁴¹⁾ trouxe como considerações finais a recomendação de que os pacientes oncológicos, independentemente da gravidade do caso, deveriam receber uma assistência pautada nos princípios dos cuidados paliativos, uma vez que essa modalidade de cuidado contempla todos os aspectos inerentes à pessoa enferma. Trata-se de uma assistência integral em que, além das questões orgânicas, são priorizados os aspectos psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes. Segundo os autores do estudo, esse tipo de assistência pode ser uma forma de prevenção do suicídio em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Categoria Estratégias de Prevenção

Poucos artigos apresentaram propostas de prevenção do suicídio, no entanto cinco trabalhos foram incluídos na pesquisa⁽⁵⁰⁻⁵⁴⁾, sendo que todos trouxeram como conclusão de seus estudos a importância da conscientização por parte dos profissionais de saúde sobre o risco de suicídio presente no paciente portador de alguma DCNT. Na visão dos autores, as equipes atuantes em hospitais gerais não estão acompanhando o crescente número de mortes por suicídio no mundo, tampouco reconhecem que a doença crônica é um dos mais importantes fatores de risco para o comportamento suicida.

Esse desconhecimento pode fazer com que um sinal de risco ou um pedido de ajuda passem despercebidos dentro de um período de

internação hospitalar. Dessa forma, é unânime, nos estudos dessa categoria, a urgente necessidade de treinamento das equipes de saúde atuantes nessas instituições, uma vez que a identificação precoce de um risco de suicídio pode preveni-lo.

A equipe de enfermagem foi citada por muitos autores^(50,51,54), que insistiram na ideia de ser por ela que se devem iniciar as estratégias de prevenção do suicídio no contexto hospitalar, por tratar-se do profissional mais próximo ao paciente ao longo de um processo de internação. Além disso, é frisada a relevância do acompanhamento psicológico nessas instituições^(51,53,54).

Por fim, são ressaltadas as doenças oncológicas como as de maior risco para o comportamento suicida, visto serem ainda cheias de estigmas e rotuladas como enfermidades fatais, sem possibilidade de tratamento curativo. Esse simbolismo da doença afeta e abala o estado emocional do paciente recém-diagnosticado, que pode se sentir desesperançado e desesperado, vendo no suicídio uma saída para a sua dor. Os autores reforçam que esses pacientes necessitam de um acompanhamento próximo com auxílio de profissionais de saúde mental desde o início do diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta revisão integrativa de literatura, foi possível traçar um panorama das questões existentes no Brasil e no mundo sobre o que se refere à relação entre a doença crônica não transmissível e o comportamento suicida no hospital geral. A estratégia da revisão para análise dos artigos contou com três categorias – estudo de caso, avaliação de risco e estratégias de prevenção – que contribuíram para a reflexão dos aspectos relevantes debatidos pela produção científica e que devem ser considerados no planejamento e no desenvolvimento de ações de

prevenção do suicídio nas rotinas dos hospitais gerais do nosso país.

A análise dos artigos revelou a forte presença do comportamento suicida em pacientes portadores de DCNT, e muitos estudos apontaram para o desconhecimento e o despreparo dos profissionais de saúde na identificação e no manejo dessas situações.

A partir desta revisão, foi possível concluir que todo paciente portador de DCNT admitido em hospitais gerais deve passar por uma anamnese mais ampla que contemple os aspectos de saúde mental. É importante que se façam perguntas específicas sobre o risco de suicídio, uma vez que é dessa forma que se mostrará viável identificar precocemente o comportamento suicida no público estudado.

No entanto, para que a prevenção do suicídio seja inserida nas rotinas hospitalares, é necessário que haja um treinamento regular com as equipes de saúde, por tratar-se de um tema ainda visto como assunto tabu que, muitas vezes, deve ser silenciado e afastado. Tal treinamento deve ser oferecido à equipe multidisciplinar das unidades hospitalares. Algumas pesquisas, entretanto, frisaram a importância de uma capacitação específica às equipes de enfermagem, uma vez que são elas que se encontram mais próximas dos pacientes ao longo de um processo de internação. Além disso, diversos estudos também mencionaram a importância da atuação dos profissionais de saúde mental nas rotinas dos hospitais gerais (psiquiatras e psicólogos).

