



Departamento de Psicologia Clínica - PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPG-PsiCC

Proposta de protocolo para avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos

Rejane Bernardes Santana Reis

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marina Kohlsdorf

Brasília, 2025

**Universidade de Brasília - UnB Instituto de
Psicologia-IP
Departamento de Psicologia Clínica - PCL
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPG-PsiCC**

Proposta de protocolo para avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos

Rejane Bernardes Santana Reis

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marina Kohlsdorf

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura

Brasília, 2025

Universidade de Brasília Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Proposta de protocolo para avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos

Rejane Bernardes Santana Reis

Banca examinadora

Brasília, 11 de fevereiro de 2025

Prof^ª. Dra. Marina Kohlsdorf (Presidente) - PsiCC/PCL/IP/UnB

Prof^ª. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl (Membro Titular) - PsiCC/PCL/IP/UnB

Prof^ª. Dra. Silvia Maria Gonçalves Coutinho (Membro Externo) SES/DF

Prof^ª. Dra. Larissa Polejack Brambatti (Membro Suplente)
PsiCC/PCL/IP/UnB

“Quando olho uma criança ela me inspira dois sentimentos, ternura pelo que é, e respeito pelo que posso ser” (Jean Piaget).

Agradecimentos

Chegou o grande momento de poder agradecer a todos que caminharam comigo na jornada do mestrado, quanta emoção! Chegar até aqui com certeza só foi possível pela ajuda de muitas pessoas, como uma colcha de retalhos, este trabalho foi uma construção conjunta.

Em especial, quero agradecer à Marina Kohlsdorf, que esteve comigo na jornada da psicologia hospitalar, mesmo quando ainda não a conhecia pessoalmente. No mestrado a Marina confiou em mim na proposta temática, me deu autonomia, me acolheu e tranquilizou em momentos de dúvidas e incertezas. Ela esteve sempre presente me incentivando e dando o suporte necessário para que este dia chegasse.

À minha família, que me deu o suporte afetivo carinhoso para que eu pudesse seguir em frente. Ao meu marido Daniel, meu parceiro de vida, que me ajudou a todo momento, passo a passo. Ao meu bebê Caetano que ainda está no forninho, filho, você faz com que eu queira ser uma pessoa melhor, uma psicóloga melhor, eu dedico este trabalho a você!

À minha equipe de trabalho pela paciência e parceria no dia a dia, o empenho de vocês sempre me motivou! Em especial aos meus pesquisadores auxiliares que são profissionais incríveis e toparam compreender minha proposta e mergulhar na pesquisa comigo: João Lucas Assunção, Rebeca Ghedini, Carolina Fonseca, Lorena Siqueirea e Clara Campos.

Aos pacientes e acompanhantes da UTI pediátrica que acompanhei ao longo de minha trajetória profissional, vocês me inspiraram a realizar o mestrado e me ensinaram todos os dias o sentido da vida e a difícil missão de ser e estar no mundo. A todas as amigas que estiveram comigo na vivência do cotidiano ou me aconselharam nas dificuldades, vocês me nutriram de carinho a cada encontro. Por fim, aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Eliane e Dra. Sílvia que aceitaram dedicar parte de seu tempo para compartilhar comigo suas impressões, críticas e conhecimento.

Sumário

Lista de Tabelas e Figuras.....	87
Lista de Siglas.....	98
Apresentação.....	9
Procedimentos e técnicas para avaliação psicológica em pais na UTI pediátrica e neonatal: uma revisão sistemática da literatura	1514
Resumo	1514
Abstract.....	1615
Método	1918
Resultados	2221
Discussão	2928
Considerações Finais	3837
Referências.....	3938
Avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos: construção e desenvolvimento de um instrumento para UTI pediátrica	4443
Resumo	4443
Abstract.....	4544
Método	5049
Participantes.....	49
Instrumentos.....	50
Procedimentos	53
Procedimentos para Análise de dados.....	53
Resultados	5554

Análise Descritiva.....	55
Análise de correlação.....	57
Análise de concordância.....	59
Análise da curva ROC.....	60
Análise de associação.....	61
Análise estatística de componentes principais (ACP).....	62
Discussão	6564
Considerações Finais	69
Referências.....	70
Considerações Finais da Dissertação	7675
Apêndice A: Tabela com descrição sociodemográfica dos participantes.....	7776
Apêndice B: Instrumentos Utilizados no Manuscrito 2.....	7877
Apêndice C: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética	86
Apêndice D: Tabelas e Figuras das Análises Estatísticas do Manuscrito 2.....	9089
Apêndice E: Tabelas e Figuras da Análise estatística de componentes principais (ACP) do Manuscrito 2	9695

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1.1 <i>Descrição dos estudos incluídos na revisão</i>	22
Tabela 2.1 <i>Descrição da análise qualitativa dos estudos incluídos na revisão</i>	23
Figura 1 - Fluxograma PRISMA.....	22
Figura 2 - Mapa bibliométrico pelo VOSviewer.....	27
Tabela 1.2 <i>Análise descritiva do resultado da avaliação do risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes de hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB</i>	55
Tabela 1.2 <i>Análise descritiva das variáveis quantitativas dos indicadores psicológicos analisados em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB</i>	57
Tabela 3 <i>Análise de correlação entre os dados dos resultados do ‘Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)’ com a avaliação de risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB</i>	58
Tabela 4 <i>Análise de concordância entre os dois avaliadores da avaliação de risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB</i>	60
Tabela 5 <i>Análise da curva ROC da avaliação de risco psicológico analisado pelo avaliador principal e observador em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica HCB</i>	61

Lista de Siglas

IRPO: Indicador de Risco Psicológico em Oncologia

ARPCP: Avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos

UTIP: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCIN: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

CAPES: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

LILACS: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde

Resumo da dissertação

Os estudos analisam a avaliação psicológica em unidades de terapia intensiva pediátricas e neonatais (UTIP e UTIN), com foco tanto nos pacientes quanto em seus cuidadores. O primeiro estudo realiza uma revisão sistemática da literatura dos últimos cinco anos, investigando os instrumentos utilizados para avaliar o impacto psicológico da hospitalização em crianças e suas famílias. A pesquisa categorizou os achados em três eixos: intervenções em saúde mental com uso de tecnologia para pais, estudos observacionais sobre condições clínicas e suporte psicossocial. Conclui-se que, apesar da ausência de consenso sobre os instrumentos de avaliação, há unanimidade quanto à importância do cuidado com a saúde mental nesses contextos. O segundo estudo aborda a necessidade de instrumentos específicos para avaliar o risco psicológico em cuidadores de crianças hospitalizadas, tema pouco explorado na literatura. O objetivo foi desenvolver e validar um protocolo baseado no Modelo de Construção de Instrumentos Psicológicos (MCIP), analisando aspectos semânticos e psicométricos de um instrumento com 44 itens. Aplicado a 84 cuidadores, o protocolo demonstrou forte correlação com o Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) e alta concordância entre avaliadores. A análise ROC confirmou sua boa capacidade discriminatória, tornando-o uma ferramenta confiável e relevante para a prática psicológica em UTIs pediátricas.

Apresentação

A pesquisa realizada propõe dialogar sobre a teoria e prática da avaliação psicológica no ambiente de Unidade de Terapia Infantil (UTI) pediátrica, visando a criação e desenvolvimento de um protocolo de avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos por meio de um instrumento que pudesse abarcar as principais demandas observadas e que ancorasse as intervenções e as condutas psicológicas neste contexto.

Apresentar este trabalho é o mesmo que tentar compilar minha experiência como psicóloga no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos dez anos. É discorrer sobre a tentativa de mostrar e destrinchar os desafios da psicologia para dialogar com as demais profissões da área da saúde, valorizando a importância de um exercício profissional pautado nos saberes técnicos. Considerando esse movimento, peço licença para narrar a trajetória dessa pesquisa em primeira pessoa para aproximar-me de quem doa seu tempo para ler sobre ao que me dediquei durante o período do mestrado.

Aproveito, então, para expor as provocações e os desafios vividos. Atuo como psicóloga há 10 anos, na saúde pública do Distrito Federal, onde tive a oportunidade de passar por diferentes funções: residente do Programa de especialização em Psicologia Hospitalar, psicóloga referência de unidades específicas (UTI, enfermaria, ambulatório) e cargo de coordenação de equipe, com atuação na gestão dos processos da psicologia. Cada função e exercício profissional me trouxe desafios específicos. Durante a residência, enfrentei a dificuldade de expressar meu raciocínio clínico de maneira clara e coesa, aprender a redigir evoluções e relatórios respeitando o sigilo profissional, mas registrando dados

relevantes para o cuidado das famílias. Como *staff*, o principal desafio foi aprimorar o diálogo com a equipe e mostrar a função e os limites da psicologia. Já como gestora, meu foco foi e tem sido demonstrar, de forma prática, o trabalho da psicologia da saúde: o que ela faz, como faz e quais são seus fundamentos, e muitas vezes sou requisitada a mostrar a eficácia das intervenções psicológicas.

Um incômodo específico foi persistente em todas as funções exercidas: a quantidade de crianças hospitalizadas *versus* a quantidade e qualidade dos atendimentos ofertados pela psicologia. Eu compreendia que, além de buscar criar um bom processo de triagem, articulado com um eficiente diálogo com a equipe multiprofissional acerca das demandas psicológicas, era necessário priorizar as demandas, para organizar novas admissões ao serviço e os retornos para intervenções pendentes e reavaliações.

Na experiência do dia a dia, observava que as demandas que equipes de enfermagem e médica demandavam à psicologia muitas vezes eram queixas de relacionamento com a criança e familiares ou falhas de comunicação, questões importantes, mas que não justificavam o grau de urgência no atendimento. Por outro lado, muitas crianças e familiares atendidos em busca ativa da psicologia, apesar de serem muito colaborativos com a equipe, apresentavam demandas significativas de saúde mental que impactavam no autocuidado e tratamento. Sendo assim, o sistema de triagem para atendimento psicológico era falho.

Comecei a almejar a criação de um instrumento que pudesse mostrar de forma mais objetiva os aspectos avaliados pela psicologia, o grau de impacto e gravidade psicológica avaliados, assim justificando o tempo de intervenção, acompanhamento mais próximo de algumas famílias em relação a outras de acordo com a demanda. Esta ideia foi inspirada na Classificação de Risco do SUS, que

consiste em uma metodologia adotada para organizar e priorizar o atendimento em serviços de urgência e emergência de forma a assegurar que as pessoas sejam atendidas com base na gravidade de suas condições clínicas, processo que deve ser executado com competência técnica e científica para garantir definição de prioridade, acolhimento e eficiência nos serviços¹.

Além disso, buscava integrar e uniformizar a avaliação psicológica dentro da equipe, respeitando a escuta qualificada e a expertise de cada profissional, sem interferir nas diferenças das abordagens clínicas, mas priorizando uma perspectiva alinhada à psicologia da saúde. De forma audaciosa, pensava em mostrar quantitativamente a redução do risco psicológico de crianças e familiares acompanhados.

Trago aqui, então, uma tentativa de suprir uma necessidade do serviço, reforçando que há uma grande expectativa minha, em uma busca ousada para mostrar em dados objetivos a avaliação psicológica em UTI pediátrica, respeitando a subjetividade do avaliado e a autonomia do avaliador. Assim me situo para que saibam de onde parto para dissecar minhas análises.

Apesar das diversas demandas que os profissionais do setor no contexto hospitalar são instados a atuar, todas elas exigem uma avaliação psicológica apurada, embasada em conhecimento técnico, para que as intervenções ocorram de forma coesa com expertise e crítica. Observa-se que há dificuldade da equipe multiprofissional, e algumas vezes de alguns psicólogos, para compreender o papel e atuação desse profissional no hospital.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. Acolhimento e classificação de risco nos Serviços de Urgência. Ministério da Saúde, 2009, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

A Resolução CFP nº 17/2022² estabelece diretrizes para a parametrização das práticas psicológicas nos serviços de saúde, incluindo a avaliação psicológica como uma atividade viável e necessária em hospitais de nível terciário de atenção, com duração média recomendada de 60 minutos. Porém ressalta-se que não há consenso na instrumentalização do psicólogo no contexto hospitalar no processo de avaliação psicológica; há um grande predomínio no uso de entrevistas, seguidas de escalas e questionários específicos quanto à avaliação de um aspecto psicológico (ansiedade, depressão, qualidade de vida, enfrentamento), nem sempre tais escalas estão validadas para este uso específico³.

Após essa exposição, convido-os a percorrerem a pesquisa realizada. O objetivo geral desta dissertação foi elaborar um instrumento de estratificação de risco psicológico em cuidadores nas UTIs pediátricas a partir de uma avaliação psicológica. Essa dissertação utilizou métodos mistos, com o intuito de melhor conhecer a produção acadêmica e as técnicas utilizadas na avaliação dos pais em UTIs pediátricas e neonatais.

A dissertação é composta por dois artigos: o primeiro apresenta uma revisão sistemática de literatura acerca das técnicas e procedimentos utilizados para avaliação psicológica nas UTIs pediátricas e neonatais. Para isso, foram analisadas produções acadêmicas e pesquisas empíricas publicadas nos últimos cinco anos (2019 – 2024). Buscou-se identificar como estão as produções literárias e as práticas acerca da atuação da psicologia na atualidade, os recursos tecnológicos utilizados e os aspectos psicológicos investigados no processo de avaliação.

² Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022*. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-17-de-19-de-julho-de-2022-418333366>

³ Neto, A., & Porto, J. (2017). Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira [Review of *Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira*]. *Revista da SBPH*, 20(2), 66–88.

O segundo artigo discorre sobre o processo de construção instrumental de um protocolo de avaliação de risco psicológico de cuidadores pediátricos no contexto de UTI pediátrica, com validação semântica dos itens e análises estatísticas sobre a correlação, concordância e associação dos dados.

Manuscrito 1

Procedimentos e técnicas para avaliação psicológica em pais na UTI pediátrica e neonatal: uma revisão sistemática da literatura⁴

Resumo

Este estudo apresenta uma revisão sistemática dos últimos cinco anos sobre procedimentos e técnicas utilizados para avaliação dos aspectos psicológicos em unidades de terapia intensiva (UTI) pediátricas e neonatais. A hospitalização em UTIs pediátricas e neonatais é um momento de grande impacto emocional e psicossocial para crianças e suas famílias. O objetivo deste estudo foi explorar as ferramentas utilizadas na avaliação psicológica em UTIP e UTIN e discutir os impactos dessas intervenções no bem-estar psicológico das crianças e suas famílias, enfatizando instrumentos, desafios e considerações éticas associadas a esse processo. O método utilizado foi uma revisão sistemática da literatura no período de 2019 – 2024, utilizando as bases de dados PubMed, Periódicos CAPES, Lilacs e Scopus. Resultados: Foram selecionados 12 artigos e após a leitura na íntegra, as informações dos estudos foram organizadas e analisadas em categorias: 1) Impacto de intervenções em saúde mental com uso de instrumentos tecnológicos nos pais de crianças; 2) Condições clínicas e estudos observacionais e 3) Aspectos psicossociais e suporte qualitativo. Conclui-se que não há consenso na utilização de instrumentos para avaliação de aspectos psicológicos, porém a preocupação no cuidado da saúde mental de bebês, crianças e de seus cuidadores foi unânime na literatura analisada.

Palavras chaves: avaliação psicológica, unidade de terapia intensiva pediátrica, unidade de terapia intensiva neonatal.

⁴ Manuscrito aprovado para publicação na Revista Psicologia Argumento.

Abstract

This article presents a systematic review of the last five years on techniques and procedures regarding psychological assessment in pediatric and neonatal intensive care units (ICU).

Hospitalization in pediatric and neonatal ICUs is a time of great emotional and psychosocial impact for children and their families. The aim of this study was to explore the tools used in psychological assessment in pediatric and neonatal ICUs, and to discuss the impacts of these interventions on the psychological well-being of children and their families, emphasizing the instruments, challenges and ethical considerations associated with this process. The method used was a systematic review of the literature in the period 2019 – 2024, using the databases PubMed, Periódicos CAPES, Lilacs and Scopus. Results: Twelve articles were selected, and after full reading, the information from the studies was organized and analyzed into categories: 1) Impact of mental health interventions using technological instruments on Parents of Children; 2) Clinical Conditions and Observational Studies; and 3) Psychosocial Aspects and Qualitative Support. In conclusion there is no consensus on the use of instruments for the evaluation of psychological aspects; however, the concern for the mental health care of the babies, children and their caregivers was unanimous in the literature that was analyzed in this paper.

Keywords: psychological assessment, pediatric intensive care unit, neonatal intensive care unit.

As Unidades de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal (UTIP e UTIN) são ambientes críticos onde bebês e crianças gravemente enfermas recebem cuidados médicos intensivos e contínuos, em unidades equipadas com tecnologia avançada e que contam com equipes multidisciplinares especializadas, incluindo médicos, enfermeiros e psicólogos, que trabalham juntos para estabilizar e tratar condições potencialmente fatais (Brasil, 2023). De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.862 (Brasil, 2023), entre os profissionais que compõem a equipe mínima para atuação na UTIP ou UTIN, encontra-se também o psicólogo.

A complexidade do ambiente de UTIP e UTIN exige que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com uma variedade de fatores estressantes, incluindo, para além da gravidade da condição médica do bebê ou da criança, a dinâmica familiar e a interação com a equipe médica; assim, o atendimento humanizado realizado pela equipe contribui para a recuperação do bebê ou da criança e promoção da saúde mental dos membros familiares (Cavalcante et al., 2021)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), o programa de humanização da assistência hospitalar enfatiza a atuação multiprofissional no cuidado do indivíduo e seus familiares, viabilizando a mitigação dos impactos psicossociais provenientes da hospitalização, buscando garantir a construção de vínculo e confiança da família na equipe e no tratamento recebido. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, as referências técnicas para atuação de psicólogos(as) nos serviços hospitalares do SUS sugere uma abordagem interdisciplinar, onde psicólogos(as) trabalham em colaboração com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, sendo fundamentais para a efetividade das intervenções (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019).

A atuação da psicologia nas UTIPs e UTINs é vital para abordar as necessidades emocionais e psicológicas de bebês, crianças e suas famílias em situações de saúde extremamente desafiadoras. No caso de bebês, a aproximação do ambiente da UCIN a um

contexto mais acolhedor seria um dos propósitos da intervenção psicológica, que depende de avaliações sistemáticas neste contexto acerca de sinais comportamentais de sofrimento no bebê e vivências de ansiedade, depressão e estresse pós traumático, entre outros processos, nos familiares; sendo assim, minimizar efeitos dolorosos de procedimentos invasivos, aproximar o contato pele-a-pele com o bebê e estimular o vínculo familiar são alguns exemplos de ações que dependem de avaliações psicológicas continuadas (Vieira de Souza & Pegoraro, 2017).

Nas UTIPs, psicólogos(as) especializados(as) realizam avaliações contínuas do estado emocional e comportamental de crianças, identificando sinais de sofrimento psicológico, como ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático. Para tal, há a implementação de intervenções terapêuticas que incluem técnicas de relaxamento e apoio emocional, adaptadas às necessidades individuais. Além disso, fornecem suporte emocional aos pais e familiares, ajudando-os a manejar o estresse e a ansiedade associados à hospitalização, facilitando a comunicação efetiva entre a equipe e a família, com intervenções que favorecem a adesão aos cuidados e o bem-estar geral de bebês, crianças e seus familiares (Colville & Pierce, 2012).

O(a) psicólogo(a) na UTIP e UTIN tem a competência por integrar a equipe interdisciplinar visando o bem-estar e o enfrentamento de bebês, crianças e seus pais no momento de extrema vulnerabilidade. Pesquisa realizada em um hospital metropolitano nos Estados Unidos destacou as ações principais na prática profissional do psicólogo neste contexto com frequência: auxílio na comunicação equipe-família (4%), o suporte emocional à família (20%), apoio para a adaptação e enfrentamento do adoecimento (20%), avaliação de sintomas psiquiátricos da criança (15%), sintomas psiquiátricos dos pais (12%), suporte aos irmãos (5%), adesão aos cuidados (1%) e risco de óbito ou processo de fim de vida e luto (9%) (Tunick et al., 2013).

A avaliação psicológica em UTIP e UTIN representa uma área crucial de intervenção, visando entender e mitigar os impactos psicológicos que a hospitalização prolongada pode ter sobre bebês, crianças e suas famílias. Este ambiente, frequentemente associado a altos níveis de estresse e ansiedade, demanda uma abordagem cuidadosa por profissionais de saúde mental (Vieira de Souza & Pegoraro, 2017). Além disso, a avaliação psicológica nesse contexto permite a identificação precoce de dificuldades emocionais e comportamentais, possibilitando intervenções direcionadas e personalizadas. Entrevistas clínicas, observações comportamentais e escalas padronizadas são frequentemente utilizadas para avaliar o estado emocional e psicológico das crianças, contribuindo para uma abordagem mais sistemática e eficaz, melhorando o cuidado integral oferecido (Schneider et al., 2020)

Diante disso, esta revisão sistemática tem como objetivo explorar as principais ferramentas utilizadas na avaliação psicológica em UTIP e UTIN, bem como discutir os impactos dessas intervenções no bem-estar psicológico das crianças e suas famílias. Os resultados da revisão sistemática podem informar a formulação de políticas de saúde pública voltadas para a integração de serviços de saúde mental em UTIP e UTIN, promovendo um cuidado mais holístico e centrado no cuidado integral de bebês, crianças e suas famílias.

