Preditores de risco psicológico em Psicologia da Saúde: uma revisão da literatura

DOI: 10.53660/inter-160-s223

Camila S. Paiva
Universidade Federal de Goiás
0000-0002-9524-9049
camilaspaivapsi@gmail.com
Valeriana C. Guimarães
Universidade Federal de Goiás
0000-0002-1162-8106
valerianacastroguimaraes@gmail.com
Sebastião B. Costa Neto
Universidade Federal de Goiás
0000-0001-8160-3476
sebastiaobenicio@gmail.com
Joana D'Arc Silvério Porto
Universidade Federal de Goiás
0000-0002-0780-4170
portojoana@hotmail.com

Resumo: O ajuste psicológico é um fenômeno dinâmico e multidimensional, e não pode ser reduzido simplesmente a uma ausência de distúrbio psicológico. O sucesso dos cuidados psicológicos junto a enfermos crônicos inicia-se com a identificação das condições de risco e seus preditores. A compreensão do conhecimento acumulado e das evidências mais atuais sobre o tema favorece a elaboração do diagnóstico e no planejamento de ações.*Objetivo*:Realizar uma revisão integrativa dos fatores que influenciam o processo de adaptação psicológica e fatores de risco para morbidade psicológica e/ou psiquiátrica no adoecimento.*Metodologia*:Foi realizada uma busca da literatura especializada por meio de artigos científicos nas bases de dados: Portal de Periódicos Capes/MEC, BVS e PubMed utilizando os seguintes descritores: *emotional adaptation and adjustment disorders and hospitalization and psychosocial impact.*Resultados:A busca pelos descritores nas bases de dados selecionadas resultou em 1.368 artigos, que após a seleção por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e triagem dos títulos, resumos e leitura completa, foram reduzidos a 54 artigos incluídos na análise. Os dados retirados dos artigos foram tabulados e analisados conforme a freqüência. Os principais resultados encontrados nos artigos foram analisados conforme método de análise de conteúdo proposto por Bardin. *Conclusão*: A Revisão da literatura possibilitou identificar os principais Preditores de Risco Psicológico em Saúde: sofrimento emocional, história prévia, percepção do diagnóstico/prognóstico, suporte social, fatores sociodemográficos e a forma com que a pessoa lida com o processo.

Palavras-chave: Risco Psicológico; Ajustamento emocional; Transtornos de adaptação; Hospitalização; Triagem; Impacto psicossocial.

Abstract: *Psychological adjustment is a dynamic and multidimensional phenomenon, and it cannot be reduced simply to an absence of psychological disturbance.The success of psychological care for chronic patients begins with the identification of risk conditions and their predictors. The understanding of the accumulated knowledge and the most current evidence on the subject favors the elaboration of the diagnosis and the planning of actions.Objective**:** Conduct a integrative review of the factors that influence the process of psychological adaptation and risk factors for psychological and/or psychiatric morbidity in illness. Methodology**:** Search of specialized literature through scientific articles in the databases: Portal de Periódicos Capes / MEC, BVS, and PubMed using the following descriptors: emotional adaptation and adjustment disorders and hospitalization and psychosocial impact. Results: The search for descriptors in the selected databases resulted in 1,368 articles, which after selection through the application of inclusion and exclusion criteria and screening of titles, abstracts and full reading, were reduced to 54 articles included in the analysis. The data taken from the articles were tabulated and analyzed according to frequency. The main results found in the articles were analyzed according to the content analysis method proposed by Bardin. Conclusion: The literature review enabled us to identify the main Psychological Risk Predictors in Health: emotional distress, previous history, perception of the diagnosis/prognosis, social support, sociodemographic factors, and the way the person deals with the process.*

Keywords: *Psychological Risk; Emotional adjustment; Adaptation disorders; Hospitalization; Screening; Psychosocial impact.*

Introdução

O diagnóstico psicológico no hospital busca uma visão panorâmica dos processos que influenciam e são influenciados pela doença, tendo em vista um entendimento racional do processo de adoecimento e de identificação de situações que merecem atenção do terapeuta para o planejamento consciente de suas ações(SIMONETTI, 2011). Essa avaliação refere-se à busca de uma compreensão de quem é a pessoa e de como ela está reagindo emocionalmente diante do trinômio doença-internação-tratamento (SEBASTIANI e FONGARO, 2017).

Para Remor(2019), os instrumentos de avaliação em Psicologia da Saúde devem auxiliar no diagnóstico de fatores de risco para dificuldades de ajustamento, falta de adesão, agravo da doença ou incapacidade mental em lidar com o adoecimento. A identificação de pacientes em Risco Psicológico seria um rastreio emocional e

possibilitaria uma intervenção dirigida ao sofrimento psicossocial(HOLLAND e ALICI, 2010).

Diante da ausência de uma definição clara e unânime quanto a caracterização de Risco Psicológico, para fins de estabelecer o conceito proposto, esta pesquisa delimitará o Risco Psicológico em Psicologia da Saúde como o conjunto de fatores biopsicossociais que sobrepostos, aumentam a probabilidade da má adaptação psicológica, da morbidade psicológica e/ou psiquiátrica e do autoextermínio associados à condição de adoecimento e hospitalização.

Para Nordenfelt(2018), o ajuste psicológico é um fenômeno dinâmico e multidimensional, e é necessário avaliar todos os fatores que contribuem para esse processo, como teorias de estresse e enfrentamento, auto-regulação, e aspectos sociais e interpessoais do indivíduo. Além disso, no ajustamento ou adaptação psicológica ao adoecimento, o processo abarca aspectos específicos da doença tais como prognóstico, tipos de tratamento, sintomas, sequelas, efeitos colaterais aos tratamentos propostos, mudanças no estilo de vida e alterações na aparência (SOUZA, 2014).