Por fim, foi possível averiguar a prevalência de estudos do tipo quantitativo com foco na verificação e na constatação da presença de comportamentos autodestrutivos nos pacientes portadores de doenças crônicas, observando-se como principais lacunas detectadas por meio da revisão a carência de estudos mais aprofundados sobre o tema e as estratégias de prevenção no âmbito da saúde pública.

NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES AND THEIR RELATIONSHIP WITH SUICIDAL BEHAVIOR IN HOSPITAL CONTEXT

ABSTRACT

Objective: This study aimed to learn about what is being produced by scientific publications on the relationship between non-communicable chronic diseases and suicidal behavior in hospital context. **Method:** A literature integrative review was carried out with articles published between 2006 and 2016 on SciELO Virtual Library and these databases: Portal

BVS, Scopus, Web of Science, and Pubmed. **Result:** The mental health of patients with non-communicable chronic diseases may be heavily affected, putting them in a position of risk for suicidal behavior. Researches in different countries and with different methodologies have evidenced lack of knowledge and preparation from healthcare teams at general hospitals in the face of suicide within the studied population. **Conclusion:** Professionals working with high-complexity care urgently need training and qualification to identify and properly handle suicidal behavior in hospital context. Moreover, every patient admitted to chronic disease sectors must go through a more comprehensive anamnesis that includes specific questions concerning mental health and risk of suicide.

Keywords: Chronic Diseases. Suicidal Behavior. General Hospital.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISÍBLES Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

RESUMEN

Objetivo: el estudio pretende conocer qué está siendo producido por las publicaciones científicas respecto a la relación entre la enfermedad crónica no transmisible y el comportamiento suicida en el ámbito hospitalario. **Método:** se realizó una revisión integradora de la literatura de artículos publicados entre los años de 2006 y 2016 en la Biblioteca Virtual SciELO y también en las siguientes bases de datos: *Portal BVS, Scopus, Web of Science y Pubmed*. **Resultado:** los estudios señalaron que la salud mental de pacientes portadores de enfermedades crónicas no transmisibles puede ser intensamente afectada, poniéndoles en la posición de riesgo para el comportamiento suicida. Investigaciones de diferentes países y metodologías evidenciaron desconocimiento y falta de preparación de los equipos de salud de los hospitales generales ante el riesgo de suicidio en el público estudiado. **Conclusión:** profesionales de salud de la alta complejidad necesitan urgentemente de entrenamiento y capacitación para la identificación y el manejo adecuado del comportamiento suicida en el contexto hospitalario. Además, todo paciente admitido en los sectores de enfermedades crónicas debe pasar por una anamnesis ampliada que incluya cuestiones específicas sobre salud mental y riesgo de suicidio.

Palabras clave: Enfermedades crónicas. Comportamiento suicida. Hospital general.