Método

Revisões sistemáticas de literatura têm sido utilizadas para organizar dados sobre determinada área, desempenhando funções relevantes como sintetizar o estado do conhecimento, destacar prioridades para pesquisa, identificar questões éticas ou reflexivas em determinado contexto e avaliar teorias sobre fenômenos específicos, fornecendo benefícios para diferentes públicos (usuários do sistema de saúde, profissionais, acadêmicos, pesquisadores, formuladores de políticas públicas e gestores, entre outros) (Page et al., 2022).

Desta forma, uma revisão sistemática de literatura se justifica para permitir a agregação e a síntese de dados provenientes de múltiplos estudos, proporcionando uma visão

abrangente e detalhada sobre as abordagens de avaliação psicológica atualmente utilizadas em UTIP e UTIN. Ao compilar e analisar os estudos disponíveis, a revisão sistemática poderá destacar áreas onde há falta de pesquisa ou onde os dados são insuficientes ou inconsistentes, ajudando a consolidar o conhecimento baseado em evidências, auxiliando psicólogos e outros profissionais de saúde a implementar práticas de avaliação mais eficazes e padronizadas em UTIP e UTIN.

As diretrizes do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) foram adotadas nesta revisão (Page et al., 2022). Inicialmente, foi realizada a escolha específica das palavras-chave utilizadas, os critérios de elegibilidade, as fontes de informação, as estratégias de busca, os métodos de extração de dados e os planos de síntese.

O processo metodológico se iniciou com a escolha dos descritores que pudessem elucidar o tema estudado em sua amplitude, a partir de informações advindas da literatura sobre avaliação psicológica em contextos de saúde. Dessa forma as palavras-chave escolhidas foram: "Sistemas de Apoio Psicossocial/Psychosocial Support Systems" OR "intervenção psicológica/psychological intervention" OR "avaliação psicológica/psychological assessment" AND "unidade de terapia intensiva pediátrica/pediatric intensive care unit" OR "unidade de terapia intensiva neonatal/neonatal intensive care unit". Os descritores foram combinados na busca por artigos científicos nas bases de dados que são dedicadas a publicações na área da saúde, visando aprofundamento do tema estudado: PubMed (U. S. National Library of Medicine (NLM), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde) e Scopus.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: publicações no período de 2019 a 2024 com disponibilidade de livre acesso em idiomas português e inglês relacionados ao objeto de pesquisa, que fossem indexados nas bases de dados. O recorte temporal de

últimos 5 anos foi escolhido em função de diretrizes para revisões sistemáticas, que recomendam o último quinquênio como parâmetro para obter a literatura mais atualizada na área (Page et al., 2022). Os estudos foram selecionados com base em sua relevância para o tema e sua contribuição para a compreensão das avaliações ou intervenções psicológicas realizadas em UTIP ou UTIN, com bebês/crianças e/ou com seus genitores. Foram excluídos estudos acadêmicos como teses, dissertações e monografias, artigos que não contemplavam o tema estudado, avaliações ou intervenções dos aspectos psicológicos direcionados a outros profissionais de saúde e textos teóricos como revisões literárias.

Para a seleção dos artigos que atendessem ao tema desta pesquisa, inicialmente foi realizada leitura dos títulos e resumos dos potenciais estudos das bases de dados, selecionando aqueles que contemplaram o tema de avaliação ou intervenção em aspectos psicológicos na UTIP e UTIN. Após a seleção dos artigos houve leitura na íntegra e confecção de uma tabela para a extração de principais dados: foco do estudo, método utilizado, dados da amostra e resultados.

Para aumentar o rigor da análise dos dados utilizou-se o software *VOSviewer* para criação de mapas bibliométricos, a partir do uso das palavras-chaves dos artigos escolhidos, o que permitiu determinar quantitativamente a ocorrência de palavras e discorrer acerca dos agrupamentos em *clusters*, que promoveram agrupamentos temáticos qualitativos que estão detalhados na seção Resultados e Discussão (Van & Waltman, 2010). Para essa análise com o *VOSviewer* foi necessário uniformizar palavras-chave com o mesmo significado, porém com escritas diferentes, e acrescentar o tipo de método e instrumentos utilizados, bem como as amostras. Dessa forma, o constructo “unidade de terapia intensiva pediátrica/neonatal” foi utilizado para uniformidade de palavras-chave (unidade de terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, unidade de terapia intensiva pediátrica); as palavras “qualitativa” e “estudo

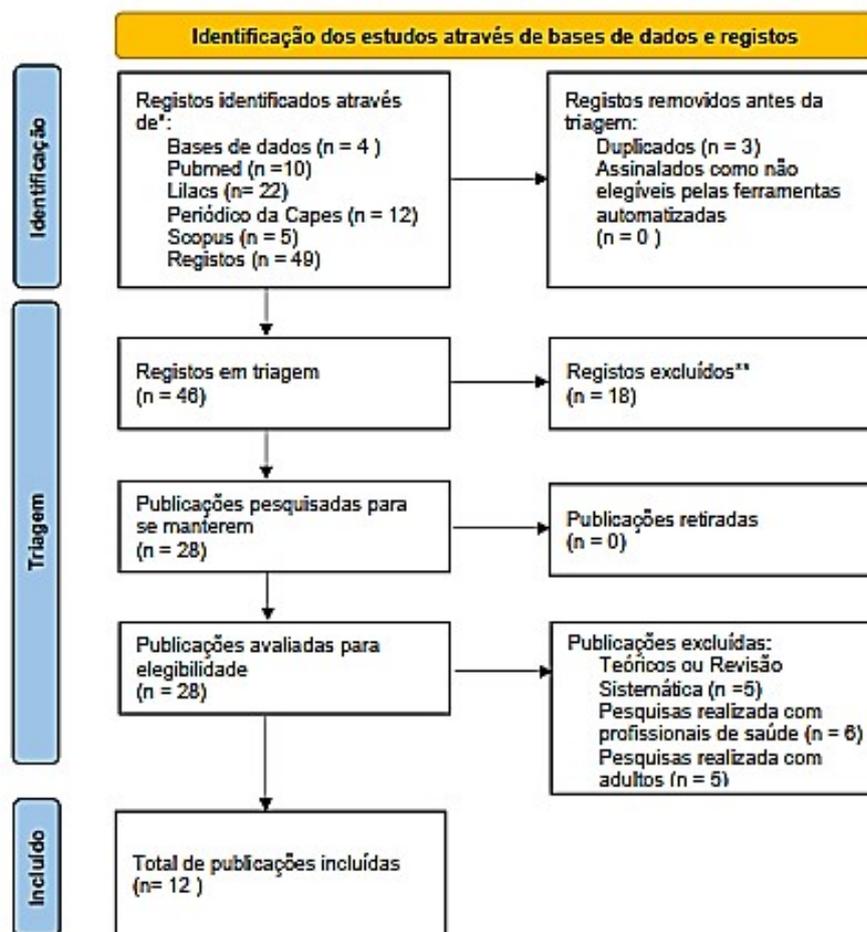
randomizado” foram adicionadas para descrever o tipo de estudo e as palavras “pais” e “bebês/crianças” foram adicionadas para descrever o foco da amostra em casa estudo.

Resultados

Foram encontrados os seguintes artigos: Pubmed = 10, Lilacs = 22, Periódicos CAPES = 12 e Scopus = 5, totalizando 49 registros. Após a remoção de artigos duplicados ($n=3$), procedeu-se com a triagem dos títulos e resumos, quando foram excluídos 18 estudos por apresentarem temas destoantes da pesquisa em tela. Em seguida, foram excluídos textos teóricos ou revisões da literatura ($n=5$), pesquisas realizadas com profissionais de saúde ($n=6$) e pesquisas em UTI adulto ($n=5$). A amostra final foi composta por 12 artigos com textos completos, de acordo com os critérios pré-estabelecidos. O processo detalhado de seleção dos estudos está ilustrado no fluxograma PRISMA (Figura 1), que resume as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Figura 1

Fluxograma PRISMA



Foram organizadas duas tabelas para detalhamentos dos dados: 1. Tabela - Descrição dos estudos incluídos na revisão: a) identificação do artigo (título, autores), b) revista e classificação *Qualis* e c) abordagem (método e instrumentos utilizados); 2. Tabela - Descrição da análise qualitativa dos estudos incluídos: a) objetivo do estudo, b) dados da amostra (quantitativo, idade e gênero) e c) resultados (principais conclusões).

Tabela 1

Descrição dos Estudos Incluídos na Revisão

Título	Autor/ano	Revista	Qualis CAPES	Método, análise e instrumentos
1.Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective	Bazzan et al., 2019	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn	A4	Qualitativa, entrevista semiestruturada
2.Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study	Bry & Wigert, 2019	BMC Psychology	A3	Qualitativa, entrevista semiestruturada

3. Individualized Goal Setting for Pediatric Intensive Care Unit-Based Rehabilitation Using the Canadian Occupational Performance Measure	Hwang et al., 2023	Children	A4	Quantitativa, Canadian Occupational Performance Measure e State-Trait Anxiety Inventory-State
4. Viewpoints from families for improving transition from NICU-to-home for infants with medical complexity at a safety net hospital: a qualitative study	Lakshmanan et al., 2019	BMC Pediatrics	A1	Qualitativa, entrevistas semiestruturada método indutivo-dedutivo
5. Effect of a Videoconference-Based Online Group Intervention for Traumatic Stress in Parents of Children With Life-threatening Illness: A Randomized Clinical Trial.	Muscara et al., 2020	JAMA Network Open	A1	Ensaio clínico randomizado
6. Acceptability and Feasibility of Text Message Interface to Assess Parents' Real-time PICU Experiences	Rothschild et al., 2024	Journal of Intensive Care Medicine	A2	Prospectivo, observacional, Connor–Davidson Resilience Scale—2-item version, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, Depression Short Form 4a, Anxiety Short Form 4a, Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM5.
7. Preliminary Validation of the Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit	Baughcum et al., 2023	Journal of Pediatric Psychology	A2	Estudo Prospectivo. Aplicação repetida do Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit.
8. Atuação da Psicologia em Unidade Neonatal no Contexto da Pandemia da Covid-19	Domingues & Melo, 2023	Psicologia: Ciência e Profissão	A2	Qualitativo, descritivo, relato de experiência, narrativa científica.
9. Parental psychosocial needs in Brazilian paediatric intensive care units	Andrade et al., 2022	Intensive & Critical Care Nursing	A1	Qualitativa, entrevistas semi estruturadas.
10. Prospective Validation of the preschool Confusion Assessment Method for the ICU to Screen for Delirium in Infants Less Than 6 Months Old	Canter et al., 2021	Critical Care Medicine	A1	Estudo de coorte prospectivo para validação instrumental.
11. Association Between Pediatric Delirium and Quality of Life After Discharge	Silver et al., 2020	Crit Care Medicine	A1	Estudo de coorte observacional prospectivo. Avaliação Cornell para Delirium Pediátrico e questionário Infant-Toddler QoL.
12. Genetic counseling considerations with rapid genome-wide sequencing in a neonatal intensive care unit.	Smith et al., 2019	National Society of Genetic Counselors	B3	Estudo piloto de avaliação rápida em trio (pais e neonatos). Uso de Generalized Anxiety Disorder Assessment 7 and Patient Health Questionnaire 8.

Tabela 2

Descrição da análise qualitativa dos estudos incluídos na revisão

Objetivo	Dados da Amostra			Principais conclusões
	Amostra	Gênero	Idades	
1. Analisar os sistemas de apoio dos familiares para se adaptar à internação na unidade de terapia intensiva.	13 familiares	12F 1M	18 a 39 anos	Os familiares relataram os sistemas de apoio recebidos: família e amigos, familiares de outras crianças internadas, espiritualidade e a equipe de saúde, com destaque para o profissional da psicologia.
2. Investigar o apoio psicossocial oferecido aos	16 familiares	16F 11M	-	Principais demandas: tratamento empático pela equipe, apoio emocional por outros pais como fonte única de

pais de bebês extremamente prematuros durante a internação na UTIN				amparo, papéis pouco claros sobre atuação dos profissionais, confiança no cuidado, equilíbrio entre cuidados e outras responsabilidades e privacidade.
3.Explorar as perspectivas dos cuidadores sobre os objetivos funcionais de seus filhos dentro de UTIP.	41 familiares	19F 22M	Média 8,3 anos	Ansiedade do cuidador é preditor do número de metas de desempenho ocupacional, que incluíram mobilidade funcional, cuidados pessoais e recreação tranquila. Se destacaram os fatores fisiológicos e os fatores físicos.
4.Compreender experiências familiares durante transição e após alta da UTIN.	21 familiares	20F 1M	-	Os temas principais contemplaram: os desafios e ideias das famílias para apoiar a transição centrada no papel pai-filho e na autoeficácia dos pais.
5.Avaliar eficácia de intervenção baseada em TAC na redução de TEPT	81 familiares	65F 16M	Média 37 anos	O grupo que recebeu a intervenção demonstrou melhorias no Transtorno de Estresse Pós-Traumático em comparação com grupo controle.
6.Avaliar a eficácia do uso de mensagem de texto para avaliar a experiência de pais com crianças na UTI pediátrica, quanto ao seu bem-estar e saúde mental.	14 familiares	-	-	Uma interface em texto pode ser útil para que pesquisadores entendam as experiências dos pais na UTIP e fora dela. Comprovada a viabilidade e aceitação, mais pesquisas podem explorar o uso dessa interface para identificar pais em risco de problemas psicológicos e fornecer apoio precoce.
7.Validar Ferramenta de Avaliação Psicossocial	171 familiares	171F	Média 26 anos	Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit pode ser eficaz para identificar famílias que necessitam de serviços psicossociais na UTIN.
8.Descrever a atuação da Psicologia na rotina de cuidados em unidades neonatais de um hospital público no contexto de pandemia da Covid 19.	1 relator	-	-	A atuação da psicologia precisou se adaptar às restrições de visita. Com dispositivos tecnológicos as ações de humanização se destacaram: atendimento remoto; registro e envio on-line de imagens do recém-nascido a seus familiares; visitas virtuais; e reprodução de mensagens de áudio da família para o neonato.
9.Descrever as necessidades psicossociais dos pais durante a internação do filho na UTIP, na perspectiva dos genitores.	11 familiares	10F 1M	20- 40 anos	Principais temas relatados: apoio social, à condição clínica da criança e às estruturas, normas e rotinas da equipe de saúde. Os quatro temas foram: 1) Apoio da família e dos pares; 2) Apoio da equipe de saúde; 3) Papel parental; e 4) Recuperação emocional.
10.Validar o Método de Avaliação de Confusão Pré-escolar para UTI em neonatos e lactentes jovens e determinar a prevalência de delirium nesta população.	49 crianças	20F 29M	Média 1,8 anos	O método de Avaliação de Confusão Pré-escolar para a UTI é válido para monitorar delirium em bebês <6m. A triagem mostrou-se viável, apesar das mudanças na neurocognição e no ciclo de vigília. O delirium na UTI foi comum entre os bebês, mas consequências da disfunção cerebral aguda permanecem incertas.
11.Medir o efeito residual do delirium na qualidade de vida 1 e 3 meses após a alta hospitalar.	207 crianças	41%F 59% M	Média de 13 meses	Quando analisadas pelo estado de delirium, as crianças que tiveram delirium tiveram pontuações mais baixas em todos os domínios da Qualidade de Vida quando comparados com crianças que não apresentaram delirium.
12.Descrever motivações e preocupações dos pais em relação ao sequenciamento de exoma de seus filhos no momento do aconselhamento genético pré-teste.	39 familiares	19F 20M	20-49 anos	Os pais eram mais propensos a citar "diagnóstico" como motivação para buscar aconselhamento, menos propensos a indicar "sem preocupações" e menos propensos a querer informações em comparação com pais no estudo CAUSAS. Ambos os grupos apresentaram taxas de depressão e ansiedade superiores às da população geral.

Após a leitura na íntegra dos estudos foi realizada a avaliação sistemática das informações. Todos os artigos selecionados tiveram consonância de que a unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal é um ambiente de grande complexidade e que há relevância em avaliar e intervir sobre os impactos psicossociais da hospitalização.

Dos 12 artigos selecionados, cinco (41,6%) investigaram as necessidades psicossociais e suportes sociais adotados pelos genitores dos pacientes hospitalizados em UTIP e UTIN; destes, quatro utilizaram o método qualitativo e entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados. Um dos artigos se dedicou a validar um instrumento “*Psychosocial Assessment Tool*” para avaliar o risco psicossocial familiar no contexto de UTI neonatal por meio de sete domínios: Estrutura e Recursos Familiares, Apoio Social, Problemas Infantis, Problemas de Irmãos, Problemas Familiares, Reações de Estresse e Crenças Familiares.

Dois estudos se dedicaram à investigação do estado mental do paciente na UTI pediátrica/neonatal com estudos de coorte observacional prospectivo: um deles utilizou a Avaliação Cornell para Delirium Pediátrico e o questionário *Infant-Toddler Quality of Life*, para analisar efeito residual do estado de delirium e a qualidade de vida dos pacientes. O outro buscou validar uma escala “*The Preschool Confusion Assessment Method*” para crianças menores de seis anos.

Em relação ao estado de humor, três artigos disponibilizaram instrumentos específicos para avaliar ansiedade e depressão dos pais dos pacientes hospitalizados em UTI pediátrica/neonatal. As escalas utilizadas nos estudos foram: *State-Trait Anxiety Inventory-State*; *CD-RISC2*, *PROMIS Depression Short Form 4a*, *PROMIS Anxiety Short Form 4a* e *Post-traumático*; *Generalized Anxiety Disorder Assessment 7 and Patient Health Questionnaire 8*.

Estudos de avaliação de eficácia de intervenções com uso da tecnologia foram apresentados em dois trabalhos: uma pesquisa realizou uma intervenção de grupo baseada em terapia de aceitação e compromisso, realizada por meio de videoconferência, na redução dos sintomas de estresse pós-traumático (PTSS), e o outro buscou investigar a eficácia do uso de mensagem de texto para avaliar a experiência de pais com crianças na UTI pediátrica.

Um único artigo descreveu a atuação do psicólogo na UTIN no período de pandemia mediante um relato de experiência, com destaque para utilização de tecnologia em atendimento remoto, visitas virtuais e reprodução de mensagens de áudio da família para o neonato.

Com auxílio do software *VOSviewer* foi feito o agrupamento das palavras-chave de acordo com a sua frequência. Os clusters identificados, e devidamente nomeados, foram:

1) *Cluster vermelho* - Impacto de Intervenções em saúde mental com uso de instrumentos tecnológicos nos Pais de Crianças na UTI Pediátrica/Neonatal, agrupação dos textos “*Effect of a Videoconference-Based Online Group Intervention for Traumatic Stress in Parents of Children With Life-threatening Illness: A Randomized Clinical Trial*”, “*Acceptability and Feasibility of Text Message Interface to Assess Parents’ Real-time PICU Experiences*” e “*Atuação da Psicologia em Unidade Neonatal no Contexto da Pandemia da Covid-19*”.

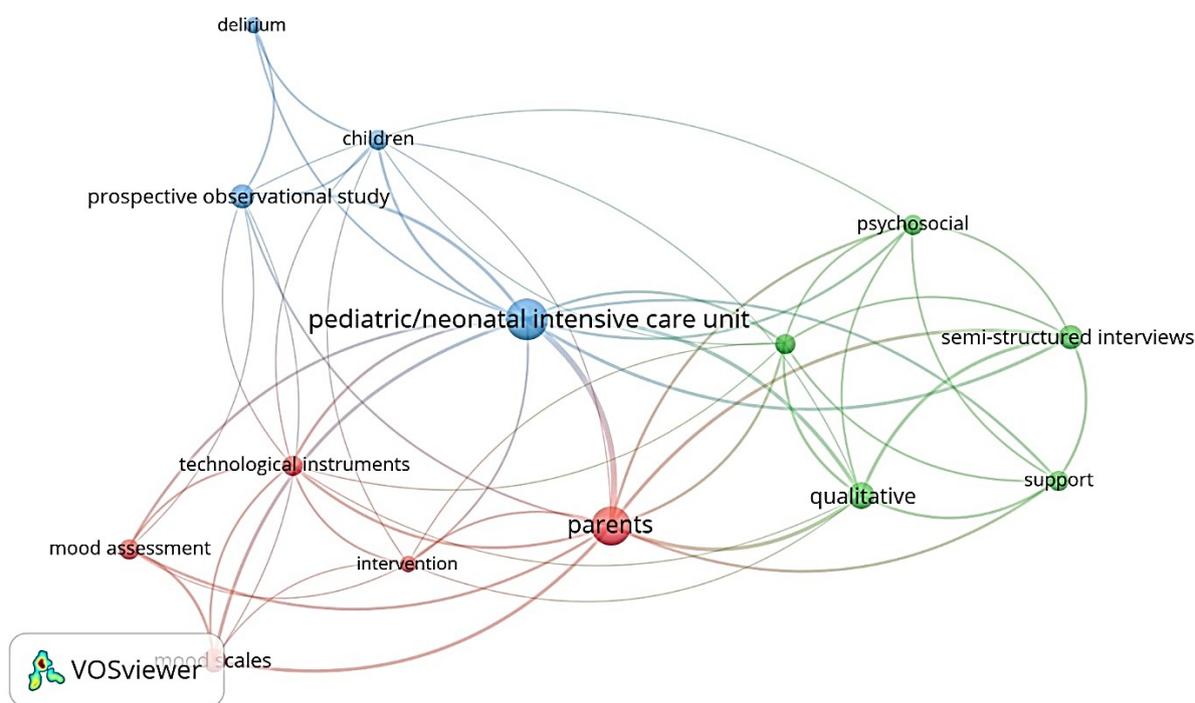
2) *Cluster azul* - Condições Clínicas e Estudos Observacionais na UTI Pediátrica/Neonatal, com agrupamento dos textos: “*Prospective Validation of the preschool Confusion Assessment Method for the ICU to Screen for Delirium in Infants Less Than 6 Months Old*” e “*Association Between Pediatric Delirium and Quality of Life After Discharge*”.