A partir da leitura teórica percebe-se a identificação de diversos fatores que influenciam o processo de adaptação ao adoecimento, avaliados a partir de diferentes diagnósticos, mas não existe um consenso quanto aos principais fatores que influenciam o processo de adaptação psicológica de uma maneira geral. Frente ao exposto e procurando oferecer subsídios para a compreensão das alterações emocionais decorrentes de um processo de adoecimento, independente do diagnóstico, a partir da identificação dos preditores de Risco Psicológico,será realizada uma revisão da literatura dos principais fatores de risco para morbidade psicológica e/ou psiquiátrica diante do adoecimento, tratamento e hospitalização de uma maneira geral.

Objetivo

Realizar uma revisão integrativa dos fatores que influenciam o processo de adaptação psicológica e fatores de risco para morbidade psicológica e/ou psiquiátrica no adoecimento.

Método

Foi realizada uma busca da literatura especializada por meio de artigos científicos, nas seguintes bases de dados eletrônicos: Portal de Periódicos Capes/MEC, BVS e PubMed. Os descritores utilizados constam cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) e foram: *emotional adaptation and adjustment disorders and hospitalization and psychosocial impact.*

Foram incluídos artigos originais, completos, de pesquisas realizadas com adultos, nos idiomas Inglês, Espanhol e Português, publicados entre os anos 2010 e 2020. Foram excluídos os artigos que não tratam do processo de adaptação psicológica e fatores de risco para morbidade psicológica e/ou psiquiátrica no adoecimento.

A seleção dos artigos seguiu três passos: seleção por título (eliminando duplicações e aplicando os critérios de inclusão), seleção por resumo (aplicando-se os critérios de exclusão) e análise do texto completo para identificar elegibilidade. A seleção dos artigos incluídos será apresentada em forma de diagrama, conforme modelo PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

Para a coleta das informações da bibliografia incluída foi utilizado instrumento previamente elaborado pelo pesquisador, contendo dados de identificação, características metodológicas, fatores avaliados, principais resultados/conclusões e recomendações para a prática clínica.

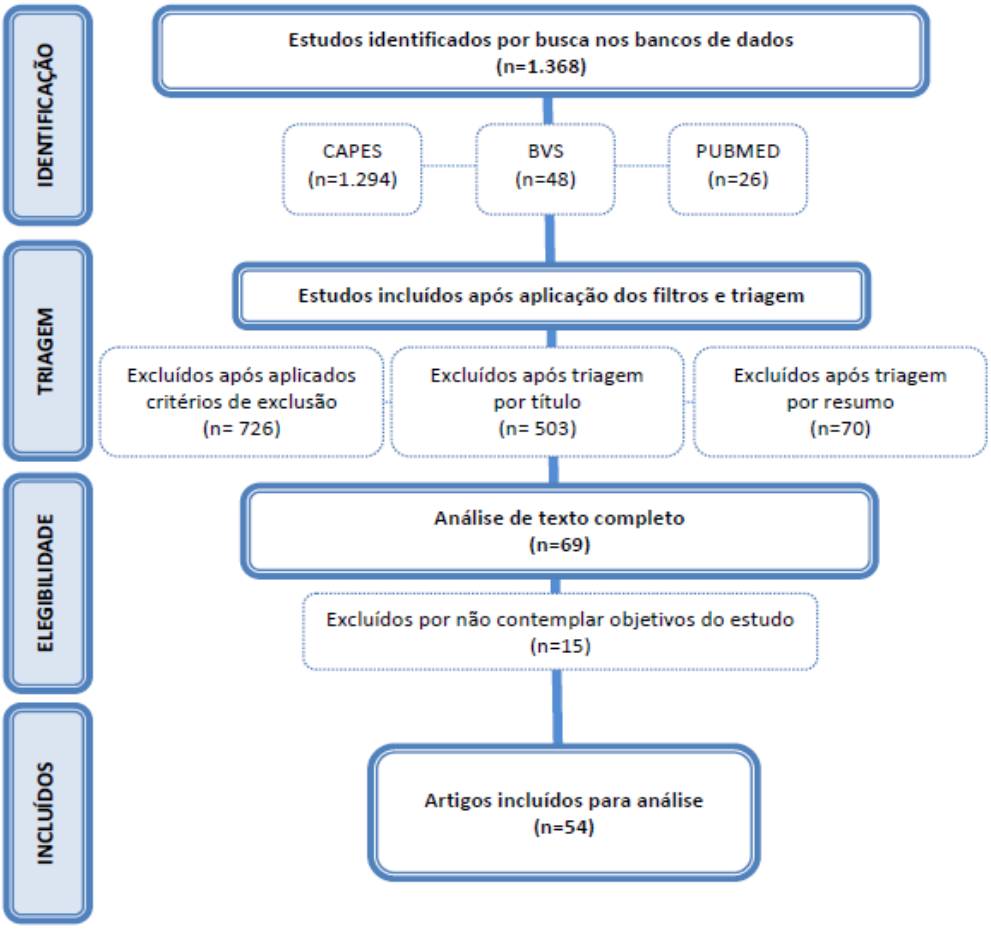
Os dados retirados dos artigos foram tabulados e analisados conforme a frequência. Os principais resultados encontrados nos artigos foram analisados conforme método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), que trata de um conjunto de técnicas, com procedimentos sistemáticos e objetivos, utilizadas para descrever o conteúdo.

A análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin(2011), foi realizada em três fases: (1) Pré-análise, onde foi realizada uma “leitura flutuante” dos artigos selecionados, organizando os conteúdos encontrados. (2) Exploração do material, onde foram identificados os conteúdos mais recorrentes, que foram classificados e divididos em categorias e subcategorias. (3) Tratamento, que trata do tratamento e interpretação dos dados.