REFERÊNCIAS

1. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*. 2016; 25(3):231-236. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>.
4. Félix T, Oliveira E, Lopes MV, Parente JR, Dias, MS, Moreira RM. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento do Brasil. *Rev. Contexto Saude*. 2016; 16(31):173-185. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>.
5. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. Suicídio: informando para prevenir. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf.
6. Botega NJ. Crise suicida. São Paulo: Artmed; 2015.
7. Regino P, Elias T, Silveira C, Pissetti C, Pereira G, Silva S. Anxiety, depression and quality of life of patients with breast or gynecological cancer undergoing chemotherapy. *CiencCuidSaude*. 2018; 17(4):e40246. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i4.40246>.
8. Santos WS, Ulisses SM, Costa TM, Farias MG, Moura DPF. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psic., Saúde & Doenças*. 2016; 17(3):515-526. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170316>.
9. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *RevSaude Publica*. 2017; 51(Sup11):4s. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.
10. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Jr JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3):47-64. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-764. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
12. Tsujimoto T, Takano M, Nishiofuku M, Yoshiji H, Matsumura Y, Kuriyama S, et al. Rapid onset of glycogen storage hepatomegaly in a type-2 diabetic patient after a massive dose of long-acting insulin and large doses of glucose. *Intern. Med*. 2006; 45(7):469-473. doi: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.45.1548>.
13. De Pont ACJM, Kerver ED, Jansen MEP, Bijleveld YA, Franssen EJJ, Hoekstra JBL. Een fatale auto-intoxicatie met metformine. *Ned TijdschrGeneesk*. 2007; 51(17):981-984. Available from: <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/2007109810001a.pdf>.
14. Lee F, Lin JL. Intermediate syndrome after organophosphate intoxication in patient with end-stage renal disease. *Ren Fail*. 2006; 28(2):197-200. doi: <https://doi.org/10.1080/08860220500531294>.
15. Copesey Spring TR, Yanni LM, Levenson JL. A shot in the dark: Failing to recognize the link between physical and mental illness. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(5):677-680. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0089-9>.
16. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients. *J. psychosoc. oncol*. 2006; 24(1):43-50. doi: https://doi.org/10.1300/J077v24n01_04.
17. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015; 24(5):601-607. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3705>.
18. Andrade S, Sesso R, Diniz D. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J. Bras. Nefrol*. 2015; 37(1):55-63. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>.
19. Banda R. Factores epidemiológicos de depresión en pacientes hemodializados em el Hospital Nacional PNP, Lima – Perú em Setiembre 2012 a Diciembre del 2012. 2013. [tasis] Lima (Pe). Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
20. Bahmanyar S, Sparén P, Rutz EM, Hultman CM. Risk of suicide among operated and non-operated patients hospitalised for peptic ulcers. *J. Epidemiol. Community Health*. 2009; 63(12):1016-121. doi: <https://doi.org/10.1136/jech.2008.086348>.
21. Bergquist H, Ruth M, Hammerlid E. Psychiatric morbidity among patients with cancer of the esophagus or the gastro-esophageal junction: a prospective, longitudinal evaluation. *Dis. Esophagus*. 2007; 20(6):523-529. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2007.00741.x>.
22. Bot M, Pouwer F, Jonge P, Tack CJ, Geelhoed-Duijvestijn PH, Snoek FJ. Differential associations between depressive symptoms and