3) *Cluster verde* - Aspectos Psicossociais e Suporte Qualitativo em UTIs Pediátricas/Neonatais. Para avaliação de aspectos psicossociais e humor, foram incluídos os textos: “*Individualized Goal Setting for Pediatric Intensive Care Unit-Based Rehabilitation Using the Canadian Occupational Performance Measure*” e “*Genetic counseling considerations with rapid genome-wide sequencing in a neonatal intensive care unit*”; sobre avaliação do suporte qualitativo, os textos: “*Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective*”, “*Psychosocial support for parents of extremely preterm*

infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study”, “*Viewpoints from families for improving transition from NICU-to-home for infants with medical complexity at a safety net hospital: a qualitative study*”, “*Parental psychosocial needs in Brazilian pediatric intensive care units*” e “*Preliminary Validation of the Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit*”.

Figura 2

Mapa Bibliométrico, com Uso do Software VOSviewer



Nota. Fonte: VOSviewer

Os resultados da revisão indicam que a avaliação dos aspectos psicológicos em UTIP e UTIN abrangem uma variedade de áreas, incluindo avaliação de experiência, sintomas de estresse pós-traumático, sintomas de ansiedade e depressão, ajustamento emocional e social, entre outros. Uma variedade de instrumentos foi utilizada para avaliar essas áreas, incluindo questionários, entrevistas e escalas padronizadas de avaliação. No entanto, os desafios associados à avaliação dos aspectos psicológicos em UTIs pediátricas incluem a falta de

preparação de profissionais, recursos limitados e considerações éticas, relacionadas a consentimento informado e confidencialidade.

Discussão

A presente revisão sistemática de literatura foi realizada com base em 12 artigos sobre o tema proposto e recuperados a partir de quatro bases de dados (Pubmed, Lilacs, Scopus e Periódico da CAPES) no período de 2019 a 2024. Pelo número reduzido de artigos recuperados e que compuseram o corpus de análise desta pesquisa, pode-se observar que o tema tratado ainda é abordado por um número limitado de publicações. A análise por meio de leitura e mapa bibliométrico dos 12 artigos referentes às avaliações ou intervenções dos aspectos psicológicos com pacientes ou pais dos pacientes em contexto de UTIP e UTIN permitiu a identificação dos seguintes temas: 1) Impacto de Intervenções em saúde mental com uso de instrumentos tecnológicos nos Pais de Crianças na UTI Pediátrica/Neonatal, 2) Condições Clínicas e Estudos Observacionais na UTI Pediátrica/Neonatal e 3) Aspectos Psicossociais e Suporte Qualitativo em UTIs Pediátricas/Neonatais.

1) Impacto de Intervenções em saúde mental com uso de instrumentos tecnológicos nos Pais de Crianças na UTI Pediátrica/Neonatal:

Este constructo explora como a implementação de tecnologias específicas UTIP e UTIN para intervenções e/ou avaliação do humor dos pais de bebês e crianças hospitalizadas e suas afetações psicossociais. As variáveis consonantes dos artigos que compuseram essa temática foram: intervenções tecnológicas (tipos e uso), avaliação do humor dos pais (escalas de humor, estado emocional), Eficácia das Intervenções (percepções dos pais, resultados psicológicos).

O primeiro estudo “*Effect of a Videoconference-Based Online Group Intervention for Traumatic Stress in Parents of Children With Life-threatening Illness: A Randomized Clinical Trial*” teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção de grupo baseada em

terapia de aceitação e compromisso, realizada por meio de videoconferência, para a redução dos sintomas de estresse pós-traumático (PTSS) nos pais de crianças hospitalizadas em UTIP previamente. A intervenção psicológica foi realizada por meio de sessões de videoconferência usando o Google Hangouts em iPads fornecidos pelo estudo. Os pais participaram de suas casas e receberam materiais de apoio para melhorar a participação online, como cartões de valores, um livreto de sessões e arquivos de áudio de *mindfulness*. A intervenção foi conduzida por clínicos treinados, e a fidelidade do programa foi monitorada através de gravações de áudio e checklists de monitoramento de sessões. Os desafios desta intervenção incluíram garantir a fidelidade do programa e o envolvimento ativo dos pais nas sessões online (Muscara et al., 2020).

O segundo artigo “*Acceptability and Feasibility of Text Message Interface to Assess Parents’ Real-time PICU Experiences*” descreve um estudo em que os participantes foram introduzidos à pesquisa através de um vídeo em seus dispositivos pessoais, visando avaliar a eficácia do uso de mensagem de texto para avaliar a experiência de pais com crianças na UTI pediátrica, quanto ao seu bem-estar e saúde mental. Eles receberam pesquisas via mensagens de texto enviadas pela interface Qualtrics e links para recursos de saúde mental. As entrevistas virtuais foram realizadas para avaliar a aceitação dos procedimentos do estudo. Os resultados principais incluíram a viabilidade e a aceitação da interface, utilizando um questionário de usabilidade de telemedicina adaptado. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas via Microsoft Teams, e os dados foram transcritos profissionalmente. A viabilidade e aceitação da interface tecnológica são pontos críticos, com desafios na garantia de altas taxas de resposta e na adaptação das ferramentas de avaliação às necessidades específicas do ambiente hospitalar (Rothschild et al., 2024)

O terceiro artigo “Atuação da Psicologia em Unidade Neonatal no Contexto da Pandemia da Covid-19” relata a experiência do uso de tecnologias na atuação psicológica em

unidades neonatais durante a pandemia de COVID-19, quando as visitas familiares foram suspensas. As estratégias desenvolvidas incluíram atendimento remoto, envio online de imagens dos recém-nascidos aos familiares, visitas virtuais e reprodução de mensagens de áudio da família para os neonatos. Essas inovações foram implementadas para manter o vínculo entre os recém-nascidos e suas famílias durante a internação. O principal desafio foi a adaptação das estratégias de cuidado psicológico para um formato remoto, mantendo a eficácia e o apoio emocional para as famílias em um contexto de alta complexidade e restrições devido à pandemia (Domingues & Melo, 2023).

De acordo com a pesquisa de Marin et al. (2019) a qual avaliou os motivos de evasão em intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes, foi observado que o desinteresse, a discordância entre os cônjuges sobre a adesão, a distância entre a residência e o local da intervenção e a incompatibilidade de horários foram justificativas para o abandono das intervenções, que variaram de 40% a 80% após o recrutamento ou início da intervenção. Os autores apontaram para o uso de tecnologia como facilitador na divulgação do conhecimento da psicologia, mitigando o estigma acerca do cuidado com a saúde mental.

A proporção de pais que reportam sintomas ligados a transtorno mental é substancialmente inferior aos que obtêm assistência em saúde mental em estudos de acompanhamento prolongado. Esta discrepância pode evidenciar uma falha nos serviços de saúde mental destinados aos pais no contexto de UTIP (Logan et al., 2020). Os três textos destacaram diferentes desafios associados ao uso de tecnologias em intervenções psicológicas. Essas experiências demonstram a importância de adaptar intervenções tecnológicas às necessidades específicas dos participantes e contextos, bem como a necessidade de avaliar continuamente a eficácia e aceitação dessas abordagens (Domingues & Melo, 2023; Muscara et al., 2020; Rothschild et al., 2024).

2) *Condições Clínicas e Estudos Observacionais na UTI*

Pediátrica/Neonatal:

Este constructo enfoca as condições clínicas das crianças na UTI pediátrica/neonatal e a aplicação de estudos observacionais prospectivos para monitorar essas condições, incluindo a incidência de delírio. As variáveis congruentes foram: Condições Clínicas das Crianças (diagnósticos, tratamentos), Estudos Observacionais (metodologias, resultados), Incidência de Delírio (fatores de risco, prevalência).

Os textos congruentes a esse constructo foram: “Prospective Validation of the preschool Confusion Assessment Method for the ICU to Screen for Delirium in Infants Less than 6 Months Old” e “Association Between Pediatric Delirium and Quality of Life After Discharge”. Embora os dois estudos avaliassem o delirium na UTIP por meio de estudos de coorte prospectivo, houveram especificidades no processo de investigação (Canter et al., 2021; Silver et al., 2020).

No primeiro estudo Canter et al. (2021) pretenderam validar o método de avaliação de confusão para pré-escolares na UTI (Preschool Confusion Assessment Method for the ICU) associado aos critérios do DSM- 5, para a detecção de delirium em neonatos e lactentes jovens, e determinar a prevalência de delirium nessa população, com a participação de 49 pacientes menores de seis meses de idade. Enquanto resultados, extraiu-se sensibilidade de 95% do método com especificidade de 81%. A prevalência de delirium em neonatais (< 1 mês) foi de 61% e 39% entre lactentes (1–6 meses). Ressalta-se como desafio a necessidade de estudos futuros para entender as consequências a longo prazo do delirium no neurodesenvolvimento.

No segundo estudo, Silver et al. (2020) investigaram o efeito residual do delirium na qualidade de vida de crianças de até cinco anos de idade, um e três meses após a alta hospitalar. A triagem para delirium usando o método de avaliação de confusão pediátrica de

Cornell (*Cornell Assessment for Pediatric Delirium*) durante a estadia na UTIP e a qualidade de vida medida pelo questionário de qualidade de vida para lactentes e crianças pequenas (IT-QOL) em três momentos: linha de base, um mês e três meses após a alta hospitalar. De 207 crianças inscritas, 122 completaram o acompanhamento de um mês, e 117 completaram o acompanhamento de três meses. Sobre os resultados, observou-se que 27% das crianças desenvolveram delirium e que as crianças que tiveram delirium apresentaram pontuações mais baixas em todos os domínios da QOL em comparação com aquelas que não tiveram delirium. Os desafios do estudo consistiram na dificuldade em controlar variáveis ocultas, como a gravidade da doença, ao analisar os impactos do delirium, bem como avaliar o impacto a longo prazo do delirium na qualidade de vida das crianças após a alta hospitalar.

Corroborando os resultados dos dois estudos acerca dos prejuízos cognitivos vividos pela criança em UTIP, a revisão literária realizada por Ko et al. (2022) mostrou que crianças com internação em UTIP possuem maior propensão a alterações psicológicas e atraso no desenvolvimento, com resultados variáveis em função do tempo de internação: entre 3 a 6 meses, o PTSD foi o mais comum, mas desapareceu após um ano; atraso no desenvolvimento, déficit de atenção e comprometimento de memória apareceram entre 1 a 4 anos, enquanto comprometimento cognitivo e problemas emocionais e comportamentais persistiram por 10 a 15 anos. Crianças mais jovens na admissão apresentaram piores resultados psicológicos, incluindo QI mais baixo e mais problemas comportamentais, devido à menor sensação de controle sobre sua saúde. Meninas apresentaram mais mudanças comportamentais pós-hospitalares a curto prazo, mas menos ansiedade a longo prazo, enquanto meninos apresentaram mais problemas comportamentais após uma década.

Ambos estudos destacam a importância de diagnosticar e monitorar o delirium em crianças pequenas e os impactos a curto e longo prazo. Os principais desafios incluem precisão no diagnóstico, necessidade de ferramentas validadas e avaliação do impacto a longo

prazo. Estes estudos contribuem para melhor compreensão do delirium e suas consequências, fornecendo dados essenciais para melhorar os cuidados e estratégias de intervenção em pacientes pediátricos criticamente doentes (Canter et al., 2021; Silver et al., 2020).

A literatura recente destaca a importância de intervenções psicológicas precoces para melhorar os desfechos emocionais e comportamentais em crianças hospitalizadas em UTIs. Estudos indicam que a presença de psicólogos em UTIs pediátricas pode auxiliar na redução de sintomas de ansiedade e depressão em crianças e seus pais, promovendo um ambiente de cuidado mais humanizado. Considera-se necessário inserir na rotina da UTIP avaliação e suporte psicológico com estratificação de risco e a intervenção precoce para crianças que configuram grupos de alto risco, visando minimizar morbidades psicológicas a longo prazo (Ko et al., 2022).

3) *Aspectos Psicossociais e Suporte Qualitativo em UTIs Pediátricas/Neonatais:*

Este constructo investiga os *aspectos psicossociais e estado de humor* dos genitores através de aplicação de escalas de humor padronizadas. As variáveis congruentes a esses estudos foram: suporte psicossocial (tipos de suporte, autoeficácia), ansiedade e depressão. O *suporte social* recebido pelos familiares nas UTIs pediátricas/neonatais foi avaliado por abordagem qualitativa e entrevistas semiestruturadas aos genitores dos pacientes. As variáveis associadas ao suporte social foram: Metodologias Qualitativas (entrevistas semiestruturadas, análise de dados), Percepções e Experiências dos Pais (temas emergentes, necessidades identificadas).

Os aspectos psicossociais e estado de humor foram investigados nos artigos “*Individualized Goal Setting for Pediatric Intensive Care Unit-Based Rehabilitation Using the Canadian Occupational Performance Measure*” e “*Genetic counseling considerations with rapid genome-wide sequencing in a neonatal intensive care unit.*” Os dois textos

investigaram as experiências dos pais em unidades de terapia intensiva, enfocando seus objetivos e a avaliação da ansiedade e depressão (Hwang et al., 2023; Smith et al., 2019).

O primeiro texto parte do estudo RAPIDOMICS e explora preocupações dos genitores com achados incidentais (IFs) em sequenciação genômica (GWS) de bebês UTIN, utilizando os instrumentos GAD-7 e PHQ-8 para avaliar ansiedade e depressão. As taxas de ansiedade e depressão foram elevadas em comparação com a população geral, e os pais no RAPIDOMICS buscaram principalmente um diagnóstico e tinham mais preocupações em relação aos IFs do que os pais no estudo CAUSES (Smith et al., 2019).

O segundo texto utiliza a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) para explorar metas funcionais estabelecidas por cuidadores na UTIP, descobrindo que a ansiedade dos cuidadores, medida pelo STAI-State, é um preditor significativo do número de metas de desempenho ocupacional. Ambos os estudos destacam o impacto emocional significativo em pais e cuidadores, sugerindo a necessidade de suporte psicológico contínuo para facilitar intervenções mais eficazes e personalizadas. A abordagem da saúde mental dos pais e cuidadores é essencial para melhorar os cuidados e resultados em unidades de terapia intensiva, seja através de intervenções genômicas ou medidas de desempenho ocupacional (Hwang et al., 2023).

O estudo sobre o estado de humor é importante para prevenção e promoção da saúde mental dos genitores, Nelson e Gold (2012) estima que os sintomas de estresse pós-traumático (TEPT) ocorram em 35–62% das crianças que foram hospitalizadas em UTIP, esse número aumenta para 84% quando observado os sintomas de estresse pós-traumáticos nos pais desses pacientes. Observa-se ainda que a vivência da UTIP dos genitores incorre em importante desgaste emocional, com probabilidade em aumentar diagnósticos de saúde mental em duas vezes mais, principalmente nas mães. O estresse pós-traumático dos pais aumentou 87% após a vivência da hospitalização de seus filhos na UTIP (Logan et al., 2020)

Um estudo piloto prospectivo apresentou resultado dos fatores que poderiam explicar o estresse e a ansiedade de 60 pais vivenciados durante a internação de seus filhos na UTIP. Os achados contemplaram que após um mês de acompanhamento, observou-se que a associação da ansiedade dos pais estava ligada às preocupações com a saúde da criança, enquanto o estresse percebido estava correlacionado com as experiências adversas na infância (EAI) dos pais e seu nível educacional (Alzawad et al., 2024).

Sobre as avaliações da percepção dos pais quanto ao processo de hospitalização e suporte social recebido na vivência de hospitalização de UTIP, os textos convergem em destacar a percepção dos familiares e o suporte social recebido durante a internação de seus filhos na UTI pediátrica. Bazzan et al. (2019) revelaram quatro sistemas de suporte: família e amigos, outros familiares de crianças hospitalizadas, espiritualidade e a equipe de saúde. Ele enfatiza a necessidade de os enfermeiros intensificarem a escuta para fortalecer o sistema de suporte dos familiares. No segundo artigo, Bry e Wigert (2019) identificam necessidades emocionais dos pais de bebês extremamente prematuros, como o apoio do pessoal da saúde, ajuda psicológica profissional e a convivência com outros pais, além de ressaltar a importância da confiança na equipe de saúde e a necessidade de privacidade.

O terceiro estudo mostra que as famílias de bebês pré-termo ou de alto risco frequentemente comparam seus filhos com crianças a termo, enfrentando grande ansiedade e estresse, mas encontrando esperança no apoio entre pares e em intervenções tecnológicas de saúde móvel (Lakshmanan et al., 2019). O quarto estudo destaca a importância do suporte da família, colegas e equipe de saúde, assim como o papel parental e a recuperação emocional. Todos os textos sublinham a importância de suporte psicológico e social robusto e personalizado para os pais durante a hospitalização, apontando para a necessidade de comunicação clara, confiança na equipe médica e estratégias de suporte emocional para melhorar os cuidados centrados na família nas UTIs pediátricas (Andrade et al., 2022).

Ressalta-se que os estudos foram realizados em países diferentes (Brasil, Suécia, Estados Unidos), reforçando que a necessidade de amparo emocional em momento de vulnerabilidade não está ligada a uma cultura específica. Os estudos selecionados para esta revisão sobre a percepção dos familiares sobre a hospitalização dos infantes na unidade de terapia intensiva estão em consenso com a literatura, a qual apresenta que as experiências e respostas dos pais e filhos mostraram-se interligadas, sublinhando a importância de intensificar os cuidados de acompanhamento destinados a apoiar a recuperação psicológica da família (Rennick et al., 2021).

Reforça-se a necessidade de compreender os impactos psicológicos e emocionais aos familiares com vivência de UTIP e UTIN de forma a respeitar sua alteridade e subjetividade, visando construir propostas interventivas que façam sentido e que sejam efetivas no cuidado, como apresentado no estudo de Rennick et al. (2021), no qual os familiares relataram transformações emocionais e comportamentais notáveis ao longo do ano subsequente à alta da UTIP. O impacto psicológico das vivências individuais dos membros da família propiciou uma alteração em seu sentido de identidade, o que, por sua vez, repercutiu na dinâmica familiar. As reminiscências e lembranças da UTIP influenciaram as percepções dos participantes sobre a saúde e a enfermidade infantil, resultando em uma vigilância mais acentuada (Rennick et al., 2021).

Destaca-se o estudo “*Preliminary Validation of the Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit*”, que objetivou validar a recém-desenvolvida Ferramenta de Avaliação Psicossocial (PAT-NICU/Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca [UTIC]) que avalia o risco psicossocial em sete domínios: Estrutura e Recursos Familiares, Apoio Social, Problemas Infantis, Problemas de Irmãos, Problemas Familiares, Reações de Estresse e Crenças Familiares (Baughcum et al., 2023). O referido estudo detalhou questões sociais moderadoras da saúde emocional de famílias acompanhantes de crianças internadas,

destacando a efetividade do instrumento utilizado para fins avaliativos, uma vez que a avaliação psicológica desempenha um papel crucial no levantamento de demandas específicas e planejamento terapêuticos para suporte emocional, manejo do *distress* e favorecimento de enfrentamento adaptativo em crianças hospitalizadas em UTIs pediátricas e seus familiares, visando a promoção da saúde mental (Tunick et al., 2013; Vieira de Souza & Pegoraro, 2017).