Resultados e Discussão

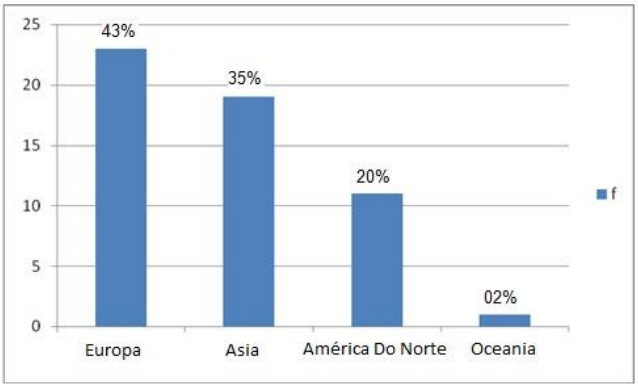
A busca pelos descritores nas bases de dados selecionadas resultou em 1.368 artigos, que após a seleção por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e triagem dos títulos, resumos e leitura completa, foram reduzidos a 54 artigos incluídos na análise. A descrição detalhada da seleção dos artigos é apresentada na Figura 1, conforme modelo PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

Figura 1. Seleção dos artigos encontrados conforme modelo PRISMA



Todos os artigos selecionados estão publicados em língua inglesa, apesar dos estudos terem sido realizados em 24 diferentes países e quatro continentes: Europa, América do Norte, Ásia e Oceania. Nenhuma pesquisa incluída foi realizada no Brasil e nenhum estudo encontrado foi desenvolvido na América do Sul. Na Figura 2 é possível visualizar a proporção de estudos por continente.

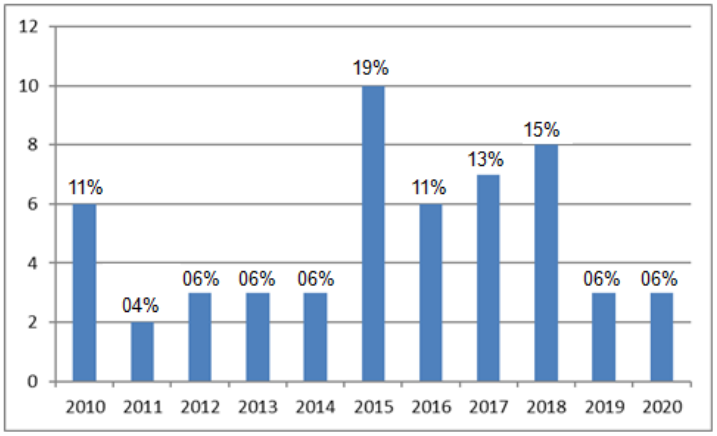
Figura 2:Número de pesquisas incluídas realizadas em cada continente (n=54).



Os resultados apontam para a dificuldade de produção de conhecimento científico de nível internacional em países latino-americanos, sobretudo no Brasil. Koller e Sarriera (2008), apontam para a necessidade de produção de conhecimento latino-americano, para que os conteúdos produzidos sejam adequados à realidade política e social dessa região.

Dentre os anos estabelecidos para as publicações (2010 a 2020), todos os anos tiveram publicações que avaliassem fatores psicossociais que influenciam ou são influenciados pelo adoecimento, sendo 2015 o ano que mais teve publicações como apresentado na Figura 3.

Figura 3: Número de publicações incluídas divididas por ano de publicação.



Quanto aos tipos de pesquisa, todas são de natureza fundamental. 41 artigos usaram estratégia de observação transversal (76%), enquanto 13 artigos foram longitudinais (24%). Quanto ao método de análise de dados, 49 (91%) usaram

metodologia quantitativa, 4 (7%) qualitativa e um estudo utilizou metodologia mista, valendo-se de métodos quantitativos e qualitativos para análise dos dados.

Os estudos avaliaram fatores psicossociais em diversas doenças, num total de 27 diagnósticos diferentes, que correspondem a 13 especialidades médicas, além de artigos que incluíram diagnósticos variados no mesmo estudo. A especialidade mais estudada foi a Oncologia, correspondendo a 26% dos artigos incluídos. A distribuição dos estudos por diagnóstico investigado é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos estudos incluídos conforme diagnóstico estudado (n=54)

Diagnóstico	**F**	**f(%)**
Oncológico	14	26%
Renal	5	9%
Cardíaco	5	9%
Pulmonar	5	9%
Queimadura	5	9%
Ortopédico	5	9%
Diagnósticos diversos	5	9%
Neurológica	3	6%
Dermatológico	2	4%
Neuromuscular	1	2%
Lesão Medular	1	2%
Endocrinológico	1	2%
Hematológico	1	2%
Imunológico	1	2%

Fonte: Elaboração própria

Muitos pesquisadores de todas as áreas de Ciências da Saúde, inclusive a Psicologia, têm se mobilizado no sentido de produção de conhecimento voltados para os diagnósticos oncológicos por tratar-se de uma doença crônica de tratamento difícil e prognóstico nem sempre favorável (JUNIOR, 2001). Adicionalmente, é importante reconhecer, que apesar da menor quantidade de produção científica, a psicologia tem ocupado lugares em diversas especialidades na área da saúde.

Observaram-se, também os fatores que mais se repetiam nos estudos e foram criadas subcategorias, que posteriormente foram agrupadas em categorias maiores para análise. Assim, a análise de conteúdo permitiu identificar seis grandes grupos de fatores que influenciam o processo de adoecimento e um grupo de recomendações, totalizando sete categorias apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Divisão de categorias e subcategorias temáticas dos fatores psicossociais envoltos ao adoecimento.