- glycaemic control in outpatients with diabetes. *Diabet. Med.* 2013; 30(3):e115-122. doi: <https://doi.org/10.1111/dme.12082>.
23. Camidge R, Stockton DL, Frame S, Wood R, Bain M, Bateman DN. Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK. *Br. J. Cancer*. 2007; 96(5):752-757. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603617>.
24. Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*. 2010; 51(6):528-528.e6. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.6.528>.
25. Chung KH, Lin HC. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study. *Suicide Life Threat. Behav.* 2010; 40(2):107-114. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.2.107>.
26. Costantini A, Pompili M, Innamorati M, Zezza MC, Di Carlo A, Sher L, et al. Psychiatric Pathology and Suicide Risk in Patients with Cancer. *J. psychosoc. oncol.* 2014; 32(4):383-95. doi: <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.917136>.
27. Diaz-Frutos D, Baca-García E, Mahillo-Fernandez I, García-Foncillas J, Lopez-Castroman J. Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Psychol. Health Med.* 2016; 21(3):261-271. doi: <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1058960>.
28. Dou J, Tang J, Lu CH, Jiang ES, Wang PX. A study of suicidal ideation in acute ischemic stroke patients. *Health Qual. Life Outcomes*. 2015; 13:7. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0198-9>.
29. Fang F, Valdimarsdóttir U, Fürst CJ, Hultman C, Fall K, Sparén P, et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*. 2008; 131(Pt 10):2729-2733. doi: <https://doi.org/10.1093/brain/awn161>.
30. Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev. Assoc. Méd. Bras.* 2010; 56(2):173-178. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200015>.
31. Gadalla T. M. Disability associated with comorbid anxiety disorders in women with chronic physical illness in Ontario, Canada. *Women Health*. 2008; 48(1):1-20. doi: <https://doi.org/10.1080/03630240802131965>.
32. Igwe MN, Uwakwe R, Ahanotu CA, Onyema GM, Bakare MO, Ndokuba AC. Factors associated with depression and suicide among patients with diabetes mellitus and essential hypertension in a Nigerian teaching hospital. *Afr Health Sci.* 2013; 13(1):68-77. doi: <https://doi.org/10.4314/ahs.v13i1.10>.
33. Jokinen J, Mattsson F, Lagergren K, Lagergren J, Ljung R. Suicide attempt and future risk of cancer: a nationwide cohort study in Sweden. *Cancer Causes Control*. 2015; 26(3):501-509. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-015-0528-1>.
34. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. 2009; 18(10):1038-1044. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1483>.
35. Löfman S, Hakko H, Mänttinen A, Timonen M, Räsänen P. Characteristics of suicide among diabetes patients: A population based study of suicide victims in Northern Finland. *J. psychosom. res.* 2012; 73(4):268-271. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.002>.
36. Macaron G, Fahed M, Matar D, Bou-Khalil R, Kazour F, Nehme-Chlela D, et al. Anxiety, Depression and Suicidal Ideation in Lebanese Patients Undergoing Hemodialysis. *Community ment. health j.* 2014; 50(2):235-238. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9669-4>.
37. Madeira N, Albuquerque E, Santos T, Mendes A, Roque M. Death ideation in cancer patients: contributing factors. *J. psychosoc. oncol.* 2011; 29(6):636-642. doi: <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.615381>.
38. Ravi P, Karakiewicz PI, Roghmann F, Gandaglia G, Choueiri TK, Menon M, et al. Mental health outcomes in elderly men with prostate cancer. *Urol. oncol.* 2014; 32(8):1333-1340. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2014.05.005>.
39. Safa M, Boroujerdi FG, Talischi F, Masjedi MR. Relationship of coping styles with suicidal behavior in hospitalized asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients: Substance abusers versus non-substance abusers. *Tanaffos*. 2014; 13(3):23-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338049/>.
40. Shim EJ, Park JH. Suicidality and its associated factors in cancer patients: results of a multi-center study in Korea. *Int. j. psychiatry med.* 2012; 43(4):381-403. doi: <https://doi.org/10.2190/PM.43.4.g>.
41. Spencer RJ, Ray A, Pirl WF, Prigerson HG. Clinical Correlates of Suicidal Thoughts in Patients With Advanced Cancer. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20(4):327-36. doi: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318233171a>.
42. Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psycho oncology*. 2014; 23(10):1125-32. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3536>.
43. Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26(29):4725-30. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.11.8844>.
44. Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, Inoue M, Akechi T, et al. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology*. 2014; 23(9):1034-41. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3529>.
45. Yoshikawa E. Psychiatric symptom in cancer patients requiring immediate management. *GanToKagakuRyoho*. 2008; 35(13):2326-2329. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19098399>.
46. Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *Encephale*. 2009; 35(Suppl 7):S272-S278. doi: [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)73485-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73485-2).
47. Rivera-Ledesma A, Montero-López M, Sandoval-Ávila R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Saludment*. 2012; 35(4):329-337. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400008.
48. Masango S, Rataemane S, Motojesi A. Suicide and suicide risk factors: A literature review. *S Afr Fam Pract*. 2008; 50(6):25-28. doi: <https://doi.org/10.1080/20786204.2008.10873774>.
49. Herpertz S. Sollen/müssen wir die behandlung der adipositas den churigen überlassen? *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2015; 65(01):42-44. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1394406>.
50. Aiello-Laws L. B. Assessing the risk for suicide in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010; 14(6):687-691. doi: <https://doi.org/10.1188/10.CJON.687-691>.
51. Cooke L, Gotto J, Mayorga L, Grant M, Lynn R. What do I say? Suicide assessment and management. *Clin J Oncol Nurs*. 2013; 17(1):E1-7. doi: <https://doi.org/10.1188/13.CJON.E1-E7>.
52. Imboden C.; Hatzinger M. Suizidalität im somatischen Spital – Perspektive der Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie. *Ther Umsch*. 2015; 72(10):637-642. doi: <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000730>.
53. Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, Kawai M, Mimami Y, Ohmichi H. Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007; 61(6):704. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01742.x>.
54. Taur FM, Chai S, Chen MB, Hou JL, Lin S, Tsai SL. Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2012; 21(3-4):398-407. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03808.x>.

Endereço para correspondência: Karla de Souza Magalhães. Rua Portugal, 40. Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. Contato (22) 99933-2774 E-mail: krlapsi@gmail.com.

Data de recebimento: 11/12/2018

Data de aprovação: 05/06/2019