No entanto, há necessidade de mais pesquisas para desenvolver e validar instrumentos de avaliação específicos para esse contexto, bem como para abordar os desafios e atuação técnica de psicólogos na avaliação psicológica em UTIP e UTIN (Tunick et al., 2013). Essa revisão destaca a importância de uma abordagem holística para a avaliação dos aspectos psicológicos em UTIP e UTIN, visando não apenas a recuperação física, mas também o bem-estar emocional das crianças e suas famílias.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca de procedimentos e técnicas para avaliação psicológica em contextos de UTIP e UTIN. Os resultados apresentaram contribuições relevantes à área, destacando a adoção equilibrada entre métodos quantitativos e qualitativos nos procedimentos para avaliação, aspecto que enfatiza a necessidade de aumento em procedimentos multimétodos nas pesquisas. A análise qualitativa dos dados apresentados nos estudos fornece subsídios importantes para a atuação profissional no cenário de UTIP e UTIN, que pode estruturar intervenções de melhor qualidade, baseadas em evidências e diminuir, em última instância, os desafios e sofrimento vivenciado por bebês, crianças e genitores durante internações.

As limitações deste estudo incluem espectro temporal limitado (últimos cinco anos) e restrições ao idioma de publicação (português e inglês), elementos que respondem pela amostra relativamente pequena (12 artigos). Pesquisas futuras poderiam incluir critério

temporal maior (por exemplo, última década) e outros idiomas de publicação, bem como outras características das publicações relacionadas a afiliação institucional dos autores e país de publicação.

Referências

- Alzawad Z., Weiss, J. M., Lee, J., Perkhounkova, Y., Hein, M., & McCarthy, A. M. (2024). Exploring Factors Affecting Parental Psychological Vulnerability During Their Child's PICU Admission: A Prospective Pilot Cohort Study. *Journal of Pediatric Health Care*, 38(3), 323–336. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.10.011>
- Andrade, R. C., Leite, A. C. A. B., Alvarenga, W. de A., Neris, R. R., Araújo, J. S., Polita, N. B., Silva-Rodrigues, F. M., De Bortoli, P. S., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2022). Parental psychosocial needs in Brazilian paediatric intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 72, 103277. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103277>
- Baughcum, A. E., Clark, O. E., Lassen, S., Fortney, C. A., Rausch, J. A., Dunnells, Z. D. O., Geller, P. A., Olsavsky, A., Patterson, C. A., & Gerhardt, C. A. (2022). Preliminary Validation of the Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 48(6), 503–511. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac081>
- Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Soares, M. C., Schwartz, E., Soares, D. C., Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Soares, M. C., Schwartz, E., & Soares, D. C. (2019). Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 243–250. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0588>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n. 19, de 3 de janeiro de 2002*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Portaria GM/MS nº 2.862, de 29 de dezembro de 2023*.
Diário Oficial da União.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2862_29_12_2023.html
- Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. *BMC Psychology*, 7(1), 223-235.
<https://doi.org/10.1186/s40359-019-0354-4>
- Canavera, K., Marik, P., Schneider, N. M., & Smith, J. (2024). The Role of Pediatric Psychologists in Critical Care. *CHEST Journal*, 166(3), 511–516.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.03.028>
- Canter, M. O., Tanguhuri, Y. C., Ellen Wilson, J., Williams, S. R., Exum, S. A., Umrانيا, H. M., Betters, K. A., Raman, R., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., Fuchs, D. C., & Smith, H. A. B. (2021). Prospective Validation of the Preschool Confusion Assessment Method for the ICU to Screen for Delirium in Infants Less Than 6 Months Old. *Critical Care Medicine*, 49(10), 902-909. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000005099>
- Colville, G., & Pierce, C. (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Medicine*, 38(9), 1523–1531.
<https://doi.org/10.1007/s00134-012-2612-2>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (1ª ed.).
<https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>
- Domingues, S. M., & Melo, E. P. (2023). Atuação da Psicologia em Unidade Neonatal no Contexto da Pandemia da Covid-19. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 43, e255195.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003255195>

- Duman, B., Kotan, Z., Kotan, V. O., Mutlu, N. M., Erdoğan, B. D., Sayar Akaslan, D., Tatli, S. Z., & Kumbasar, H. (2019). Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT): Turkish validity and reliability study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *49*(4), 1236–1242. <https://doi.org/10.3906/sag-1812-164>
- Hwang, Y., Kwon, J.-Y., Cho, J., & Choi, J. (2023). Individualized Goal Setting for Pediatric Intensive Care Unit-Based Rehabilitation Using the Canadian Occupational Performance Measure. *Children*, *10*(6), 985. <https://doi.org/10.3390/children10060985>
- Ko, M. S. M., Poh, P.-F., Heng, K. Y. C., Sultana, R., Murphy, B., Ng, R. W. L., & Lee, J. H. (2022). Assessment of Long-term Psychological Outcomes After Pediatric Intensive Care Unit Admission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *176*(3), e215767. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5767>
- Lakshmanan, A., Kubicek, K., Williams, R., Robles, M., Vanderbilt, D. L., Mirzaian, C. B., Friedlich, P. S., & Kipke, M. (2019). Viewpoints from families for improving transition from NICU-to-home for infants with medical complexity at a safety net hospital: a qualitative study. *BMC Pediatrics*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1604-6>
- Logan, G. E., Sahrman, J. M., Gu, H., & Hartman, M. E. (2020). Parental Mental Health Care After Their Child's Pediatric Intensive Care Hospitalization. *Pediatric Critical Care Medicine*, *21*(11), 941–948. <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000002559>
- Marin, A. H., Alvarenga, P., Pozzobon, M., Lins, T. C. de S., & Oliveira, J. M. de. (2019). Evasão em Intervenções Psicológicas com Pais de Crianças e Adolescentes: Relato de Experiência. *Psicologia: Ciência E Profissão*, *39*. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003187233>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, *6*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- Muscara, F., McCarthy, M. C., Rayner, M., Nicholson, J. M., Dimovski, A., McMillan, L., Hearps, S. J. C., Yamada, J., Burke, K., Walser, R., & Anderson, V. A. (2020). Effect of a Videoconference-Based Online Group Intervention for Traumatic Stress in Parents of Children With Life-threatening Illness. *JAMA Network Open*, 3(7), e208507. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8507>
- Nelson, L. P., & Gold, J. I. (2012). Posttraumatic stress disorder in children and their parents following admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(3), 338–347. <https://doi.org/10.1097/pcc.0b013e3182196a8f>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rennick, J. E., Knox, A. M., Treherne, S. C., Dryden-Palmer, K., Stremmler, R., Chambers, C. T., McRae, L., Ho, M., Stack, D. M., Dougherty, G., Fudge, H., & Campbell-Yeo, M. (2021). Family Members' Perceptions of Their Psychological Responses One Year Following Pediatric Intensive Care Unit (PICU) Hospitalization: Qualitative Findings From the Caring Intensively Study. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.724155>
- Rocha, A. C. C. da, Marinho, M. L., Machado, H. M. B., Souza, M. J. M. de, & Silva, C. S. M. da. (2021). Unidade de terapia intensiva-pediátrica: compreensão das necessidades dos familiares dos pacientes internados: unidade de terapia intensiva-pediátrica: compreensão das necessidades dos familiares dos pacientes internados. *Revista Portuguesa de Ciências*

E Saúde, 2(01), 60–76.

<https://www.revistas.editoraenterprising.net/index.php/rpcs/article/view/384/574>

- Rothschild, C. B., Balistreri, K. A., Mulligan, K., K Jane Lee, Karst, J., Privatt, M., Magner, K., Lee, H.-J., Scanlon, M., & W Hobart Davies. (2023). Acceptability and Feasibility of Text Message Interface to Assess Parents' Real-time PICU Experiences. *Journal of Intensive Care Medicine*, 39(2), 159–169. <https://doi.org/10.1177/08850666231195754>
- Schneider, A. M. de A., Marasca, A. R., Dobrovolski, T. A. T., Müller, C. M., & Bandeira, D. R. (2020). Planejamento do Processo de Avaliação Psicológica: Implicações para a Prática e para a Formação. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 40. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003214089>
- Silver, G., Doyle, H., Hegel, E., Kaur, S., Mauer, E. A., Gerber, L. M., & Traube, C. (2020). Association Between Pediatric Delirium and Quality of Life After Discharge. *Critical Care Medicine*, 48(12), 1829–1834. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004661>
- Smith, E. E., du Souich, C., Dragojlovic, N., & Elliott, A. M. (2018). Genetic counseling considerations with rapid genome-wide sequencing in a neonatal intensive care unit. *Journal of Genetic Counseling*, 28(2), 263–272. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1074>
- Souza, A. M. V. de, & Pegoraro, R. F. (2017). O psicólogo na UTI neonatal: revisão integrativa de literatura. *Saúde e Transformação Social*, 8(1), 117–128. Recuperado de <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3688>
- Tunick, R. A., Gavin, J. A., DeMaso, D. R., & Meyer, E. C. (2013). Pediatric psychology critical care consultation: An emerging subspecialty. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1(1), 42–54. <https://doi.org/10.1037/cpp0000006>
- Van Eck, N. J., & Waltman, L. (2010). Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*, 84(2), 523–538. <https://doi.org/10.1007/s11192-009-0146-3>

Manuscrito 2

Avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos: construção e desenvolvimento de um instrumento para UTI pediátrica

Resumo

Este estudo aborda a importância de instrumentos para avaliar o risco psicológico em cuidadores de crianças hospitalizadas, um tema pouco explorado na literatura. O objetivo foi desenvolver e validar um protocolo para psicólogos avaliarem o risco psicológico em cuidadores de crianças em UTI pediátrica. Baseado no modelo Construção de Instrumentos Psicológicos (MCIP), foram realizadas análises semânticas e psicométricas, dos 44 itens do instrumento, que busca identificar processos psicológicos relacionados à experiência dos cuidadores diante do adoecimento e tratamento infantil. Após ajustes baseados no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o protocolo foi aplicado em 84 acompanhantes, majoritariamente mães, com baixa escolaridade e alto envolvimento emocional. Os resultados indicaram forte correlação entre os escores do instrumento e o Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO), com elevada concordância entre avaliadores (ICC = 0,920; Kappa = 0,708). A análise ROC confirmou boa capacidade discriminatória para identificar risco psicológico, com valores de corte otimizados para maior sensibilidade e especificidade. Conclui-se que o instrumento é confiável e eficaz, sendo uma ferramenta relevante para o cuidado psicológico em UTIs pediátricas.

Palavras chaves: Avaliação de risco psicológico, uti pediátrica, psicologia hospitalar.

Abstract

This study highlights the importance of instruments for assessing psychological risk in caregivers of hospitalized children, a topic that is underexplored in the literature. The aim was to develop and validate a protocol for psychologists to assess psychological risk in caregivers of children in pediatric ICUs. Based on the Psychological Instrument Construction Model (MCIP), semantic and psychometric analyses were conducted on the 44 items of the instrument, which seeks to identify psychological processes related to caregivers' experiences in the context of child illness and treatment. After adjustments based on the Content Validity Index (CVI), the protocol was applied to 84 caregivers, predominantly mothers, characterized by low educational levels and high emotional involvement. The results showed a strong correlation between the instrument scores and the Psychological Risk Indicator in Oncology (PRIO), with high inter-rater agreement (ICC = 0.920; Kappa = 0.708). ROC analysis confirmed good discriminatory capacity for identifying psychological risk, with optimized cutoff values for greater sensitivity and specificity. It is concluded that the instrument is reliable and effective, representing a relevant tool for psychological care in pediatric ICUs.

Keywords: Psychological risk assessment, pediatric ICU, hospital psychology.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) consiste em um setor com objetivo de manter a vida da criança e do adolescente com condições clínicas de gravidade extrema, para tanto ela conta com suporte de alta complexidade, equipamentos de tecnologia de ponta e equipe especializada. Historicamente, a UTIP surgiu na década de 1970 em resposta a surtos epidêmicos de doenças graves as quais exigiam tratamentos de urgência com recursos específicos (Cardoso et al., 2019; Pêgo & Barros, 2017).

O ambiente da UTIP é provido de aparelhos invasivos, rotina com regras rígidas e vivência do risco iminente de morte, o que tende a gerar impactos psicoemocionais significativos à criança e aos acompanhantes (Cardoso et al., 2019; Pêgo & Barros, 2017). O adoecimento de uma criança e sua hospitalização em uma UTIP traz consigo a vivência da dualidade de vida e morte, de esperança e de medo para os familiares, provocando sentimentos de angústia e impotência (Araújo et al., 2021; Martins et al., 2018; Rocha et al., 2020).

Diversos avanços e mudanças de regras ocorreram nas UTIPs no Brasil desde as primeiras inaugurações. Atualmente a Portaria nº 895 de 31 de Março de 2017 direciona os critérios para o cuidado progressivo de indivíduos nas UTIs adulto e as UTIPs. Entre algumas características para a qualificação e critérios de habilitação de UTIPs, estão: a presença do profissional psicólogo compondo parte da equipe mínima, a implementação de protocolos de segurança, o cumprimento dos requisitos de humanização: controle de ruídos, iluminação, garantia de acesso à mãe e ao pai e permanência de um acompanhante da criança em acordo com o art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente - a presença familiar em tempo integral na UTIP é garantida pela Lei nº 13.257 Brasil (2016) a qual reforça que os profissionais de saúde que atuam no cuidado com crianças deverão ter formação para avaliação de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico das mesmas.

Entre as atribuições do psicólogo, a avaliação psicológica se destaca como atividade precursora e guia para as demais intervenções. De acordo com a resolução CFP nº 31/22, este processo embora seja estruturado, deve ser também dinâmico. Ressalta-se que o(a) psicólogo(a) deve-se valer de escolhas adequadas de procedimentos para a avaliação. As informações a serem coletadas podem ser através de testes psicológicos, entrevistas psicológicas, protocolos ou registros de observação de comportamento, chamados fontes fundamentais de informação. Porém o psicólogo poderá utilizar recursos auxiliares ou complementares para enriquecimento de dados, instrumentos não psicológicos, mas que possuam respaldo científico. Assim, o psicólogo analisa os dados coletados por meio de conhecimentos técnicos e métodos específicos visando compreender fenômenos psicológicos acerca de um sujeito ou de grupos.

Diferente do diagnóstico médico ou mesmo do psicodiagnóstico, a avaliação psicológica no contexto hospitalar tem o objetivo de identificar processos psicológicos acerca da vivência do sujeito no contexto do adoecimento (agudo, crônico), considerando características do tratamento (invasivo, prolongado, cirúrgico). Assim, seu foco está na avaliação da compreensão das informações recebidas, no enfrentamento e adaptação ao tratamento, bem como impactos no estado emocional e na dinâmica familiar. Para isso, o psicólogo considera os dados do adoecimento e tratamento e, assim, levanta as demandas psicológicas a serem trabalhadas mediante entrevistas, aplicação de testes, atendimentos familiares (CFP, 2022).

De Souza (2017), em sua revisão sistemática, observou que as principais atuações do psicólogo na UTIP foram: atendimentos aos pais e crianças, administração de grupo de pais, entrevista com familiares, acompanhamento e avaliação de visita de irmãos, anamneses, entrevista semiestruturada, uso de questionários específicos para avaliação do estado

emocional dos pais. Faria e Souza (2021) apontaram o uso de entrevistas semiestruturadas como principal instrumento de avaliação psicológica em pediatria. Observa-se que há objetivos em comum aos psicólogos nas intervenções e avaliações no espaço de UTIPs, porém não há consenso ou padronização na avaliação psicológica hospitalar.

A construção de protocolos para atuação da equipe de Psicologia fornece reconhecimento da avaliação psicológica neste contexto de forma objetiva. Nota-se, no entanto, alguns limites das avaliações psicológicas, como a expectativa de uma previsibilidade de situações. Observa-se que o uso de técnicas científicas pode aproximar de forma mais confiável à compreensão do sujeito estudado, ressalta-se no entanto que a natureza dinâmica do ser humano traz consigo mudanças na avaliação dos fatores avaliados, assim a avaliação psicológica refere-se a um dado período de tempo e contexto para sua utilização (CFP, 2022).

O uso profissional de instrumentos psicológicos por psicólogos é rigorosamente regulamentado pela resolução CFP nº 31/2022 a qual estabelece critérios mínimos para a validação e uso de testes psicológicos, exigindo fundamentação teórica sólida, descrição clara dos objetivos e contexto de aplicação, qualidade técnica dos estímulos utilizados, apresentação detalhada dos itens do teste e protocolos de resposta, evidências empíricas de validade e precisão das interpretações, análise das características técnicas dos itens, além da explicação e justificação lógica do sistema de correção e interpretação dos resultados, que pode ser referenciado à norma ou diferenciado, garantindo assim a consistência, validade e confiabilidade desses instrumentos para a prática profissional.

Segundo Remor (2019), vários métodos são utilizados na avaliação do psicólogo no contexto hospitalar, com destaque à entrevista clínica como essencial e norteadora do

processo, assim como a observação, além do uso de questionários que podem facilitar o *rapport* e auxiliar na sistematização de dados.

O Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) consiste em um instrumento validado capaz de identificar risco de má adaptação psicológica ao tratamento em adultos no processo de triagem durante um tratamento oncológico, incluindo aspectos psicológicos como: enfrentamento, percepção da doença, suporte social e *distress*, com intuito de desenvolver intervenções preventivas em saúde mental e cuidado psicossocial. Dessa forma o IRPO apresenta-se como uma escala precursora e eficiente para avaliar o risco psicológico de pessoas em tratamento oncológico (Souza et al., 2023).

A avaliação psicológica de cuidadores pediátricos torna-se crucial devido ao contexto aversivo da hospitalização, podendo gerar sofrimento, sobrecarga emocional e vulnerabilidades (Araújo et al., 2021). A forma como os pais das crianças enfrentam o processo de adoecimento e tratamento influencia diretamente no processo de enfrentamento da criança por representarem modelo primário comportamental e social frente a situações adversas. Nesse sentido, a avaliação psicológica dos cuidadores deve contemplar aspectos integrais do cuidado e específicos do contexto hospitalar: dinâmica familiar, história biográfica e familiar, histórico de internações, característica do diagnóstico e tratamento da criança, fatores que facilitem ou dificultem o bem-estar e as estratégias de enfrentamento familiar, sua adaptação e adesão aos cuidados, comunicação com a equipe de saúde, bem como a rede de suporte familiar (Kohlsdorf et al., 2019).

A falta de instrumentos específicos para o contexto nacional dificulta a avaliação de cuidadores, especialmente no âmbito pediátrico. Embora existam questionários genéricos para avaliar aspectos psicológicos e sociais, eles não contemplam as particularidades dos pais nessa situação (Kohlsdorf et al., 2019). Desta forma, o uso de um protocolo de estratificação

de risco psicológico pode direcionar intervenções específicas, priorizar atendimentos e organizar a demanda, minimizando os impactos emocionais decorrentes do adoecimento, tratamento e hospitalização.

Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em elaborar um protocolo de estratificação de risco psicológico em UTI pediátrica que subsidie o desenvolvimento de estratégias e intervenções psicológicas voltadas aos cuidadores de crianças internadas em UTI pediátrica, além de comparar o instrumento construído ao instrumento Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO). O estudo objetivou, também, analisar e correlacionar associações entre dados sociodemográficos, clínicos e os protocolos aplicados.

Método

O presente estudo foi realizado à luz dos procedimentos propostos por Pasquali (2010) acerca da construção de instrumentos de avaliação psicométricos, por meio das etapas teórica, empírica e analítica. A pesquisa foi realizada em duas etapas metodológicas. A primeira refere-se à elaboração e construção do protocolo proposto. A segunda remete-se ao processo de busca de evidências de validade com base na estrutura interna e convergente do instrumento elaborado.

Participantes

Participaram do estudo 84 acompanhantes, responsáveis pelas crianças entre 0 e 12 anos de idade internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), com internação superior a 24 horas. Nesta amostra, 75 eram do gênero feminino, nove do gênero masculino, houve predominância de escolaridade de ensino médio completo para 36,9% dos respondentes; em relação à ocupação laboral a predominância foi de 35,7% de donas de casa, sobre o situação conjugal 60,7% encontravam-se em convívio marital. No que tange ao parentesco com a criança acompanhada, 77,4% eram

as genitoras, e sobre o diagnóstico, 44% estavam com alguma doença respiratória (Apêndice A). Os participantes foram selecionados por conveniência através do prontuário. Todos os cuidadores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Instrumentos

O Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) consiste em um instrumento com objetivo de avaliar, em formato de triagem, a má adaptação do indivíduo ao seu tratamento oncológico, a partir dos construtos percepção da doença, suporte social emocional e instrumental, enfrentamento ativo e *distress*. O instrumento é composto por 27 questões fechadas, com respostas em escala tipo *likert* (1 a 5), sendo que a escala deve ser respondida pelo indivíduo em tratamento, podendo ser por autopreenchimento ou com auxílio de um profissional da equipe de saúde. O instrumento foi adaptado para o contexto da presente pesquisa, direcionando as perguntas aos cuidados dos pacientes hospitalizados em UTI pediátrica, sem que houvesse mudança no conteúdo, objetivo ou validade do instrumento (Apêndice B).