Categorias	**Subcategorias**
1. Sofrimento emocional relacionado ao adoecimento	Ansiedade Depressão *Distress*
2. História Prévia	Morbidade psiquiátrica Internações prévias Traumas anteriores Abuso de substâncias Comorbidades
3. Percepção de diagnóstico/prognóstico	Compreensão de prognóstico Aceitação da doença
4. Suporte Social	Suporte social emocional Suporte social instrumental
5. Fatores Sociodemográficos	Idade Sexo Escolaridade Renda
6. Lidando com o adoecimento	Enfrentamento Resiliência
7. Recomendações	Recomendações para a prática clínica Recomendações para pesquisas futuras

1. Sofrimento emocional relacionado ao adoecimento

Dentre os estudos incluídos na análise, 15 (28%) identificaram sintomas depressivos e 13 (24%) identificaram sintomas ansiosos associados ao processo de

adoecimento. Sofrimento psicológico, ou *Distress*, relacionado à doença foi citado em 7 (13%) dos estudos.

A prevalência de sintomas depressivos variou de 11 a 77,5% entre os pacientes pesquisados. Prevalência de ansiedade variou entre 22,3 e 69,3% e presença de *Distress* identificada variou entre 30,2 e 60,7% nos estudos. Os preditores de ansiedade e depressão identificados foram: Dificuldades nas Atividades de Vida Diária - AVD's (LIU *et al*., 2018; WANG *et al.,* 2019), gravidade dos sintomas(LIU *et al*., 2018), sentimento de impotência e perda de recursos, sentimento de desamparo (DIRIK e KARANCI, 2010), uso indevido do álcool (FOUNTA*et al*., 2019) e menor controle percebido sobre a própria condição de saúde (MORGAN *et al*., 2020).

Pacientes deprimidos apresentaram maior risco de mortalidade (KOJIMA, 2010), menor adesão ao tratamento (PIEROBON, 2017), significativa perda de sentido da vida (ABDEKHODAIE, 2020) e ideação suicida (MAHENDRARAJ, DURGAN e CHAMBERLAIN, 2016). Maiores níveis de ansiedade e depressão associados, foram relacionados a menor Qualidade de Vida (NG *et. al*., 2015), pior bem-estar físico (FLOYD *et al.*, 2010), piores *scores* mentais (PEDRAS, CARVALHO e PEREIRA, 2018), manifestaram mais sentimentos de desesperança, crises existenciais e problemas de relacionamento (MAHENDRARAJ, DURGAN e CHAMBERLAIN, 2016). Maiores níveis de *Distress* foram associados a pior qualidade de vida e maior dificuldade de adesão ao tratamento (EISELE *et al.,* 2018; WANG *et al.,* 2019).

Os dados encontrados revelam o quanto o quadro emocional do paciente pode ser afetado diante de um adoecimento. O sofrimento psicológico, ou *Distress* foi evidenciado, acarretando conseqüência de desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos e demandam atenção do psicólogo em diversas fases do tratamento. Segundo avaliação dos autores, a ansiedade identificada pouco tempo após o diagnóstico diminui durante o tratamento, mas a depressão não tem diferença significativa, apresentando altos escores durante todo o adoecimento (ANNUNZIATA, MUZZATTI e ATTORE, 2011; NG *et. al*., 2015).

2. História Prévia

Alguns fatores preexistentes foram constatados com influenciadores do processo de ajustamento do paciente. Doença crônica associada foi fator de risco para eventos adversos e mortalidade (ADAMUZ, 2020). Número de internações prévias foi

associado a menor escore mental(PEDRAS, CARVALHO e PEREIRA, 2018), e pessoas que acumulam mais adversidades ao longo da vida podem aumentar suas chances de consultas médicas em até 118% e chances de hospitalização em até 142% comparados com pessoas com menor histórico de adversidades (EZEAMAMA *et al.,* 2016).

De acordo com resultados encontrados por Floyd *et al*.(2010), quanto maior o tempo de diagnóstico e número de hospitalizações, menos habilidade de autocontrole percebida. Em pesquisa realizada com pacientes queimados foi concluído que os pacientes com transtornos mentais agudos tinham significativamente maior tempo de hospitalização, sofria de abuso de substâncias (álcool ou drogas) e tinha histórico de problemas psicológicos (MAHENDRARAJ, DURGAN e CHAMBERLAIN, 2016). Apesar disso, McLean *et al.*(2015) concluíram que pacientes que tenham traumas anteriores foram mais positivos no enfrentamento de uma nova doença. Quanto à morbidade psiquiátrica, no estudo de Kumar *et al*(2016), 74% da amostra manifestou sintomas psiquiátricos. Em estudo de Mahendraraj, Durgan e Chamberlain (2016), 1% dos pacientes tinha transtorno mental agudo, mas, 6,2% já apresentavam transtornos mentais que eram crônicos.

Os resultados nos remetem a importância em se levantar dados da história prévia física, psíquica e social do paciente durante a avaliação para definição de diagnóstico psicológico e estabelecimento de tratamento. Dados como traumas anteriores por exemplo apresentaram-se tanto como fatores complicadores como facilitadores do processo de enfrentamento da doença. É importante além de identificar os fatores, compreender como eles influenciam na forma como o paciente lida com o adoecimento atual.