O Instrumento Avaliação de Risco Psicológico em Cuidados Pediátricos (ARPCP) tem o objetivo de avaliar o cuidador de crianças em UTI pediátrica, após o atendimento psicológico. O instrumento conta com 11 construtos: estado cognitivo, adaptação/ajustamento do acompanhante à internação, compreensão/ letramento em saúde do adoecimento e tratamento, enfrentamento/ *coping* psicológico, adesão/ engajamento no tratamento, relacionamento/comunicação entre equipe e assistidos, estado emocional e afetividade (humor e afeto), complexidade da doença, suporte social (dinâmica familiar), fatores de vulnerabilidade social e risco de suicídio. Cada dimensão apresenta quatro níveis: “sem risco identificado”, “baixo risco”, “médio risco” ou “alto risco” psicológico. Ao final, o

profissional deve ser capaz de observar quais aspectos psicológicos precisam de intervenção e qual a gravidade psicológica do avaliado (Apêndice B).

A construção do protocolo de avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos foi realizada através de uma revisão e adaptação de uma proposta de avaliação de risco em prontuário da equipe de psicologia do Hospital da Criança de Brasília (HCB). A partir da experiência profissional em equipe de psicologia do HCB, realizou-se em conjunto com as demais psicólogas um levantamento acerca das demandas psicológicas habitualmente identificadas nos atendimentos. Em sequência, foi realizada a definição da classificação dos riscos e testagem do modelo na rotina diária de avaliação; houve, após um período de seis meses, reunião de discussão da experiência/casos com utilização da classificação de risco e critérios avaliados.

Realizou-se a construção do protocolo piloto com a descrição dos construtos avaliados, definição dos itens com especificação das categorias e organização do instrumento. Esta fase teve como objetivo definir as facetas as quais representam o contexto de possível impacto psicológico a ser avaliado, além de transformar os conceitos em questões específicas.

Foi também realizado um levantamento dos instrumentos disponíveis e utilizados pela psicologia no contexto hospitalar, os quais visam investigar os impactos psicoemocionais dos usuários do sistema de saúde e seus acompanhantes. Algumas delas são: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS (Zigmond & Snaith, 1983 em Botega et al., 1995), a Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas - EMEP (Seidl et al., 2001), o Questionário breve de qualidade de vida - WHOQOL – Bref (Fleck et al, 2000) versão em português, o Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) (Souza, et al., 2023).

A elaboração do protocolo iniciou-se com a definição constitutiva das dimensões do instrumento e, posteriormente, pela elaboração dos itens correspondentes a cada dimensão. O

instrumento foi construído inicialmente com 40 itens com foco em estratificar o risco psicológico do acompanhante/familiar da criança em UTI pediátrica em dimensões de sofrimento psicoemocional e relação com o processo de hospitalização e, em seguida, acrescentou-se o fator de “estado cognitivo” aumentando os itens para 44.

O instrumento foi validado nos domínios: Índice de Validade de Conteúdo e Concordância entre os participantes. Na avaliação pelo comitê de juízes, para os procedimentos da análise de juízes da versão piloto do instrumento, contou-se com duas psicólogas especialistas em psicologia da saúde atuantes em hospital pediátrico e outro juiz psicólogo clínico. A análise de conteúdo proposta por Pasquali (2009) fundamenta-se na avaliação feita por um grupo de especialistas experientes no campo específico do instrumento, incumbidos de investigar a precisão e a adequação do conteúdo ao qual o instrumento se propõe.

Os procedimentos incluíram a apresentação dos itens, da definição do construto e das dimensões cobertas pelo teste. Com base nisso, os especialistas indicavam se o item era pertinente ao aspecto psicológico a que teoricamente deveria se referir. Indicavam se a semântica e a redação do item eram claras para o público-alvo. As notas de 0 a 5 para indicar clareza e pertinência eram emitidas pelos juízes de acordo com a seguinte orientação quanto à pontuação: 0 - incompreensível, não pertinente; 1 - muito pouco compreensível, muito pouco pertinente; 2 - pouco compreensível, pouco pertinente; 3 razoavelmente compreensível, razoavelmente pertinente; 4 = compreensível suficientemente, pertinente suficientemente; 5 - muito compreensível, muito pertinente. Caso o item tivesse pontuação de 0 a 3, o juiz era convidado a sugerir a modificação do item.

A realização de um estudo de validade de conteúdo é fundamental para fornecer informações sobre o quão representativas e claras são as questões, contando com a

colaboração de especialistas. No entanto, é importante ressaltar que esses tipos de validação têm suas limitações, uma vez que a análise dos juízes pode ser subjetiva (Pasquali, 2009).

Visando reduzir o aspecto subjetivo da análise de conteúdo, foi realizado o cálculo do Índice de Validação de Concordância (IVC), compreendido como a medida da consistência entre o valor absoluto das classificações dos avaliadores.

Procedimentos

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – UNB de acordo com o parecer consubstanciado nº 6.856.729 (Apêndice C). A coleta de dados foi realizada durante a rotina assistencial da psicologia nas UTIs do Hospital da Criança José Alencar (HCB). Os cuidadores foram abordados pela psicóloga principal e uma psicóloga observadora, no momento de admissão psicológica, no qual a psicóloga realizou atendimento de rotina e, depois, a aplicação do instrumento IRPO adaptado em uma versão que correspondesse ao contexto da pesquisa, ou seja, com frases direcionadas ao genitor (a) da criança e, por fim, a psicóloga principal e a psicóloga observadora preenchem o instrumento de Avaliação de Risco Psicológico em Cuidadores Pediátricos (ARPCP) de forma independente e sem comunicação para não haver vieses.

Procedimentos para análise de dados

Essa análise estatística se refere a um estudo observacional e analítico, com delineamento transversal. O estudo consistiu na elaboração e validação de um instrumento de avaliação de risco psicológico em pediatria, o qual foi construído através de referencial teórico metodológico da psicometria baseado no modelo Construção de Instrumentos Psicológicos (MCIP).

Foram realizadas as análises: descritiva, de correlação, concordância, curva ROC e associação. Os dados foram compilados em planilha de dados do *software* Microsoft Excel (2016) e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23 (IBM Corp., 2015), com testes bilaterais e nível de significância de 5%.

Resultados

Os resultados deste estudo estão apresentados seguindo as etapas do processo de construção do Protocolo de Avaliação de Risco Psicológico em UTI pediátrica em sua fase teórica ou de planejamento definindo a estrutura do instrumento e a amostra, a avaliação pelo Comitê de Juízes, sendo denominados como: juiz 1, juiz 2 e juiz 3 e, por fim, a fase da validação do instrumento por meio dos procedimentos experimentais, que envolveram a aplicação do instrumento e a coleta de dados.

Na avaliação pelo Comitê de Juízes, a primeira versão do instrumento com 44 itens foi encaminhada aos juízes, juntamente com uma tabela contendo a definição das onze dimensões e o grupo de itens descritos correspondentes à cada faceta, no qual cada juiz deveria indicar a adequação dos itens às facetas pertencentes e classificar cada item com valores de 1 a 5 quanto à clareza e pertinência do item ao instrumento.

De acordo com o IVC foi possível identificar itens de difícil compreensão para o leitor, com modificação de palavras ou frases nos itens. Dos 44 itens avaliados, 15 sofreram alguma alteração. Ressalta-se que houve alta concordância entre os juízes nos itens correspondentes às facetas Risco de suicídio e Vulnerabilidade social; nos demais itens observou-se uma dispersão entre as notas atribuídas a cada dimensão.

Foi considerado IVC acima de 0,70 para adequação do item ao instrumento e, aqueles abaixo de 0,70, seriam modificados para melhor adequação do instrumento. Ressalta-se que

tais itens ainda sofreram alterações após a administração do pré-teste da versão piloto do instrumento no público-alvo, a considerar a compreensão em sua aplicação prática. Os itens “Relação e comunicação com a equipe” sofreram alteração de escrita para melhor compreensão do avaliador e alinhamento ao contexto hospitalar pediátrico.

Análise Descritiva

As variáveis qualitativas quanto ao resultado da avaliação de risco psicológico foram apresentadas por meio de frequência e porcentagem na Tabela 1.

Tabela 1

Análise descritiva do resultado da avaliação do risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

		Avaliador 1		Avaliador 2	
		n	(%)	n	(%)
Postura e Cognição	0	64	76,2	63	75,0
	1	19	22,6	20	23,8
	2	1	1,2	1	1,2
Ajustamento	0	67	79,8	66	78,6
	1	17	20,2	17	20,2
	2	-	-	1	1,2
Compreensão	0	55	65,5	56	66,7
	1	24	28,6	24	28,6
	2	5	6,0	4	4,8
Enfrentamento	0	38	45,2	39	46,4
	1	33	39,3	34	40,5
	2	13	15,5	11	13,1
Adesão	0	80	95,2	80	95,2
	1	4	4,8	4	4,8
Relacionamento e comunicação	0	67	79,8	68	81,0
	1	15	17,9	11	13,1
	2	2	2,4	5	6,0
Estado Emocional	0	25	29,8	28	33,3
	1	43	51,2	41	48,8
	2	15	17,9	13	15,5
	3	1	1,2	2	2,4
Complexidade da doença	0	9	10,7	8	9,5
	1	35	41,7	37	44,0

	2	35	41,7	34	40,5
	3	5	6,0	5	6,0
Suporte Social	0	42	50,0	40	47,6
	1	24	28,6	27	32,1
	2	16	19,0	17	20,2
	3	2	2,4	-	-
Fatores de vulnerabilidade	0	55	65,5	51	60,7
	1	27	32,1	28	33,3
	2	2	2,4	5	6,0
Risco de Suicídio	0	77	91,7	77	91,7
	1	4	4,8	4	4,8
	2	3	3,6	3	3,6
Risco Psicológico	Não	15	17,9	14	16,7
	Sim	69	82,1	70	83,3
Risco de má adaptação psicológica (IRPO)	Não	19	22,6		
	Sim	65	77,4		
Total		84	100,0		

A Tabela 2 mostra as variáveis quantitativas apresentadas por meio das medidas descritivas média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil.

Tabela 2

Análise descritiva das variáveis quantitativas dos indicadores psicológicos analisados em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude interquartil
IRPO - Percepção da doença	84	13,2	14,0	4,0	4,0	20,0	5,8
IRPO - Supor. Emocional	84	12,6	10,0	6,3	6,0	30,0	7,0
IRPO - Supor. Instrumental	84	7,8	5,0	4,7	4,0	20,0	7,0
IRPO - Distress	84	25,1	25,0	8,8	8,0	40,0	13,0
IRPO - TOTAL	84	69,4	65,5	19,2	35,0	111,0	27,0
Avaliador 1 - TOTAL	84	5,4	5,0	3,3	0,0	14,0	5,0
Avaliador 2 - TOTAL	84	5,4	5,0	3,2	0,0	16,0	4,0

Análise de Correlação

Após as aplicações e coleta de todos os dados, foi realizada a análise de correlação de Spearman a fim de verificar a relação entre os resultados do instrumento já validado

‘Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)’ com a avaliação psicológica proposta nesse estudo verificada por dois avaliadores (Tabela 3). A distribuição dos dados foi verificada pelo teste Kolmogorov Smirnov sendo que apenas o escore do IRPO – TOTAL apresentou distribuição normal. Portanto, utilizou-se a correlação não paramétrica de Spearman para avaliar a correlação entre os escores.

Observa-se que o resultado total da avaliação de risco psicológico, verificado tanto pelo avaliador principal quanto pelo avaliador observador foram significativa e positivamente correlacionados ao escore geral e fatores do Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO). Quanto maior o valor dos escores total e dos fatores do IRPO, maiores tendem a ser os resultados totais do escore proposto para risco psicológico.

Os principais resultados (escores totais) são apresentados por meio de gráficos de dispersão no Apêndice D (Figuras 1, 2 e 3). Os valores de R² representam quanto em percentual, a relação entre as variáveis é explicada pelo modelo linear. Quanto maior esse valor, maior é a relação entre essas variáveis, ou seja, mais fortemente correlacionadas elas estão.

Tabela 3

Análise de correlação entre os dados dos resultados do ‘Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)’ com a avaliação de risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

		Avaliador principal - TOTAL r ρ de Spearman	Avaliador observador - TOTAL r ρ de Spearman
IRPO - Percepção da doença	Coefficiente	0,440	0,569
	<i>P</i>	<0,001	<0,001

	n	84	84
IRPO - Supor. Emocional	Coefficiente	0,332	0,262
	P	0,002	0,016
	n	84	84
IRPO - Supor. Instrumental	Coefficiente	0,322	0,265
	P	0,003	0,015
	n	84	84
IRPO - Enfrentamento	Coefficiente	0,302	0,354
	P	0,005	0,001
	n	84	84
IRPO - Distress	Coefficiente	0,446	0,450
	P	<0,001	<0,001
	n	84	84
IRPO - TOTAL	Coefficiente	0,579	0,580
	P	<0,001	<0,001
	n	84	84
Avaliador 1 - TOTAL	Coefficiente		0,837
	P		<0,001
	n		84

Análise de Concordância

A concordância entre os dois avaliadores (principal e observador) foi verificada por meio da correlação intraclass e do coeficiente Kappa. O coeficiente de correlação intraclass ou ICC (*Intraclass correlation coefficient*) avalia a concordância entre dois ou mais conjuntos de dados ou avaliadores. Atualmente ele é também um valor muito utilizado para determinar a validade de um instrumento, por meio da concordância entre juízes (especialistas). Um ICC próximo a 1 indica alta concordância entre os valores do mesmo grupo e um ICC baixo próximo de zero significa que os valores não são semelhantes. Para fazer o cálculo do ICC, foi considerado o resultado dos escores da avaliação de risco analisados por dois psicólogos

avaliadores (principal e observador). O ICC para a avaliação de risco psicológico foi 0,920 (IC95% 0,876 – 0,948), $p < 0,001$ (Apêndice D).

A concordância entre os avaliadores também foi avaliada por meio do coeficiente Kappa. Este coeficiente é utilizado para descrever a concordância entre dois ou mais testes utilizados em uma avaliação nominal ou ordinal de uma mesma amostra. Ele varia de 0 a 1, onde valores próximos de 0 indicam baixa concordância e valores próximos a 1, alta concordância. O valor de Kappa entre os dois avaliadores da avaliação de risco psicológico foi de 0,708 com $p < 0,001$. O valor do corte de risco psicológico foi de 2,5. Observa-se que em 91,7% dos casos a classificação de risco entre os avaliadores foi concordante.

Tabela 4

Análise de concordância entre os dois avaliadores da avaliação de risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

			Risco (avaliador observador)		Total	Kappa	p^*
			Não	Sim			
Risco (avaliador principal)	Não	n	11	4	15	0,708	< 0,001
		%	13,1	4,8	17,9		
	Sim	n	3	66	69		
		%	3,6	78,6	82,1		
Total		n	14	70	84		
		%	16,7	83,3	100,0		

* Teste para o coeficiente Kappa.

Análise da Curva ROC

A análise ROC (*Receiver Operating Characteristic*) é uma ferramenta poderosa para medir e especificar problemas no desempenho do diagnóstico em saúde. Esta análise, por meio de um método gráfico simples e robusto, permite estudar a variação da sensibilidade e especificidade, para diferentes valores de corte (Apêndice D, Figuras 4 e 5). A área abaixo da

curva ROC está associada ao poder discriminante de um teste de diagnóstico ou capacidade de uma variável inferir um resultado esperado com classificação binária.

A Tabela 5 mostra o resultado da análise estatística da curva ROC, sob a hipótese nula de que a área sob a curva seria de 0,5, ou seja, que não haveria capacidade de discriminar o risco psicológico com a avaliação proposta.

Observa-se que tanto para os resultados da avaliação de risco analisado pelo avaliador principal quanto pelo avaliador observador houve resultados estatisticamente significativos. Isso indica que a avaliação de risco psicológico proposta foi capaz de discriminar o risco psicológico utilizado como referência o risco de má adaptação psicológica (IRPO), cujo corte foi de 55, com base no estudo original de validação deste instrumento. Os valores de sensibilidade e especificidade foram investigados para definir um valor de corte mais adequado do instrumento de avaliação de risco psicológico proposto neste estudo.

O melhor poder de discriminação foi alcançado pelo avaliador principal, cuja área sobre a curva teve como resultado valor mais alto, mas ambos os resultados foram estatisticamente significativos, ou seja, capazes de definir um corte para avaliação do risco psicológico.

Tabela 5

Análise da curva ROC da avaliação de risco psicológico analisado pelo avaliador principal e observador em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica HCB

	Área	Erro Padrão	<i>p</i>	Intervalo de Confiança 95% Assintótico	
				Limite inferior	Limite superior
Avaliador principal	0,789	0,067	<0,001	0,657	0,921
Avaliador observador	0,731	0,063	0,002	0,607	0,855

A curva ROC apresenta valores de corte (*cut off*) com base nos valores combinados de sensibilidade e especificidade. Para definir o valor de corte para avaliação de risco psicológico, foi utilizado o maior valor somado de sensibilidade e especificidade. Assim, otimizou-se tanto a sensibilidade, quanto a especificidade. O valor com maior sensibilidade e especificidade somados estão descritos no Apêndice D. Tanto para o resultado do avaliador principal, quanto para o observador, o corte foi definido em risco psicológico $\geq 2,5$.

Análise de Associação

Após a definição do corte, foi possível classificar os acompanhantes/ responsáveis em com ou sem risco psicológico. Assim, esse resultado foi associado aos dados de perfil por meio do teste Qui-quadrado de Pearson aplicando simulação de Monte Carlo, tendo em vista a correção necessária em caselas com frequência esperada menor que 5. A variável profissão foi excluída da análise em questão por apresentar muitas categorias, dificultando a interpretação dos resultados.

Observa-se que apenas o parentesco foi estatisticamente associado ao risco psicológico. As avós apresentaram significativamente menos risco psicológico que os demais parentes (mãe, pai, tia e vínculos afetivos) com $p = 0,032$. As demais variáveis relativas à gênero, escolaridade, estado civil e diagnóstico não obtiveram associações estatisticamente significativas com o nível de risco psicológico (Apêndice D, Tabelas 7 e 8).

Análise Estatística de Componentes Principais (ACP)

Com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial e a consistência interna de instrumentos avaliativos por dois psicólogos (psicólogo principal e psicólogo observador), foi aplicada a Análise de Componentes Principais (ACP) aos dados obtidos. A análise revelou diferenças e similaridades na estrutura de componentes extraídos, bem como na adequação e confiabilidade dos instrumentos (as Tabelas e Figuras estão descritas no Apêndice E).

Resultados Gerais para o Psicólogo Avaliador Principal 1

A análise paralela indicou a presença de um único componente principal, o qual explicou 28,5% da variância total. O gráfico de sedimentos (*Scree plot*) no Apêndice E corroborou essa solução, mostrando uma queda acentuada nos valores próprios após o primeiro componente. Os indicadores apresentaram pesos fatoriais variados, destacando-se as variáveis “Enfrentamento” (0,753), “Estado Emocional” (0,668) e “Ajustamento” (0,646) como os principais contribuintes para o componente geral. Por outro lado, variáveis como “Relacionamento e Comunicação” (singularidade = 0,970) e “Complexidade da Doença” (singularidade = 0,897) apresentaram menor contribuição, sugerindo que podem ser menos relevantes no modelo. A medida de adequação de amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi 0,668, considerada adequada, e o Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$), confirmando a pertinência da aplicação da ACP. A consistência interna do instrumento foi avaliada como aceitável, com Alfa de Cronbach de 0,713 e ômega de McDonald de 0,734.

Resultados Gerais para o Psicólogo Avaliador Observador 2

Inicialmente, a análise paralela indicou a presença de dois componentes principais, explicando 26,8% e 14,6% da variância, respectivamente, com uma variância acumulada de 41,4%. No entanto, o segundo componente apresentou baixa confiabilidade, com Alfa de Cronbach de 0,370 e ômega de McDonald de 0,487. Diante disso, optou-se por forçar uma solução de um único componente, que explicou 26,8% da variância total.

Os pesos fatoriais indicaram que variáveis como “Enfrentamento 2” (0,814) e “Estado Emocional 2” (0,759) foram as mais relevantes para o componente principal. Após a exclusão de variáveis com baixa carga fatorial e alta singularidade, como “Adesão 2” (singularidade = 0,946) e “Complexidade da Doença 2” (singularidade = 0,887), a estrutura ajustada explicou

40,2% da variância total, com um KMO global de 0,722 (adequado) e Bartlett significativo ($p < 0,001$).

Confiabilidade e Ajustes Realizados

Os resultados indicaram boa consistência interna no componente geral para ambos os psicólogos avaliadores após ajustes, com valores de Alfa de Cronbach acima de 0,7. As variáveis com maior singularidade, como “Relacionamento e Comunicação” e “Complexidade da Doença”, podem ser revisadas em estudos futuros, dada sua baixa contribuição ao modelo.

No caso do Psicólogo observador 2, a forção de um único componente e a exclusão de variáveis redundantes aumentaram a variância explicada e a consistência do instrumento. Essa abordagem também foi aplicada aos dados do Psicólogo principal 1 para uniformizar a análise.

Correlações Entre Instrumentos

As correlações entre os escores dos dois psicólogos (principal e observador) foram elevadas e significativas ($p < 0,001$), demonstrando alta consistência entre as avaliações. A correlação entre os instrumentos ERPP-R dos psicólogos foi de $r = 0,839$, enquanto a relação com o instrumento IRPO variou de $r = 0,580$ a $0,677$, também indicando convergência moderada a forte.

Os resultados sugerem que o instrumento ARPCP possui potencial para a avaliação proposta, mas ajustes adicionais podem ser necessários para melhorar a fidedignidade e a especificidade da escala. A eliminação de variáveis menos relevantes e a simplificação da estrutura de componentes foram eficazes em melhorar a adequação geral e a confiabilidade

dos modelos. Estudos futuros devem explorar a validação cruzada dos instrumentos e sua aplicação em contextos ampliados para consolidar as evidências obtidas.

Discussão

Reforçando a compreensão do modelo biopsicossocial, o qual prevê um cuidado humanizado e integral ao paciente e sua família (Castaneda, 2019), os fatores de risco avaliados pela psicologia no contexto hospitalar extrapolam as dimensões clínicas e podem estar diretamente ligados às dimensões psicológicas como estado emocional e enfrentamento ou podem corresponder a demais questões como a dinâmica familiar sob perspectiva da dimensão de suporte social ou vulnerabilidade social. O instrumento de estratificação de risco psicológico, para que seja confiável embasado na literatura e nos testes análogos já existentes, buscou fomentar itens que possibilitassem identificar fatores de impacto psicossocial presentes no contexto de hospitalização em UTI pediátrica vivenciados pelos cuidadores.

A elaboração e validação de um instrumento psicométrico representa um processo abrangente, demandando um estudo extenso e diversas fases de desenvolvimento e avaliação (Alcântara et al., 2023). Detalhar essas etapas e identificar os desafios enfrentados possibilita a compreensão dos processos subjacentes, dos resultados obtidos e do tipo de instrumento disponibilizado à comunidade. Além disso, essa explicitação pode servir como orientação para futuros projetos com objetivos similares. Tavares (2003) aponta a importância de submeter até mesmo os instrumentos altamente precisos psicometricamente a uma análise individual ao serem utilizados na avaliação psicológica de uma pessoa específica. Isso ocorre devido à impossibilidade de garantir que, em cada caso singular, as características individuais se alinhem com as médias encontradas no grupo normativo ou de referência, mesmo considerando a suposição de similaridade.

A análise realizada pelo comitê de especialistas foi fundamental para garantir a validade do conteúdo do instrumento. Os ajustes propostos pelos juizes, especialmente nos itens com índice de validade de conteúdo (IVC) abaixo de 0,70, resultaram em uma maior clareza e pertinência das questões ao contexto da UTI pediátrica. Esse processo demonstra o rigor metodológico na construção e validação de instrumentos psicométricos e reforça a confiabilidade do instrumento. Ressalta-se que tanto no processo de avaliação psicológica quanto no processo de validação de um instrumento há como questão fundamental: a variedade da confiabilidade e validade de acordo com a observação do contexto, circunstância, finalidade e população-alvo. Cabe ao pesquisador avaliar se os resultados achados devem ser aplicados à sua área (Wartha & Santana, 2020).

Os resultados revelaram um alto percentual de acompanhantes classificados como em risco psicológico, tanto pelo avaliador principal (82,1%) quanto pelo observador (83,3%). Este dado é preocupante e pode ser explicado pelo contexto desafiador da UTI pediátrica, que inclui a gravidade da condição clínica da criança e o impacto emocional da hospitalização. Entre as dimensões avaliadas, o "Estado emocional" e o "Enfrentamento" se destacaram como as mais frequentes no risco identificado, corroborando a literatura que evidencia o impacto psicológico em cuidadores diante de situações de crise.

Diversas condições podem acarretar prejuízo na saúde mental dos cuidadores de crianças na UTI pediátrica e podem apresentar reações de dor, sofrimento, esgotamento físico e emocional: o próprio ambiente hospitalar com regras e restrições, características limitantes ou gravidade do adoecimento e tratamento realizado, quantidade de internações. A primeira internação traz consigo o desafio do desconhecido, ao passo que internações recorrentes geram desgaste físico e emocional, o estabelecimento de confiança com a equipe de saúde e o suporte familiar (Kohlsdorf et al., 2019; Moraes et al., 2022; Rocha et al., 2020)

A multiplicidade dos fatores que contribuem para o desgaste emocional e esgotamento deste familiar/ acompanhante reforça a importância do cuidado psicológico com bem-estar e estado emocional do mesmo, contribuindo para um enfrentamento resiliente e saudável neste contexto (Martins et al., 2018; Woinarovicz & Moreira, 2020)

Sobre a confiabilidade do instrumento, a alta correlação positiva significativa entre o escore total do instrumento construído ARPCP e o IRPO reforça a validade do instrumento proposto. Cabe assinalar que o instrumento ARPCP possui objetivo diferente ao IRPO, ambos possuem similaridades, pois buscam identificar o risco psicológico do avaliado, sendo assim comparavelmente análogos, porém cabe ressaltar que o primeiro (ARPCP) é um instrumento feito para que o psicólogo com formação em psicologia da saúde administre no processo de avaliação psicológica, ao passo que o IRPO é um instrumento que é respondido pelo próprio avaliado.

Destaca-se, dessa forma, possíveis diferenças nas visões de avaliado e psicólogo sobre o risco psicológico, por um lado o instrumento auto responsivo possibilita que o avaliado entre em contato sobre a temática, por vezes auxiliando o mesmo a discorrer sobre assuntos difíceis, porém o mesmo pode em alguns momentos, buscar responder de forma socialmente desejável, enviesando a resposta. Observa-se também que a resposta fechada tipo likert não possibilita compreender o contexto e os fatores da resposta. O instrumento manipulado pelo psicólogo busca compreender melhor o contexto das respostas, os fatores de risco e os fatores protetivos para avaliar determinado aspecto psicológico, com a tentativa de superar vieses de respostas.

A dimensão "Percepção da Doença" apresentou uma correlação mais forte, sugerindo que esse aspecto é particularmente relevante no contexto de hospitalizações pediátricas. Além disso, o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) de 0,920 indica uma excelente

concordância entre os avaliadores, enquanto o coeficiente Kappa de 0,708 evidencia consistência na classificação do risco psicológico.

A análise da curva ROC demonstrou uma área sob a curva (AUC) de 0,789 para o avaliador principal e 0,731 para o observador, indicando uma boa capacidade discriminativa do instrumento. O valor de corte estabelecido combinando sensibilidade e especificidade reflete um equilíbrio adequado para identificar os casos em risco, contribuindo para sua aplicabilidade clínica.

Assis e Figueiredo (2020) e Lima et al. (2023) destacam que há necessidade de avanços no âmbito científico na atuação dos psicólogos hospitalares, principalmente no que diz respeito ao processo de avaliação psicológica instrumentalizadas e registros destas. A construção e validação do instrumento ARPCP oferece uma ferramenta relevante para identificar precocemente o risco psicológico em cuidadores de crianças hospitalizadas em UTIs pediátricas. Isso permite o planejamento de intervenções psicológicas direcionadas, contribuindo para um cuidado mais integral e humanizado. Além disso, os resultados enfatizam a importância de incorporar a avaliação psicológica na rotina de cuidados em contextos hospitalares, visando minimizar os impactos negativos da hospitalização na saúde mental dos cuidadores.

Ressalta-se que não há consenso na instrumentalização do psicólogo no contexto hospitalar no processo de avaliação psicológica: há um grande predomínio do uso de entrevistas, seguidas de escalas e questionários específicos quanto a avaliação de um aspecto psicológico (ansiedade, depressão, qualidade vida, enfrentamento), nem sempre tais escalas estão validadas para uso. Sendo assim, reforça-se a relevância de haver maior diálogo e investimento de estudos nesta área, aprofundando a capacidade técnica do profissional em sua rotina (Neto & Porto, 2017; Schiavo, 2020)

O modelo Construção de Instrumentos Psicológicos (MCIP) e as análises estatísticas de correlação, associação e a análise de componentes principais (ACP) evidenciaram que o instrumento de avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátricos mostrou-se confiável, embasado na literatura e nos testes análogos já existentes, como o IRPO e entre os psicólogos avaliadores, apresentando itens que possibilitam identificar fatores de impacto psicossocial presentes no contexto de hospitalização em UTI pediátrica vivenciados pelos cuidadores.

Considerações Finais

As considerações finais deste estudo evidenciam a relevância e a necessidade de instrumentos específicos e validados para a avaliação do risco psicológico em contexto pediátrico. A construção e validação do ARPCP representam um avanço significativo para a área da psicologia da saúde, pois oferece aos profissionais um recurso técnico e cientificamente embasado para identificar fatores de risco, priorizar intervenções e acompanhar o bem-estar emocional de crianças e seus cuidadores.

Os resultados obtidos demonstraram que o instrumento possui propriedades psicométricas satisfatórias, como confiabilidade interna e validade de conteúdo, confirmando sua adequação para o contexto hospitalar. Além disso, a aplicação do ARPCP em cenários reais contribui para a sistematização das práticas psicológicas, fortalecendo a humanização e a eficiência no atendimento em saúde pediátrica.

Entretanto, é importante reconhecer algumas limitações do estudo, como o tamanho da amostra e o fato de os dados terem sido coletados em um único hospital, aspectos que podem limitar a generalização dos resultados, com a necessidade de validação em diferentes contextos e populações. Sugere-se que futuras pesquisas explorem a aplicabilidade do instrumento em diversas instituições hospitalares e investiguem sua sensibilidade em

situações específicas, como condições agudas ou aplicação em dois momentos do acompanhamento psicológico, na admissão psicológica e na alta hospitalar, por exemplo.

Por fim, a validação do ARPCP reforça o compromisso da psicologia da saúde em desenvolver ferramentas práticas e baseadas em evidências, promovendo um cuidado integral e centrado nas demandas de usuários e familiares. Este trabalho contribui para o fortalecimento da atuação psicológica em ambientes hospitalares e abre caminhos para novas pesquisas e intervenções voltadas ao bem-estar psicológico em contextos de saúde.

Referências

- Alcântara, R., Ferreira, A., Anderson Albino Gomes, Batista, J., Sousa, L., Sousa, M., Adjayne, M., Camilla, Vanessa Viana Bonfim, & Rosa. (2023). Avaliação Psicológica Hospitalar: experiência de parametrização de intervenções assistenciais em maternidade - escola de alto risco. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(8), 4685–4710. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i8.2023-033>
- Araújo, C. M., Takeshita, I. M., Gusmão, C. S. A., Fernandes de Oliveira, L., Silveira, C. de, & Jardim, A. S. (2021). Atuação dos pais e responsáveis no cuidado da criança em Unidade de Terapia Intensiva. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios | Investigación Cualitativa En Salud: Avances y Desafíos*, 856–863. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863>
- Assis, F. E. de, & Figueiredo, S. E. F. M. R. de (2020). A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicologia Argumento*, 37(98), 501. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.ao06>

Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. (1995).

Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de Escala de Medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359–363.

<https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000500004>

Brasil. (2016). *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Diário Oficial da União, seção 1, 9 mar. 2016. Disponível em

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm

Brasil. (2017). *Portaria nº 895, de 31 de março de 2017*. Ministério da Saúde. Disponível em

https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf

Cardoso, S. B., dos Santos Oliveira, I. C., Martinez, E. A., do Carmo, S. A., de Moraes, R. D.

C. M., & de Oliveira Santos, M. C. (2019). Ambiente de terapia intensiva pediátrica: implicações para a assistência da criança e de sua família. *Revista Baiana de*

Enfermagem, 33, 22-27. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33545>

Castaneda, L. (2019). Healthcare and the Biopsychosocial Model: Understand to

act. *CoDAS*, 31(5), e20180312. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312>

Conselho Federal de Psicologia - CFP. Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022. Dispõe

acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. 2022. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-17-de-19-de-julho-de-2022-418333366>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Resolução nº 31, de 15 de Dezembro de

2022. Dispõe acerca de diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do->

exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos-satepsi-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-09-2018?origin=instituicao&q=31/2022.

De Souza, A. M. V., & Pegoraro, R. F. (2017). O psicólogo na UTI neonatal: revisão integrativa de literatura. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 8(1), 117-128.

Faria, S.P. & Souza, D.F. (2021) Instrumentos utilizados para avaliação psicológica de crianças hospitalizadas. *Revista Saúde Coletiva.*, 11,(62), 5250-5259.
<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5250-5259>

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida "Whoqol-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>

Kholsdorf, M., Coutinho, S., & Arrais, A. (2019). Avaliação psicológica de cuidadores pediátricos: caracterização, desafios e proposta de roteiro avaliativo [Review of *Avaliação Psicológica de cuidadores pediátricos: caracterização, desafios e proposta de roteiro avaliativo*]. In P. Oliveira (Ed.), *Avaliação Psicológica nos Contextos de Saúde e Hospitalar* (pp. 40–54). Artmed.

Lima, G. W. T. de, Silva, L. A. P. da, Neto, F. B. da S., Silva, A. J. da, Gomes, L. A., Ataíde, A. C. T. de, & Santos, G. M. dos. (2023). Atuação da psicologia no contexto de hospitalização infantil: Uma revisão sistemática da literatura brasileira. *Research*,

Society and Development, 12(9), e9312943265–e9312943265.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43265>

Martins, P. L., Azevedo, C. da, & Afonso, S. B. (2018). O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1218–1229. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170402>

Moraes, E. S., Silva, C. C. da, Melo, L. de L., & Mendes-Castillo, A. M. C. (2022). Support group for families with children in a pediatric intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0097>

Neto, A., & Porto, J. (2017). Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira [Review of *Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira*]. *Revista Da SBPH*, 20(2), 66–88. ISSN. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200005

Pasquali L. (2009). Psicometria. *Rev Esc Enferm USP.*, 43(Esp):992-9.

Pasquali, L. (2010). Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed.

Pêgo, C.; Barros, M. (2017). Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e sentimentos dos pais da criança gravemente enferma. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 21, 11-20. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2017.21.01.02>.

- Remor, E. (2019). Avaliação Psicológica em contextos de saúde e hospitalar [Review of *Avaliação Psicológica em contextos de saúde e hospitalar*]. In P. Oliveira (Ed.), *Avaliação Psicológica nos Contextos de Saúde e Hospitalar* (pp. 14–26). Artmed.
- Rocha, A.C.C., Marinho, M.L., Machado, H.M.B., Souza, M.J.M., Silva, C.S.M. (2020). Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: Compreensão das Necessidades dos Familiares dos Pacientes Internados. *Revista Portuguesa de Ciências e Saúde*, 2, 60-76. <https://doi.org/10.29327/237881.2.1-3>
- Schiavo, R. de A. (2020). Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal / Scientific Production in Obstetric / Perinatal Psychology. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 16204–16212. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-046>
- Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722001000300004>
- Souza, J. Rezende. (2014) Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO): construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer. 2014. xvi, 179 f., il. *Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)*—Universidade de Brasília, Brasília.
- Souza, J., Seidl, E., & Barbosa, D. (2023). Psychological risk indicator in Oncology: development and evidence of validity. *Psicologia, Saúde & Doença*, 24(2), 511–523. <https://doi.org/10.15309/23psd240208>
- Tavares, M. (2003). Validação Clínica. *Psico-USF* 8, 125-136.

Wartha, E. J., & de Santana, D. A. S. (2020). Construção e validação de instrumento de coleta de dados na pesquisa em Ensino de Ciências. *Amazônia: Revista de Educação em Ciências e Matemáticas*, 16(36), 39-52.

<https://doi.org/10.18542/amazrecm.v16i36.7109>

Woinarovicz, B. P., & Moreira, M. C. (2020). Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes em UTI. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 23(2), 126–138. <https://doi.org/10.57167/rev-sbph.23.124>

Considerações Finais da Dissertação

Ao concluir essa dissertação, avalia-se como exitoso o objetivo geral da pesquisa de elaborar e desenvolver um instrumento de estratificação de risco psicológico em cuidadores na UTI pediátricas a partir de uma avaliação psicológica fundamentada na literatura.

Aponta-se como desafios ao longo da pesquisa a dificuldade em encontrar produções brasileiras sobre a temática e o processo de coleta de dados: devido ao aumento de rotatividade dos pacientes nas UTIs não foi possível realizar dois momentos de coleta dos instrumentos, sendo feita apenas na admissão psicológica, o que pode ter contribuído para um perfil mais homogêneo de cuidadores.

Os resultados do último artigo são amparados pelo conteúdo da revisão narrativa e busca promover a capacitação reflexiva de profissionais que atuam na temática da avaliação psicológica na saúde, contribuindo tanto para a produção literária, quanto para a prática profissional no cuidado com os familiares dos pacientes hospitalizados em UTI pediátrica.

Destaca-se, no entanto, a necessidade de aprofundamento dos resultados dessa pesquisa, tanto na busca literária de novas práticas em avaliação psicológica na saúde, quanto na abrangência de coleta de dados para a validação do instrumento ARPCP, possivelmente em uma tese de doutorado futura.

Apêndices

Apêndice A: Tabela com descrição sociodemográfica dos participantes

Análise descritiva do perfil de cuidadores por pacientes hospitalizados em UTI do HCB

		n	%
Gênero	Masculino	9	10,7
	Feminino	75	89,3
Escolaridade	Ens. Fundamental Incompleto	12	14,3
	Ens. Fundamental Completo	3	3,6
	Ens. Médio Incompleto	15	17,9
	Ens. Médio Completo	31	36,9
	Sup. Incompleto	8	9,5
	Sup. Completo	15	17,9
	Dona de casa	30	35,7
	Estudante	4	4,8
	Autônomo (a)	8	9,5
	Empresário (a)	4	4,8
Estado civil	Atendente	6	7,1
	Serviços gerais	5	6,0
	Administrador/ contador	4	4,8
	Outros	23	26,4
	Solteiro (a)	26	31,0
	Convívio marital	51	60,7
	Divorciado (a)	7	8,3
	Parentesco	Mãe	65
Pai		9	10,7
Avó		4	4,8
Tia		3	3,6
Mãe social		1	1,2
Tia afetiva		2	2,4
Diagnóstico	Doença respiratória	37	44,0
	Doença neurológica	7	8,3
	Doença oncológica	4	4,8
	Doença gastrointestinal	12	14,3
	Doença nefrológica	6	7,1
	Doença cardíaca	4	4,8
	Outros	14	16,8

UTI	Estrela do mar	24	28,6
	Cavalo marinho	22	26,2
	Peixe	21	25,0
	Polvo	17	20,2
Total		84	100,0

Apêndice B: Instrumentos Utilizados no Manuscrito 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Proposta de um protocolo de avaliação de risco psicológico em UTI Pediátrica”, de responsabilidade de Rejane Bernardes Santana Reis, estudante de mestrado, da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é elaborar e validar um instrumento de estratificação de risco psicológico em UTI pediátrica a partir de avaliação psicológica. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de atendimento psicológico com possibilidade de observação de uma psicóloga residente, através da aplicação de dois instrumentos pela psicóloga pesquisadora durante os atendimentos de admissão e alta psicológica na UTI pediátrica: a “Avaliação de risco psicológico pediátrico (ARPP)” e o “Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)” através do uso do software RedCap. E para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos tais como: a exposição dos participantes à questões de mobilização emocional no contexto de hospitalização e a quebra de sigilo das informações obtidas na coleta de dados. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: as informações coletadas serão armazenadas em arquivo criptografado com senha, em respeito à Lei geral de proteção de dados (Lei 13.709/2018) e à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Em relação à possibilidade de mobilização emocional dos participantes, a psicóloga pesquisadora realizará acolhimento e intervenções pertinentes ao bem estar do paciente e acompanhante. Caso seja necessário, o acompanhante poderá ser encaminhado a serviço de saúde mental da rede de saúde para continuidade de psicoterapia /ou psiquiatria.

Espera-se com esta pesquisa, que os participantes recebam intervenções psicológicas mais assertivas e específicas durante a permanência dos cuidadores principais na internação, reduzindo o sofrimento psíquico e melhorando a qualidade de vida dos participantes.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 98318 8038 ou pelo e-mail rejanebernardesreis@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de correio eletrônico (email), podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, ____ de _____ de _____

Indicador de Risco Psicológico em Oncologia – IRPO – Adaptado

Data da coleta: _____ Data de admissão na UTI: _____ Nome: _____ Sexo: ()
 feminino () masculino Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Estado Civil: ()
 solteiro(a) () convívio marital () divorciado(a)/separado(a) () viúvo(a) **Escolaridade:** () não alfabetizado ()
 Ens. fund. incompleto () Ens. fund. Completo () Ens. médio incompleto () Ens. médio completo () Ens. sup.
 incompleto () Ens. sup. completo Profissão: _____ Parentesco com o paciente: _____

Parte A

1. Quanto a doença de seu(sua) filho(a) afeta a sua vida?

()1	()2	()3	()4	()5
Não me afeta	Afeta um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais

2. Quanto você está preocupado(a) com a doença de seu(sua) filho (a)?

()1	()2	()3	()4	()5
Não estou preocupado/a	Um pouco preocupado/a	Moderadamente preocupado	Muito preocupado/a	Preocupado/a demais

3. Quanto a doença de seu(sua) filho(a) o(a) afeta emocionalmente? (por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).