3. Percepção de diagnóstico/prognóstico.

Em pesquisa realizada por El-Jawahri*et al.* (2015), 88,9% dos pacientes consideraram muito importante saber sobre o prognóstico. Apesar disso, as pesquisas apontam para grande dificuldade de aceitação (PIEROBON, 2017; UCHMANOWICZ et al., 2016) e quando essa acontece, está relacionada a piores resultados emocionais (MORGAN *et al*., 2020). El-Jawahri*et al.* (2015) concluíram que 77% da sua amostra tinham uma percepção do prognóstico mais otimista que seu médico, mas aqueles em que a compreensão mais se aproximava da opinião médica, tinham níveis

significativamente maiores de depressão, pior qualidade de vida e mais sintomas de fadiga.

O tipo de compreensão que o paciente tem sobre seu diagnóstico e prognóstico parece ser um fator que interfere em toda a sua relação com a doença. Os dados encontrados nos levam a refletir sobre o tipo de intervenção e suporte psicológico ofertado aos pacientes após diagnóstico e esclarecimento de prognóstico. Para além das dificuldades de aceitação da doença, as intervenções psicológicas precisam ser trabalhadas a nível de fortalecimento dos recursos internos de enfrentamento, ressignificação das vivências e busca de sentido. Para isso é necessário identificar a percepção do paciente a respeito de seu próprio quadro, expectativas e como isso afeta seu estado emocional.

4. Suporte Social

A influência do suporte social percebido no enfrentamento da doença foi identificada em diversos artigos, seja relacionado ao apoio social/familiar ou a questões sociais práticas e instrumentais. Para Laird *et al.* (2019), suporte social teve maior peso que a gravidade da lesão para o equilíbrio afetivo do paciente. McLean *et al.* (2015)constataram que as relações sociais são bastante modificadas após o adoecimento. Os primeiros 12 meses de doença trazem muitas mudanças sociais (LAIRD *et al.,* 2019), pacientes com mais de três anos de diagnóstico apresentaram piores escores sociais (KALTSOLDA *et al.,* 2011) e dentre as maiores necessidades elencadas pelos pacientes está a necessidade de apoio social(ANNUNZIATA, MUZZATTI e ATTORE, 2011; HATAMIPOUR et al., 2015).

Existem três dimensões teóricas que constituem o suporte social: Suporte emocional, instrumental e informacional. Siqueira (2008) a partir da junção de diversos teóricos sobre o assunto, definiu que o suporte social emocional é a doação de recursos afetivos provenientes da rede social, já o instrumental seria relacionado a recursos objetivos e bens materiais, enquanto o suporte informacional que algumas teorias entendem como subclassificação do instrumental, diz respeito orientações e esclarecimentos.

Quanto ao suporte social emocional, problemas com a família e menor suporte social foram associados a maiores níveis de *Distress*(KARABULUTLU, YARAL e KARAMAN, 2017; JANOWSKI, STEUDEN e KURYLOWICZ, 2010; NG *et al*.,

2015), presença de transtornos mentais agudos(MAHENDRARAJ, DURGAN e CHAMBERLAIN, 2016), ansiedade e depressão (ARMALY *et al*, 2012; PARK *et al*., 2018; LIU *et al*., 2018; WANG *et al.,* 2019; YANG *et al*., 2016), dificuldade de adesão ao tratamento (KUMAR *et al*., 2016)e pior Qualidade de Vida (ALSHRAIFRREN *et al.*, 2020; HESS e PERRONE-MCGOVERN, 2016; UCHMANOWICZ *et al*., 2016). Falta de apoio do cuidador também foi considerado fator de risco para mortalidade e maiores chances de eventos adversos(ADAMUZ, 2020).

Mas apenas a presença do familiar em horário de visitas não foi suficiente para trazer benefícios estatisticamente significantes. É necessária coesão e adaptação familiar para interferir nos marcadores emocionais (PARK *et al.,* 2018). Pacientes casados com baixo apoio do parceiro apresentam níveis de *Distress* semelhantes aos solteiros, que é significativamente mais alto que nos pacientes casados que contam com efetivo apoio do parceiro (KAMEN *et al.,* 2015). Em pesquisa realizada com mães adoecidas, mesmo aquelas que recebiam auxílio para o cuidado com os filhos, o apoio recebido ou acessível era incompatível com o desejado (POWER *et al.,* 2011).

Quanto a suporte social instrumental e informacional, Karabulutlu, Yaral e Karaman (2017), identificaram que 14,9% do *Distress* era relacionado a questões como dificuldade de transporte. Acesso à informação e necessidades materiais também são necessidades frequentemente identificadas (ANNUNZIATA, MUZZATTI e ATTORE, 2011; SCARATTI *et al.,* 2017) e Qualidade de Vida foi associada a ter um ambiente adaptado às novas necessidades. Obter apoio social efetivo foram associados a diminuição de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (WAQAS *et al.*, 2017), maior sentimento de segurança (HESS e PERRONE-MCGOVERN, 2016), melhor adaptação e enfrentamento positivo (MCLEAN *et al*., 2015).

5. Fatores Sociodemográficos

Em 14 (26%) dos artigos incluídos, os aspectos sociodemográficos dos pacientes foram identificados como fatores que influenciaram o quadro emocional ou o processo de ajustamento à doença. Fatores como idade, sexo, escolaridade e renda, apareceram em diversos artigos não apenas como caracterização da amostra, mas apresentando fortes associações com as variáveis emocionais e habilidades em enfrentar o adoecimento.

A idade mais elevada influenciou escores emocionais (PEDRAS, CARVALHO e PEREIRA, 2018) e foi associada a maiores sintomas psiquiátricos, maiores níveis de depressão e ideação suicida (KUMAR *et al.*, 2016) e maior sentimento de impotência (JANOWSKI, STEUDEN e KURYLOWICZ, 2010). Sexo masculino foi associado a maior quantidade de sintomas psiquiátricos (KUMAR *et al.,* 2016)e sexo feminino foi associado a níveis mais baixos de Qualidade de Vida (AMEDRO *et al.*, 2016), maior vulnerabilidade para desenvolvimento de TEPT (LIU *et al*., 2018) e maior sentimento de desamparo (DIRIK e KARANCI, 2010).