()1	()2	()3	()4	()5
Não me afeta	Afeta um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais

Parte B

Identifique a frequência do suporte que recebe de familiares e/ou amigos, se você precisar:

4. Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

5. Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

6. Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade de meu(minha) filho(a).

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

7. Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

8. Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar hospitalizada com meu(minha) filho(a).

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9. Posso contar com alguém para me ajudar a levar meu(minha) filho(a) ao médico. (ou me substituir como acompanhante)

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

10. Posso contar com alguém que me ajude nas tarefas diárias se precisar ficar com meu(minha) filho(a) no hospital?

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

11. Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

Parte C

Em relação ao **problema de saúde atual de seu(sua) filho/a**, indique a frequência dos seguintes comportamentos:

12. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

13. Conto meus medos e preocupações sobre a doença de meu(minha) filho(a) a um amigo ou parente.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

14. Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença de meu(minha) filho(a)

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

15. Procuro algo positivo em tudo que está acontecendo.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

16. Faço coisas que são importantes para mim, apesar de meu(minha) filho(a) estar doente.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

17. Tento aprender a conviver com a doença/hospitalização de meu(minha) filho(a).

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

18. Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

19. Penso que a vida é ruim porque meu(minha) filho(a) está doente.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

Parte D

Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.

20. Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

21. Durante a última semana tenho me sentido agitado/a e achado difícil me acalmar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

22. Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo/a por dentro.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

23. Durante a última semana tenho me sentido tenso/a e não tenho conseguido relaxar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

24. Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

25. Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

26. Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e instável.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

27. No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado/a ou deprimido/a.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

Muito Obrigada!

Crivo de correção IRPO

	Itens	Amplitude	Total
Percepção da Doença	1, 2, 3 e 19	4-20	
Suporte Social Emocional	4, 5, 6, 7, 12 e 13	6-30	
Suporte Social Instrumental	8, 9, 10 e 11	4-20	
Enfrentamento Ativo	14, 15, 16, 17 e 18	5-25	
Distress Atual	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27	8-40	
IGR (Índice Geral de Risco)	Ponto de corte 55	5-135	

Necessidade de encaminhamento para atendimento psicológico: () SIM () NÃO



Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PG-PsiCC)
Aluna: Rejane Bernardes Santana Reis Matrícula: 231102315
Avaliação de Risco Psicológico em cuidadores de pacientes em UTI pediátrica - ARPCP

Avaliado:	Paciente:	Avaliador:	Data:		
			Pontuações		
Critérios	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
<p>1. Estado cognitivo: O exame do estado mental é uma avaliação clínica sistemática e subjetiva da condição psicológica e cognitiva do avaliado. O exame do estado mental é frequentemente realizado em conjunto com uma entrevista clínica detalhada, na qual o examinador obtém informações adicionais sobre a história biográfica e social do avaliado. Aspecto geral: cuidado pessoal, trajas, postura, atitude global do avaliado. Nível consciência, orientação alo e autopsíquica, atenção, memória, pensamento, linguagem e juízo de realidade. (Dalgalarondo, 2019)</p>	<p>Você poderia me contar sobre a sua história e do seu filho/a (paciente)? Onde a família mora, endereço, história clínica do filho/a etc. O avaliador deve observar as respostas do avaliado ao longo da entrevista/ atendimento, sua postura frente ao atendimento, se o mesmo consegue se localizar no tempo e espaço, se consegue descrever os dados do adoecimento do filho/a de forma cronológica, se consegue manter atenção focalizada na entrevista, se consegue se comunicar com o entrevistador.</p>	<p>Não há alterações cognitivas observáveis durante o atendimento. O avaliado mantém sono reparador e apetite preservado. O avaliado apresenta organização pessoal, postura colaborativa, atenção focada no atendimento, consegue se lembrar de fatos importantes recentes e antigos, responde o avaliador com respostas adequadas às perguntas realizadas, mantém raciocínio coeso ao contexto vivido.</p>	<p>Há poucas alterações cognitivas observáveis durante o atendimento, que são justificáveis pelo contexto da hospitalização e que não tem impactado o cuidado consigo e com o paciente. O avaliado apresenta alteração de sono ou apetite. O avaliado pode apresentar alteração em sua organização pessoal, não consegue manter atenção focada no atendimento pois divide ao observar o paciente, não consegue se lembrar de algumas informações recentes, responde o avaliador com respostas prolixas ou com poucas informações, mantém raciocínio coeso ao contexto vivido.</p>	<p>Há alterações cognitivas observáveis durante o atendimento, algumas são justificáveis pelo contexto da hospitalização, porém há histórico de outros episódios de alterações cognitivas de avaliado. No momento há impacto no cuidado consigo e/ou com o paciente. O avaliado apresenta alteração de sono ou apetite. O avaliado apresenta desorganização pessoal, não consegue manter atenção focada no atendimento, não consegue se lembrar de algumas informações recentes ou dados importantes do passado, responde o avaliador com respostas que fogem às perguntas realizadas, pensamento com alteração, há alteração de juízo de realidade (delírio ou alucinação).</p>	
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
<p>2. Ajustamento/ Adaptação: Consiste na relação dinâmica entre o indivíduo e as necessidades impostas pelo contexto de adoecimento, envolvendo o processo de lidar com as situações vivenciadas ao longo do adoecimento (Hoyt e Stanton, 2012 apud Souza, 2014).</p>	<p>Como você está se sentindo em relação à hospitalização? Como a hospitalização de seu filho afetou a sua rotina diária e responsabilidades? Você tem conseguido dormir? (sono reparador) Você tem conseguido se alimentar? (apetite preservado) Como tem sido a rotina da UTI para você? Como você e sua família têm se adaptado às mudanças na rotina diária desde a hospitalização?</p>	<p>O avaliado demonstra boa adaptação da hospitalização, participa ativamente nas atividades hospitalares, com bom ajustamento à rotina e regras hospitalares.</p>	<p>O avaliado apresenta dificuldades na adaptação da hospitalização, participa passivamente das atividades hospitalares, com desajuste à rotina hospitalar.</p>	<p>O avaliado apresenta muita dificuldade na adaptação da hospitalização, com pouca participação nas atividades hospitalares, com desajuste e pouco seguimento à rotina e regras hospitalares.</p>	<p>O avaliado apresenta muita dificuldade na adaptação da hospitalização, sem participação nas atividades hospitalares, com desajuste sem seguimento à rotina e regras hospitalares.</p>
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)

<p>3. Compreensão/Letramento em saúde: refere-se à capacidade de um paciente em entender sua própria condição de saúde, o processo de adoecimento, bem como o tratamento prescrito para sua condição médica. Isso envolve a aquisição de informações relevantes sobre a doença, o reconhecimento da necessidade de tratamento e a adesão às orientações da equipe de saúde.</p>	<p>O que houve com seu filho? Qual motivo da internação? Qual o nome da doença? Qual(is) características da doença? Como é o tratamento realizado? Qual(is) medicações estão sendo usadas? Como você descreveria a sua compreensão atual de seu filho? Você possui dúvidas em relação a doença ou tratamento do seu filho? Você possui conhece os cuidados que são realizados com seu filho?</p>	<p>O avaliado demonstra compreensão completa da doença e tratamento, sabe nome da doença, descreve bem o tratamento, descreve os sintomas, compreende o prognóstico.</p>	<p>O avaliado apresenta compreensão parcial da doença ou tratamento. Descreve as principais características da doença, os sintomas, mas não sabe explicar de forma clara o tratamento ou os impactos da doença. Reproduz informações recebidas por profissionais de saúde de forma simples, sem conseguir explicar seu significado.</p>	<p>O avaliado apresenta pouca compreensão acerca da doença e de seu tratamento, com dificuldade de nomear a doença e explicar o tratamento e as orientações de saúde recebidas pelos profissionais de saúde. Não sabe explicar os riscos, ou prognóstico da doença, dificuldade de nomear a doença e explicar o tratamento, com pouca compreensão do prognóstico.</p>	<p>O avaliado apresenta falta de compreensão da doença e/ou tratamento, não há compreensão dos riscos, observa-se crenças disfuncionais, que atrapalham ou impedem o tratamento.</p>
	<p>Perguntas para avaliação do constructo</p>	<p>Sem risco identificado (0)</p>	<p>Baixo (1)</p>	<p>Médio (2)</p>	<p>Alto (3)</p>
<p>4. Enfrentamento/coping: Lazarus e Folkman (1984) conceituam estratégias de enfrentamento como a adaptação contínua dos esforços mentais e ações empreendidos pelas pessoas com o propósito de lidar com desafios particulares, sejam eles de origem interna ou externa, que são percebidos como sobrecarregando ou ultrapassando as capacidades pessoais disponíveis.</p>	<p>Como tem enfrentado/lidado com a internação atual do seu filho? Quais estratégias ou recursos você tem utilizado para lidar com o estresse e as emoções durante a hospitalização de seu filho? Como você descreveria a sua capacidade de lidar com o estresse e as emoções desde que seu filho foi internado na UTI? O que te ajuda a enfrentar as dificuldades da vida, geralmente? Como você lida com preocupações sobre o futuro de seu filho em relação à sua condição de saúde? Você sentiu necessidade de buscar apoio psicológico ou emocional para lidar com o adoecimento do seu filho?</p>	<p>O avaliado apresenta enfrentamento funcional, o avaliado possui recursos psíquicos internos (autoeficácia, entre outros) ou busca apoio externo quando necessário.</p>	<p>O avaliado apresenta enfrentamento pouco funcional, com dificuldade para lidar com estresse, mas utiliza recursos internos e externos ocasionalmente, efetivos. Não há impacto no tratamento ou na qualidade de vida.</p>	<p>O avaliado apresenta enfrentamento disfuncional, com dificuldade para lidar com estresse, os recursos internos funcionais (ou efetivos) são escassos, tem dificuldade para acessar recursos externos. Apresenta impacto no tratamento e/ou na qualidade de vida.</p>	<p>O avaliado apresenta enfrentamento disfuncional com muita dificuldade em lidar com o estresse. Reage diante de situações estressoras sem recurso psíquico interno efetivo ou muito imaturo, com manifestação de raiva, agressividade ou fuga/evitação. Apresenta impacto impeditivo do tratamento e/ou que prejudicam a qualidade de vida.</p>
	<p>Perguntas para avaliação do constructo</p>	<p>Sem risco identificado (0)</p>	<p>Baixo (1)</p>	<p>Médio (2)</p>	<p>Alto (3)</p>
<p>5. Adesão/ Engajamento: refere-se à medida em que um paciente segue as recomendações de saúde de acordo com seu tratamento, incluindo tomar medicamentos conforme prescrito, seguir orientações dietéticas, realizar terapias físicas ou comportamentais, comparecer a consultas médicas e adotar outras práticas de autocuidado destinadas a promover e manter a saúde. (Lehane & Mccarthy, 2009)</p>	<p>Você participa das tomadas de decisões em conjunto com a equipe médica? Como se dá a sua participação nos cuidados com o seu filho? Você se sente capaz de participar ativamente no cuidado de seu filho na UTI? O que pode acontecer se o tratamento não for realizado? Quais são os principais desafios que você enfrenta ao seguir as orientações médicas para o tratamento de seu filho na UTI?</p>	<p>O avaliado segue todas as orientações de saúde, com boa adesão/ engajamento ao tratamento.</p>	<p>O avaliado segue a maioria das orientações de saúde, com pouco impacto negativo no tratamento.</p>	<p>O avaliado segue as orientações de saúde de forma irregular, com impactos negativos pontuais ao tratamento, aumento de sintomas.</p>	<p>O avaliado não segue as orientações de saúde, com muitos impactos negativos no tratamento, agravando quadro clínico e sintomas, podendo gerar sequelas físicas ou mesmo colocando o paciente em risco de óbito.</p>

	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
6. Relacionamento/Comunicação: A comunicação entre pacientes e profissionais de saúde é uma interação verbal e não verbal que ocorre durante consultas médicas, tratamentos ou outras interações relacionadas à assistência médica. Essa comunicação desempenha um papel fundamental no cuidado com a saúde e envolve a troca de informações, sentimentos, preocupações e decisões entre o paciente e os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos.	Como você avalia a comunicação e a relação com a equipe de saúde? Você se sente bem informado sobre o estado de saúde de seu filho? Você tem recebido apoio emocional da equipe de saúde? Você se sente satisfeito com o cuidado que tem recebido durante a internação? Você consegue tirar dúvidas sobre a doença/ tratamento com a equipe de saúde? Você sente que está recebendo informações adequadas e compreensíveis sobre o estado de saúde de seu filho e os próximos passos no tratamento?	Observa-se comunicação eficaz, assistido expressa dúvidas, necessidades e preocupações com a equipe. Há boa relação entre assistido e a equipe. A equipe sinaliza facilidade na comunicação com o assistido/familiar.	Comunicação eficaz na maioria das vezes, com ruídos pontuais, com necessidade de poucos ajustes ou intervenções. O assistido consegue compartilhar dúvidas, necessidades e preocupações. Não há comprometimento na relação entre familiar e a equipe, porém a equipe/ ou familiar solicitam ajuda na comunicação em momentos pontuais.	Comunicação pouco eficaz entre equipe e assistidos, há ruídos na comunicação, com necessidade de ajustes e intervenções. Há relutância do avaliado em compartilhar dúvidas, necessidades e preocupações. Há comprometimento na relação entre familiar e a equipe e a equipe ou familiar solicitam ajuda na comunicação em vários momentos.	Comunicação ineficaz entre equipe e assistido com impacto no cuidado. Há quebra de confiança do assistido na equipe de saúde e/ou entre equipe e assistido. Há necessidade constante de auxílio na comunicação entre assistido e equipe/ equipe e assistido.
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
7. Estado Emocional (luto, puerpério, crise, rebaixamento de humor, afeto oscilativo) O estado emocional, conforme definido por Dalgallarrondo (2019), refere-se ao conjunto de experiências da vida afetiva, distinguindo-se em cinco tipos básicos: humor e estado de ânimo, emoções, sentimentos, afetos e paixões que uma pessoa experimenta em um determinado momento. Esses afetos podem variar em intensidade e qualidade, abrangendo uma ampla gama de estados emocionais, como felicidade, tristeza, raiva, medo, ansiedade, entre outros.	Como você tem se sentido desde a hospitalização do seu filho? Como você se sente em relação à internação do seu filho? Quais foram as suas primeiras reações e emoções quando soube do diagnóstico do seu filho? Você se sente sobrecarregado(a) com os cuidados necessários para o seu filho? Se sim, de que forma?	O avaliado apresenta estado emocional congruentes com o contexto, sinais de bem-estar emocional. O avaliado apresenta humor eufórico e afeto congruentes sem alteração.	O avaliado apresenta humor eufórico, porém há oscilação no afeto, com reação de choro e tristeza em alguns momentos. Apresenta melhora com pouco auxílio externo para regulação emocional.	O avaliado apresenta alteração de humor (eufórico ou hipotímico), afeto incongruente. Sinais de ansiedade, tristeza ou estresse moderados. Apresenta necessidade de auxílio externo recorrente para regulação emocional.	O avaliado apresenta alteração de humor e afeto. Sinais de depressão, ansiedade grave ou desespero. Episódios de crise são esperados. A autoregulação emocional é condicionada à intervenção em crise ou intervenções medicamentosas.
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
8. Complexidade da Doença (dor, gravidade): A complexidade da doença se refere ao grau de intricada interação de múltiplos fatores que afetam a condição de saúde de um paciente. Essa complexidade torna a doença mais desafiadora de entender, diagnosticar e tratar. Dentre a complexidade da doença está uma diversidade de fatores que podem influenciar sua gravidade: etiologia da doença, impacto dos sintomas na funcionalidade do paciente, complexidade do tratamento, impacto na qualidade de	Qual o estado clínico do paciente? Qual a gravidade clínica do paciente? O paciente encontra-se sedado, intubado? O paciente encontra-se em grave estado geral? O paciente encontra-se em processo de melhora ou piora clínica? O paciente está instável hemodinamicamente? O paciente apresenta risco de morte? O paciente manifesta queixa de dor intensa? O paciente mostra-se em	Fatores da doença controlados, estado clínico estável, sem complicações adicionais. O paciente apresenta boa resposta ao tratamento. Não previsão de realização de procedimentos invasivos. Previsão de alta próxima.	Fatores da doença controlados, estado clínico estável, porém há sinais de dor/ desconforto pontuais. O paciente apresenta boa resposta ao tratamento. Não previsão de realização de procedimentos invasivos. Sem previsão de alta no momento.	Fatores da doença complexos e estado clínico instável, em alguns momentos, há sinais de dor/ desconforto. O paciente não tem respondido ao tratamento convencional com previsão de realização de procedimentos invasivos para tratamento, porém sem risco de vida iminente. Possível internação prolongada.	Fatores da doença complexos e estado clínico instável, com sinais de complicação ou agravamento da doença. O paciente não tem respondido ao tratamento convencional com risco de vida ou há necessidade de procedimento invasivo com mudança permanente de sua funcionalidade.

vida do paciente e de sua família afetando suas atividades diárias, relacionamentos e bem-estar geral e por fim risco de sequelas funcionais ou risco de óbito.	desmame ventilatório com melhora dos sintomas físicos?				
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
9. Suporte Social (dinâmica familiar) O suporte social se refere ao sistema de apoio e interações sociais disponíveis para uma pessoa em sua vida cotidiana. Esse sistema inclui a rede de relacionamentos pessoais, como família, amigos, colegas, vizinhos e outros indivíduos ou grupos com os quais uma pessoa mantém laços sociais.	Você possui pessoas as quais você pode confiar e solicitar ajuda neste momento? Você se sente satisfeito com a ajuda que recebe da sua rede de suporte? O adoecimento do seu filho afetou a dinâmica da sua família? Como a hospitalização afetou a dinâmica familiar? Quando necessário você busca ajuda de amigos ou familiares?	Rede de apoio social presente, com satisfação do acompanhante. Bom suporte operacional e emocional.	A rede de suporte social é pouco satisfatória pelo acompanhante ou com poucos familiares/amigos, apesar de estarem presentes com suporte operacional ou emocional.	A rede de suporte social é insatisfatória ou muito restrita, com impactos negativos no contexto da hospitalização (conflitos, sobrecarga para o cuidador principal). Com oferta precária de suporte operacional ou emocional.	A rede de suporte social é ausente ou quando presente apresenta impacto negativo ou impeditivo para o tratamento. Não há suporte (operacional ou emocional).
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
10. Fatores de vulnerabilidade social (limitação financeira, dificuldade de acesso a serviços, violação de direitos, violências) Os fatores de vulnerabilidade são condições, características ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de uma pessoa ou grupo ser prejudicada ou ter dificuldades em enfrentar adversidades ou mesmo manter qualidade de vida com direitos básicos (educação, moradia, saúde, saneamento básico).	A família está segura socialmente, com garantia dos seus direitos básicos (saúde, educação, moradia, saúde, saneamento básico)? A residência da família possui saneamento básico? Qual a fonte de subsistência da família? A família recebe benefício? O avaliador conhece a rede de suporte social e tem acesso a ela? CRAS, Conselho Tutelar.	Estabilidade social, garantia de direitos e acesso a serviços, recursos financeiros adequados.	Existem preocupações financeiras ou sociais, porém não há violação de direitos. Há faltas na escola, limitação financeira, porém há seguridade (benefícios), já acompanhados pela rede protetiva, por exemplo: CRAS, CREAS, CT.	Vulnerabilidade social, falta de recursos básicos, violação de direitos. (há critérios para recebimento de benefício social, porém família não possui acesso). Podem haver histórico de violência intrafamiliares que impactam no cuidado com a criança. Já realizado acionamento de rede protetiva.	Vulnerabilidade social significativa, falta de recursos básicos, violação de direitos básicos da criança. (saúde, educação, seguridade), há suspeita de negligências, violências, situação de institucionalização. Sem acionamento de rede protetiva.
	Perguntas para avaliação do constructo	Sem risco identificado (0)	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
11. Risco de Suicídio: O risco de suicídio se refere à probabilidade de uma pessoa tentar ou cometer suicídio. É um estado de vulnerabilidade extrema que pode ser influenciado por uma série de fatores individuais, sociais, psicológicos e ambientais. A OMS (2020) considera o suicídio um problema global de saúde pública que requer uma abordagem abrangente, envolvendo a prevenção, a promoção da saúde mental, a identificação de fatores de risco e a redução do estigma, destaca-se ainda a importância de identificar fatores de risco individuais, como transtornos mentais, abuso de substâncias, histórico de tentativas de suicídio e acesso a meios letais.	Quais são suas expectativas para o futuro? Você perdeu o interesse em atividades que costumava gostar? Você possui pensamentos negativos, acredita que as coisas não vão dar certo para você? Você tem pensamentos recorrentes sobre morte? Você tem histórico familiar de tentativa de autoextermínio? Você já tentou se machucar ou cometer suicídio antes? Você tem pensado em se machucar ou em tirar sua própria vida?	Não há sinal de pensamentos de morte ou ideação suicida.	O avaliado apresenta desesperança, pensamentos de morte, sem ideação suicida. (sem histórico de TAE) Há fatores protetivos preservados.	O avaliado apresenta pensamentos de morte, com ideação suicida, sem planejamento. (pode haver histórico de TAE) há fatores de proteção, porém são frágeis.	O avaliado apresenta pensamentos de morte, com ideação suicida e planejamento. (pode haver histórico de TAE) fatores de proteção empobrecidos.