Baixa escolaridade e renda foram associadas a maior sentimento de impotência (JANOWSKI, STEUDEN e KURYLOWICZ, 2010), maior índice de depressão (LIU *et al*., 2018), menos habilidade de autocontrole (PEHLIVAN *et al*., 2015), baixo nível de inteligência emocional (IZYDORCZYK *et al.,* 2018), mais sintomas de TEPT (WAQAS *et al.,*2017*)* e menor adaptação ao tratamento (KUMAR *et al.*, 2016). Morar em área rural também foi preditor de depressão em estudo de Uchmanowicz *et al*.(2016), e Waqas *et al.*(2017)também associaram minoria étnica a TEPT.

6. Lidando com o adoecimento

Os recursos e as formas utilizadas para lidar com o adoecimento, assim como a capacidade de resiliência para enfrentar as adversidades do tratamento também foram bastante avaliadas nos artigos incluídos.

Capacidade de resiliência diminuiu a probabilidade de hospitalização em 25%, diminuiu a chance de consultas médicas em 47% e melhorou a autoavaliação em saúde em 49% (EZEAMAMA *et al*., 2016). Foi negativamente associada a sintomas depressivos (LIU *et al*., 2018; WANG *et al*., 2019), associado a melhor equilíbrio afetivo (LAIRD *et al*., 2019), considerado fator de proteção para imagem corporal (IZYDORCZYK *et al.,* 2018) e diminuiu a incidência de sintomas de TEPT(WAQAS *et al.,*2017) .

Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas, *coping* defensivo/ evitativo foi associado a pior saúde mental(KALTSOLDA *et al.,* 2011) e pior funcionamento físico (EISENBERG *et al.,* 2012). Baixo enfrentamento ativo e alto comportamento evitativo apresentaram significativamente maiores indicadores de estresse e ansiedade (STECZ *et al.,* 2017), enquanto enfrentamento com foco no problema foi vinculado à melhor aceitação da doença (JANOWSKI, STEUDEN e KURYLOWICZ, 2010). Em

estudo de Panasiti *et al*. (2019), pacientes apresentaram menor habilidade de regulação emocional em comparação ao grupo controle e também se beneficiaram mais de intervenções com estratégias cognitivas de enfrentamento.

Em pesquisa realizada por Karabulutlu, Yaral e Karaman (2017), 22,3% dos participantes utilizavam *coping* religioso como estratégia de enfrentamento ao adoecimento e independente da crença, comumente os pacientes voltam-se para a religião no período pré-operatório (ABRAMS *et al*., 2018). Fortalecimento da crença espiritual, comunicação com Deus e oração também estavam entre as principais necessidades elencadas pelos pacientes na pesquisa de Hatamipour *et al.* (2015). O *coping* religioso ou uma melhor capacidade de trascendência espiritual foi associado a menores níveis de *Distress*, melhor sensação de bem-estar e menores níveis de depressão (KARABULUTLU, YARAL e KARAMAN, 2017), melhor adaptação, menos internações hospitalares, melhor funcionamento psicológico geral, maior satisfação com a vida, e foi identificado como preditor de resiliência (ABRAMS *et al*., 2018).

7. Recomendações

Após as discussões a respeito dos resultados encontrados nos artigos, foram sugeridas mudanças na prática do acompanhamento psicológico em saúde/hospitalar que pudessem melhor identificar os fatores psicossociais envoltos ao processo de adoecimento, assim como recomendações para intervenções mais efetivas de acordo com os fatores identificados.

Do total de artigos incluídos nesta pesquisa, 31 (57%) recomendaram a realização de alguma forma de triagem psicológica dos pacientes. Foram considerados correspondentes a triagem psicológica os termos: anamnese, avaliação, diagnóstico psicológico, gestão de sintomas psicológicos, rastreamento, investigação psicossocial, identificação de variáveis de Risco Psicológico e obter uma visão detalhada de aspectos psicológicos. Dezesseis (30%) dos autores, alertam para que a identificação de pacientes que mais necessitam de acompanhamento e o início da intervenção psicológica devem ser precoces para melhores resultados e diminuição do sofrimento.

Os fatores que aparecem citados em ao menos um dos artigos como importantes de serem rastreados pela psicologia são: fatores sociais, estratégias de enfrentamento, depressão, ansiedade, Qualidade de Vida, risco de *distress*, ajustamento, percepção da

doença, morbidade psiquiátrica, uso de álcool, personalidade, fé religiosa, afetos positivo e negativo, diferença de gênero e presença de traumas prévios.

Após a identificação dos fatores, 15 (28%) dos pesquisadores discorreram sobre a importância de melhorar o suporte emocional oferecido, com intervenções psicológicas individuais e personalizadas para as necessidades de cada paciente. Oito pesquisas (15%) alertaram para a necessidade de criar medidas que facilitem ou melhorem o suporte social percebido pelos pacientes, e 5 (9%) indicaram psicoeducação como um caminho possível para melhorar os fatores psicossociais identificados.

Outras recomendações para a prática clínica são: melhorar suporte emocional oferecido aos cuidadores, melhorar a comunicação da tríade paciente-família-equipe, criar um ambiente que facilite a manifestação de crenças espirituais, incluir medidas subjetivas de melhoria do sono, medidas que visem melhoria da Qualidade de Vida, avaliação psiquiátrica, tratamento medicamentoso e até mesmo avaliar a possibilidade de agilizar e priorizar procedimentos para diminuir tempo de hospitalização e sofrimento emocional.

As recomendações para pesquisas futuras incluem estudos adicionais, com maior número de participantes que possibilitem generalizações e estudos que façam relação de causalidade entre os fatores identificados, piores níveis emocionais e aumento de mortalidade ou piores resultados físicos.

É importante ressaltar que este estudo não esgota todos os possíveis aspectos envoltos ao processo de adoecimento. Os fatores mais encontrados também sofrem o viés do interesse do pesquisador em investigar determinados aspectos, de forma que os fatores mais encontrados podem também estar relacionados aos que mais são pesquisados. Além disso, as palavras-chaves que delimitam o processo de busca, também, exclui possíveis achados que podem ter sido descritos com outros termos.

Conclusão

Compreendeu-se como “Risco Psicológico” em Psicologia da Saúde o conjunto de fatores biopsicossociais que, quando sobrepostos, aumentam a probabilidade da má adaptação psicológica, da morbidade psicológica e/ou psiquiátrica e do autoextermínio associados à condição de adoecimento e hospitalização.

A seleção sistemática e a leitura minunciosa dos artigos proporcionou a categorização de fatores que se apresentaram como preditores psicossociais de má adaptação ao processo de adoecimento, hospitalização e tratamento. Os fatores mais

destacados foram: sofrimento emocional, história prévia, percepção do diagnóstico/prognóstico, suporte social, fatores sociodemográficos e a forma com que a pessoa lida com o processo. Além disso, foram apresentadas fortes recomendações quanto a importância de uma avaliação psicológica que identifique fatores preditores para uma melhor definição terapêutica individualizada.

A avaliação dos resultados encontrados, também permitiu perceber que apenas a identificação da existência dos fatores não é suficiente para inferências a respeito do ajuste emocional do paciente. É necessário compreender como o paciente percebe cada fator e como isso influencia seu quadro psicológico.

Esta pesquisa contém limitações quanto a possibilidades de generalização, mas apresenta uma direção para onde iniciar avaliações psicológicas na área da saúde e os principais fatores a serem investigados. Apesar do estudo contar com relativamente poucas pesquisas de cada tipo de diagnóstico, a maior parte dos artigos apresentou necessidades e fatores psicossociais semelhantes, independente do tipo de adoecimento, o que permite criar uma visão ampla sobre a avaliação psicológica em Hospitais Gerais, onde são encontrados diversos diagnósticos.

Isto posto, recomenda-se o investimento em pesquisas que objetivem identificar fatores preditores de Risco Psicológico em psicologia da saúde, assim como o desenvolvimento de ferramentas de triagem que proporcione a identificação precoce e eficaz de pacientes que necessitem de maior suporte psicológico e intervenções direcionadas. Essas medidas poderão corroborar com a diminuição do sofrimento emocional relacionado a doença e facilitar o processo de ajustamento emocional ao adoecimento.

Referências

ABDEKHODAIE, Z. *et al*. Living with Multiple Sclerosis: A Phenomenological Study of Worries, Concern and Psychological Problems in Iranian Patients with MS. **The Qualitative Report** . v. 25, n. 8, 2020. Disponível em: https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss8/8. Acesso em 09 set 2020.

ABRAMS, T. E., *et al*. Resiliency in burn recovery: a qualitative analysis. **Social work in health care**, v. 57, n. 9, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1503213. Acesso em: 09 set 2020.

ADAMUZ, J. Care complexity individual factors associatedwith adverse events and in-hospital mortality. **Plos One**. v. 23, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236370, acesso em 09 set 2020.

ALSHRAIFEEN, A. *et al*. Social support predicted quality of life in people receiving haemodialysis treatment: A cross-sectional survey. **Nursing Open**, v.7, 2020.

AMEDRO, P. *et al*. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study. **Cardiology in the Young**, 2016.

ANNUNZIATA, M. A.; MUZZATTI, B.; BIDOLI, E. Psychological distress and needs of cancer patients: a prospective comparison between the diagnostic and the therapeutic phase. **Support Care Cancer**, v. 19, 2011.

ARMALY, Z. *et al*. Major depressive disorders in chronic hemodialysis patients in Nazareth: identification and assessment. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v.8, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.**(Ed. re. ampl.). Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

DIRIK, G.; KARANCI, A. N. Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. **Psychology and Health**.v. 25, n. 5, Ju, 2010, 617–632.

EISELE, M. *et al*. Importance of comorbidities in the treatment of primary care patients with heart failure—Baseline results of the observational RECODE-HF Study. **Family Practice**, v. 35, n. 4, 2018.

EISENBERG, S. A., *et al*. Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. **J Behav Med**, v.35, 2012.

EL-JAWAHRI, A. *et al*. Prognostic understanding, quality of life and mood in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplantation**, v. 50, 2015.

EZEAMAMA, A. E. *et al*. Indicators of resilience and healthcare outcomes: findings from the 2010 health and retirement survey. **Qual Life Res**, v.25, 2016.

FLOYD, A. *et al*. Depression May Mediate the Relationship between Sense of Coherence and Quality of Life in Lung Cancer Patients. **Journal of health Psychology**, v. 16, n. 2, 2010.

FOUNTA, O. et, al. Psychological Distress, Alexithymia and Alcohol Misuse in Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings** . v. 26, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10880-018-9580-9. Acesso em 09 set 2020.

HATAMIPOUR, K. *et al*. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 21, n. 1, 2015.

HESS, R. A.; PERRONE-MCGOVERN, K. M. Quality of Life for Individuals with Traumatic Brain Injury: The Influence of Attachment Security and Partner Support. **Journal of Rehabilitation**, v. 82, n. 4, 2016.

HOLLAND, J. C.; ALICI, Y. Management of distress in cancer patients. **J. Support Oncol.**, v. 8, n. 1, jan/fev. 2010.

JANOWSKI , k.; STEUDEN, S.; KURYŁOWICZ, J. Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. **Eur Spine J**, v. 19, 2010.

IZYDORCZYK, B. *et al*. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer**. Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, 2018. Disponível em: www.mdpi.com/journal/ijerph. Acesso em 09 set 2020.

JUNIOR, Á. L. C. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicol. cienc. prof**. v. 21, n. 2, June, 2001.

KALTSOUDA, A. *et al*. Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. **BMC Nephrology**, v. 12, n. 28, 2011. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-2369/12/28. Acesso em 09 set 2020.

KARMEN, C. *et al*. The association between partner support and psychological distress among prostate cancer survivors in a nationwide study. **J Cancer Surviv**, v.9, 2015.

KARABULUTLU, E; YARAL, S; KARAMAN, S. Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey. **J Relig Health**, 2017.

KOJIMA, M. *et al*. Depression, Alexithymia and Long-Term Mortality in Chronic Hemodialysis Patients. **Psychother Psychosom**. v. 79, 2010.

KOLLER, S. H.; SARRIERA, J. C. A Psicologia na América Latina: Um Recorte da Investigação e da Pós-graduação. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v.42, n.3, 2008, pp. 407-410.

KUMAR, K. *et al*. A study of prevalence of depression and anxiety in patients suffering from tuberculosis. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 5, 2016.

LAIRD, V. *et al*. Trajectories of Affective Balance 1 Year After Traumatic Injury: Associations with Resilience, Social Support, and Mild Traumatic Brain Injury. **Journal of Happiness Studies**, v. 20, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10902-018-0004-1. Acesso em 09 set 2020

LIU, Y. *et al*. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. **Therapeutics and Clinical Risk Management**. v.14, 2018.

MAHENDRARAJ, K.; DURGAN, D. M.; CHAMBERLAIN, R. S. Acute mental disorders and short and long term morbidity in patients with third degree flame burn: A population-based outcome study of 96,451 patients from the Nationwide Inpatient Sample (NIS) database (2001–2011). **Burns**, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.06.001. Acesso em 09 set 2020

MCLEAN, L. M. *et al*. The patient–body relationship and the "lived experience" of a facial burn injury: a phenomenological inquiry of early psychosocial adjustment. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 8, 2015. Disponível em: https://www.dovepress.com/ by 177.51.109.77. Acesso em 09 set 2020.

MOHER, D. *et al*. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. **Open Medicine**, v.3, n.2, 2009. p. 123-13.

MORGAN, K. *et al*.The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. **BMC Psychology** . v. 2, n. 50, 2014. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/2/1/50. Acesso em 09 set 2020.

NG, C. G. *et al*. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. **Health and Quality of Life Outcomes.** v.13, n.205, 2015.

NORDENFELT, L. Introduction of Concepts and models. In: GUILLEMIN, F. et al. (Edited). **Perceived health and adaptation in chronic disease**. New York: Routledge, 2018.

PANASITI, M. S., et al. Cognitive load and emotional processing in psoriasis: a thermal imaging study. **Experimental Brain Research,** v. 237, 2018.

PARK, Y. *et al*. The influence of family adaptability and cohesion on anxiety and depression of terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer**, v.26, 2018.

PEDRAS, S.; CARVALHO, R.; PEREIRA, M. G. Predictors of quality of life in patients with diabetic foot ulcer: The role of anxiety, depression, and functionality. **Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 11, 2018.

PEHLIVAN, S. A., *et al*. The Determination of Self-Control Skill of Tuberculosis Patients According to Some Variables. **Social Work in Health Care**, v. 54, 2015.
PIEROBON, A. *et al*. COPD patients' self-reported adherence, psychosocial factors and mild cognitive impairment in pulmonary rehabilitation. **International Journal of COPD**. v.12, 2017.

POWER, T. *et al*. Social support for mothers in illness: A multifaceted phenomenon. **Contemporary Nurse**, v. 40, n. 1, 2011.

REMOR, E. Avaliação psicológica em contextos de saúde e hospitalar. In: HUTZ, C. S. et al. (Orgs.). **Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 13-26.

SCARATTI, C. *et al*. Needs of neuro-oncological patients and their caregivers during the hospitalization and after discharge: results from a longitudinal study. **Support Care Cancer**, v. 25, 2017.

SEBASTIANI, R. W.; FONGARO, M. L. H. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. Nova Ed. Atualizada e ampliada. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2017. p. 11-110.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar:** O mapa da doença. 6ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, 2008

SOUZA, J. R. **Indicador de risco psicológico em oncologia (IRPO)**: Construção de validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer. 2014. 195 f. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – UNB, Brasília, 2014.

STECZ, P. *et al*. Emotional Distress Associated with Surgical Treatment and its Relationship with Coping Profiles Among Chronically ill Older Patients. **Curr Psychol,** v.36, 2017.

UCHMANOWICZ, I. *et al*. Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. **International Journal of COPD**, v. 11, 2016.

WANG, *et al*. Associations of psychological distress with positive psychological variables and activities of daily living among stroke patients: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**. v.19. n. 381, 2019.

WAQAS, A. *et al*. Predictors of post-traumatic stress disorder among burn patients in Pakistan: The role of reconstructive surgery in post-burn psychosocial adjustment. Burns, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.09.012. Acesso em 09 set 2020.

YANG, Y. *et al*. Psychological Disorders and Psychosocial Resources of Patients with Newly Diagnosed Bladder and Kidney Cancer: A Cross-Sectional
Study. **Plos One**, v. 11, n.5, 2016.

Recebido em: 01/03/2021

Aceito em: 20/03/2021

Publicado em: 30/03/2021