Apêndice C: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposta de um protocolo de avaliação de risco psicológico em UTI Pediátrica

Pesquisador: Rejane Bernardes Santana Reis

Versão: 1

CAAE: 79393624.2.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.856.729

Apresentação do Projeto:

O projeto "Proposta de um protocolo de avaliação de risco psicológico em UTI Pediátrica" projeto de mestrado da pesquisadora principal: Rejane Bernardes Santana Reis, sob orientação da profa Marina Kohlsdor. O Resumo do projeto "Proposta de um protocolo de avaliação de risco psicológico em UTI Pediátrica" projeto de mestrado da pesquisadora principal: Rejane Bernardes Santana Reis, sob orientação da profa Marina Kohlsdor. O Resumo do projeto informa: Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva pediátrica (UTIP) oferta cuidados intensivos de saúde a pacientes pediátricos que enfrentam condições clínicas graves ou potencialmente fatais. O psicólogo realiza avaliações psicológicas para compreender e atuar nos impactos psicoemocionais do paciente e de seu familiar. Objetivo: Este estudo propõe a elaboração e validação de um instrumento de avaliação de risco psicológico na UTIP, visando contribuir para uma compreensão mais abrangente e eficaz das necessidades psicológicas dos cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI pediátrica. Metodologia: A pesquisa será realizada em duas etapas distintas, a primeira de cunho descritivo através de uma revisão sistemática da literatura para embasar a construção do instrumento. A segunda etapa consiste na validação do instrumento, após aprovação por comitê de ética e pesquisa, serão aplicados o instrumento construído e o "Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)" aos cuidadores principais (pais ou responsáveis) de pacientes hospitalizados na UTIP do Hospital da Criança de Brasília José Alencar. Análise: Para análise dos dados serão realizados o cálculo da consistência interna dos instrumentos, avaliação das correlações entre os instrumentos ARPP e IRPO e comparação dos resultados com análises de psicólogos juizes para verificar a validade, confiabilidade e fidedignidade do instrumento. Conclusão: Este projeto de pesquisa visa preencher uma lacuna importante na avaliação do risco psicológico em UTIP, contribuindo para uma melhor compreensão das necessidades emocionais dos cuidadores principais, suscitando intervenções focais e pertinentes, promovendo o bem-estar durante a hospitalização e também ajudando a prevenir problemas de saúde mental a longo prazo, promovendo qualidade geral dos cuidados prestados na UTIP.

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva pediátrica (UTIP) oferta cuidados intensivos de saúde a pacientes pediátricos que enfrentam condições clínicas graves ou potencialmente fatais. O psicólogo realiza avaliações psicológicas para compreender e atuar nos impactos psicoemocionais do paciente e de seu familiar. Objetivo: Este estudo propõe a elaboração e validação de um instrumento de avaliação de risco psicológico na UTIP, visando contribuir para uma compreensão mais abrangente e eficaz das necessidades psicológicas dos cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI pediátrica. Metodologia: A pesquisa será realizada em duas etapas distintas, a primeira de cunho descritivo através de uma revisão sistemática da literatura para embasar a construção do instrumento. A segunda etapa consiste na validação do instrumento, após aprovação por comitê de ética e pesquisa, serão aplicados o instrumento construído e o "Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)" aos cuidadores principais (pais ou responsáveis) de pacientes hospitalizados na UTIP do Hospital da Criança de Brasília José Alencar. Análise: Para análise dos dados serão realizados o cálculo da consistência interna dos instrumentos, avaliação das correlações entre os instrumentos ARPP e IRPO e comparação dos resultados com análises de psicólogos juizes para verificar a validade, confiabilidade e fidedignidade do instrumento. Conclusão: Este projeto de pesquisa visa preencher uma lacuna importante na avaliação do risco psicológico em UTIP, contribuindo para uma melhor compreensão das necessidades emocionais dos cuidadores principais, suscitando intervenções focais e pertinentes, promovendo o bem-estar durante a hospitalização e também ajudando a prevenir problemas de saúde mental a longo prazo, promovendo qualidade geral dos cuidados prestados na UTIP.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário do projeto é elaborar e validar um instrumento de estratificação de risco psicológico em UTI pediátrica a partir de avaliação psicológica. São objetivos secundários declarados: a) Descrever e examinar a prevalência dos fatores de risco psicológico na literatura em avaliações psicológicas em UTIs pediátricas; b) construir instrumento de estratificação de risco psicológico a partir da avaliação psicológica hospitalar pediátrica a partir dos fatores de risco descritos na literatura; c) comparar o instrumento construído ao instrumento Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO); d) comparar as mudanças dos fatores psicológicos aplicados na admissão psicológica (primeiro momento) e após intervenções psicológicas (segundo momento); e) Analisar associações entre dados sócio demográficos e os protocolos aplicados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora declara como possíveis riscos do estudo que os participantes da pesquisa poderão ser expostos a questões de mobilização emocional devido contexto de hospitalização e abordado nos atendimentos, a psicóloga pesquisadora realizará acolhimento e intervenções pertinentes ao bem estar do paciente e acompanhante. Outro fator de risco é a quebra de sigilo dos dados coletados no software RedCap, para minimizar tal questão, as informações serão armazenadas em arquivo criptografado com senha e apenas terão acesso aos dados a pesquisadora e a consultora em bioestatística. Declara como benefícios que os pacientes e acompanhantes terão benefício direto, com o atendimento da psicóloga que os acompanhará a partir de uma avaliação de risco assertiva, as intervenções serão realizadas de forma focal a contemplar as demandas do paciente e acompanhante. Avalia-se que os riscos e benefícios são abordados com clareza e que as medidas para mitigação de danos estão adequadamente propostos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na atual apresentação do projeto a pesquisadora apresenta a solução de pendências anteriormente postas. Segue-se a reprodução das pendências e a avaliação de seu atendimento, item a item: Resposta às Pendências sinalizadas e Avaliação de cumprimento: - A folha de rosto disponibilizada pela Plataforma Brasil no momento do preenchimento do projeto, foi anexada devidamente com a assinatura da instituição proponente. Avaliação:

documento identificado.

- A carta de encaminhamento dentro do modelo disponível no site foi preenchida e anexada junto aos demais documentos. Avaliação: A carta de encaminhamento foi incluída. - O TCLE foi anexado no padrão disponibilizado do site, com os dados da pesquisa, com contato da pesquisadora responsável assim como o e-mail e o telefone do CEP/CHS. Avaliação: novo TCLE atende à pendência. - A pesquisa será realizada com adultos, com aplicação de TCLE, não haverá participação de crianças ou adolescentes e por isso não haverá aplicação de termo de assentimento. Avaliação: esclarecimento feito, em conformidade com a redação do projeto. - Para a coleta de dados será utilizado dois instrumentos: o Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO), que consiste em um instrumento de domínio público, o mesmo foi anexado junto dos demais documentos de pesquisa. O outro instrumento encontra-se em processo de confecção (que consiste na primeira parte da pesquisa) e sua aplicação será utilizada para sua validação (segunda parte da pesquisa). Este instrumento intitulado "Avaliação de Risco psicológico pediátrico (ARPP)" tem como objetivo avaliar o risco psicológico do cuidador, responsável pelo paciente hospitalizado, através da avaliação de constructos psicológicos significativos no contexto de hospitalização, de acordo com a literatura, como: ajustamento à hospitalização, compreensão do adoecimento e tratamento do paciente, funcionalidade do enfrentamento do avaliado e etc. O instrumento consistirá em uma escala do tipo likert com cinco pontuações possíveis: 0 - sem identificação de risco, 1 - baixo, 2 médio, 3 alto risco e irá propor que o psicólogo sinalize o risco psicológico do avaliado de acordo com a descrição de cada constructo avaliado. A primeira proposta do instrumento está anexada. Avaliação: os instrumentos foram incluídos. - O termo de aceite institucional devidamente assinado, foi anexado junto aos demais documentos. Avaliação: documento identificado. - Os currículos lattes de todas as pesquisadoras envolvidas na pesquisa foram anexados. Avaliação: 3 currículos Lattes incluídos - da pesquisadora principal, da professora orientadora e de integrante da equipe de pesquisa. - A carta de revisão ética foi anexada junto aos demais documentos para a pesquisa. Avaliação: a carta de revisão ética foi anexada. - O cronograma no formato foi atualizado, com indicação do dia previsto para o início da coleta de dados e a previsão de envio de relatório parcial e final. Avaliação: Cronograma detalhado incluído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos incluídos no processo: Comprovante de recepção; Informações básicas do projeto, Currículo Lattes da psicóloga Gabriella Elisa Dias Noletto, da psicóloga e doutora Marina Kohlsdorf, e da psicóloga Rejane Bernardes Santana Reis; instrumento Avaliação do Risco Psicológico Pediátrico Hospitalar; instrumento Indicador de Risco Psicológico em Oncologia - IRPO; Carta de resposta a pendências anteriormente apresentadas pelo CEP (reproduzida em outro local do presente parecer); Cronograma; Carta de revisão ética; Carta de encaminhamento; nova Folha de rosto, datada de abril de 2024; TCLE revisado, datado de abril de 2024; Termo de aceite institucional assinado pela Diretora Executiva do Hospital da Criança de Brasília José Alencar; novo Projeto detalhado, datado de abril de 2024.

Análise: Os documentos incluídos, com especial atenção àqueles que foram revisados, são suficientes e atendem satisfatoriamente a critérios éticos.

Recomendações:

As pendências anteriormente apresentadas foram satisfatoriamente sanadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2207750.pdf	22/04/2024 23:31:18	Aceito	
Outros	LattesGabriella.pdf	22/04/2024 23:17:17	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Outros	LattesMarina.pdf	22/04/2024 23:16:51	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Outros	LattesRejane.pdf	22/04/2024 23:16:16	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Outros	AvaliacaoDeRiscoPsicoPed.pdf	22/04/2024 23:15:14	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Outros	IRPO.pdf	22/04/2024 23:13:43	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Outros	Resposta_de_Pendencias_Cep.pdf	22/04/2024 23:12:41	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Outros	CartaDeRevisaoEtica.pdf	22/04/2024 23:10:56	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito

Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento_cep.pdf	22/04/2024 23:09:39	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2024 23:08:56	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeAceiteInstitucional.pdf	22/04/2024 23:07:25	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRejane.pdf	22/04/2024 23:04:24	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	22/04/2024 23:02:37	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoRejane_assinado.pdf	22/04/2024 23:01:05	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2207750.pdf	20/02/2024 23:48:59	Aceito	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRejane.pdf	20/02/2024 23:47:44	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_DO_RESPONSAVEL.pdf	20/02/2024 23:41:40	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito

Ausência				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DO_RESPONSAVEL.pdf	20/02/2024 23:41:40	Rejane BernardesSantana Reis	Recusado
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	20/02/2024 23:39:03	Rejane BernardesSantana Reis	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	20/02/2024 23:39:03	Rejane BernardesSantana Reis	Recusado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Maio de 2024**Assinado por: André Ribeiro da Silva (Coordenador(a))**

Apêndice D: Tabelas e Figuras das Análises Estatísticas do Manuscrito 2

Figura 1

Gráfico de dispersão correlacionando o resultado do indicador IRPO total e a avaliação de risco psicológico total (avaliador principal) analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

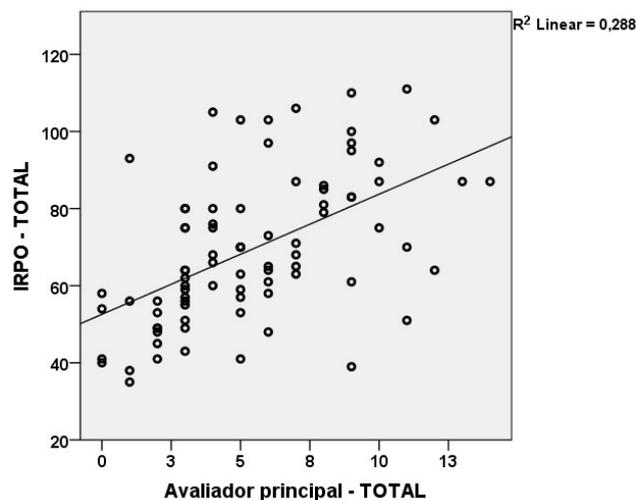


Figura 2

Gráfico de dispersão correlacionando o resultado do indicador IRPO total e a avaliação de risco psicológico total (avaliador observador) analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

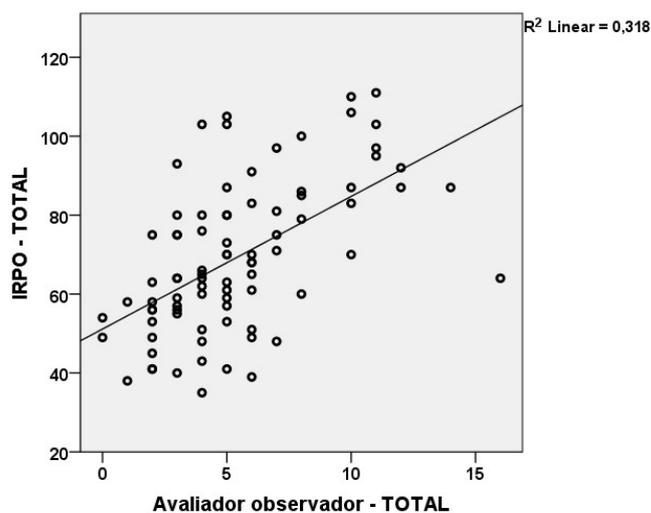


Figura 3

Gráfico de dispersão correlacionando o resultado do indicador IRPO total e a avaliação de risco psicológico total do avaliador principal e observador analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI Pediátrica do HCB

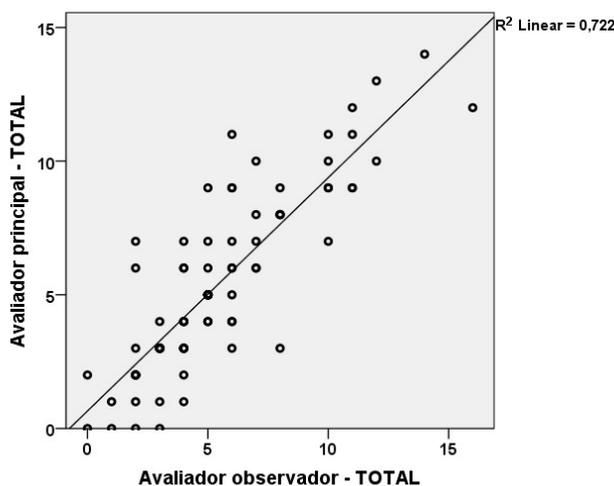


Tabela 6

Análise de correlação intraclassa entre os dois avaliadores da avaliação de risco psicológico analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI do HCB

	Correlação intraclassa	Intervalo de Confiança 95%		Teste F com Valor Real 0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	P
Medidas médias	0,920	0,876	0,948	12,293	83	83	<0,001

Tabela 7

Coordenadas da curva ROC da avaliação de risco psicológico (avaliador principal) analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI do HCB

Positivo se maior ou igual a	Sensibilidade	Especificidade	Soma
-1,000	1,000	0,000	1,000
0,500	0,985	0,158	1,143
1,500	0,954	0,263	1,217
2,500	0,938	0,579	1,517
3,500	0,754	0,737	1,491
4,500	0,631	0,737	1,368
5,500	0,508	0,842	1,350
6,500	0,400	0,895	1,295

7,500	0,308	0,895	1,202
8,500	0,246	0,895	1,141
9,500	0,138	0,947	1,086
10,500	0,092	0,947	1,040
11,500	0,062	1,000	1,062
12,500	0,031	1,000	1,031
13,500	0,015	1,000	1,015
15,000	0,000	1,000	1,000

Tabela 8

Coordenadas da curva ROC da avaliação de risco psicológico (avaliador observador) analisado em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI do HCB

Positivo se maior ou igual a	Sensibilidade	Especificidade	Soma
-1,000	1,000	0,000	1,000
0,500	1,000	0,105	1,105
1,500	0,985	0,158	1,143
2,500	0,908	0,421	1,329
3,500	0,754	0,474	1,228
4,500	0,631	0,684	1,315
5,500	0,446	0,789	1,236
6,500	0,338	0,947	1,286
7,500	0,277	1,000	1,277
9,000	0,200	1,000	1,200
10,500	0,123	1,000	1,123
11,500	0,062	1,000	1,062
13,000	0,031	1,000	1,031
15,000	0,015	1,000	1,015
17,000	0,000	1,000	1,000

Figura 4

Curva ROC do resultado da avaliação de risco psicológico analisado pelo avaliador principal em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI pediátrica do HCB.

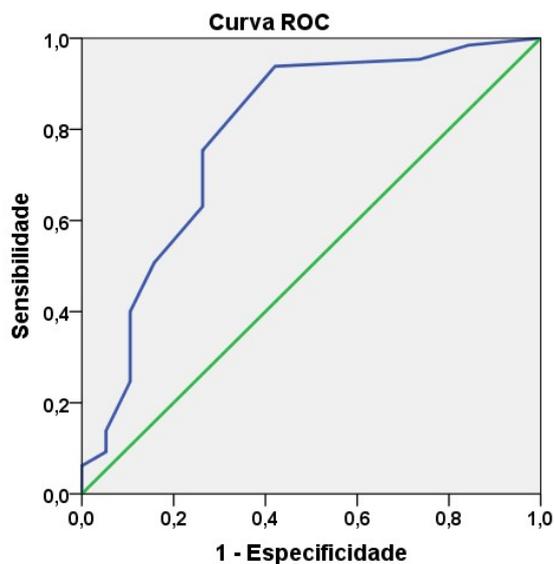


Figura 5

Curva ROC do resultado da avaliação de risco psicológico analisado pelo avaliador observador em cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI pediátrica do HCB.

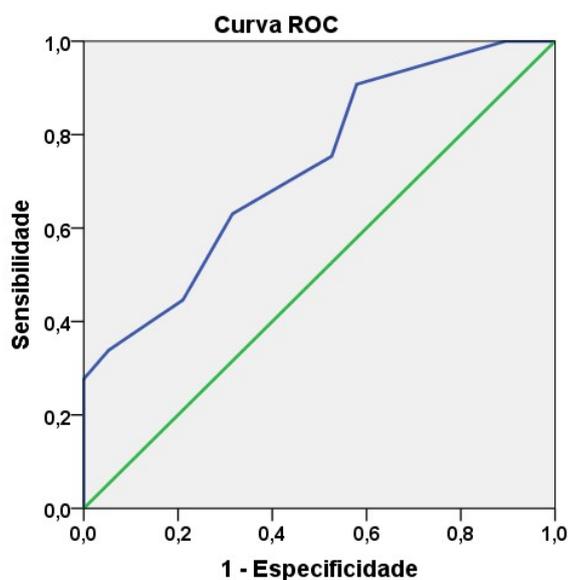


Tabela 9

Análise de associação entre a avaliação de risco psicológico e os dados de perfil de cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI do HC)

		Risco (avaliador principal)		Total	P*	
		Não	Sim			
Gênero	Masculino	n	3	6	9	0,352
		%	33,3	66,7		

	Feminino	n	12	63	75	
		%	16,0	84,0	100,0	
Escolaridade	Ens. Fundamental Incompleto	n	2	10	12	0,522
		%	16,7	83,3	100,0	
	Ens. Fundamental Completo	n	0	3	3	
		%	0,0	100,0	100,0	
	Ens. Médio Incompleto	n	2	13	15	
		%	13,3	86,7	100,0	
	Ens. Médio Completo	n	4	27	31	
		%	12,9	87,1	100,0	
Sup. Incompleto	n	3	5	8		
	%	37,5	62,5	100,0		
Sup. Completo	n	4	11	15		
	%	26,7	73,3	100,0		
Estado civil	Solteiro (a)	n	2	24	26	0,062
		%	7,7	92,3	100,0	
	Convívio marital	n	13	38	51	
		%	25,5	74,5	100,0	
	Divorciado (a)	n	0	7	7	
		%	0,0	100,0	100,0	
Parentesco	Mãe	n	8	57	65	
		%	12,3	87,7	100,0	
	Pai	n	3	6	9	
		%	33,3	66,7	100,0	
	Avó	n	3	1	4	0,032
		%	75,0	25,0	100,0	
	Tia	n	1	2	3	
		%	33,3	66,7	100,0	
	Mãe social	n	0	1	1	
		%	0,0	100,0	100,0	
	Tia afetiva	n	0	2	2	
		%	0,0	100,0	100,0	
Diagnóstico	Doença hematológica	n	1	0	1	
		%	100,0	0,0	100,0	
	Doença respiratória	n	3	34	37	
		%	8,1	91,9	100,0	
	Doença neurológica	n	1	6	7	0,082
		%	14,3	85,7	100,0	
	Doença oncológica	n	0	4	4	
		%	0,0	100,0	100,0	
	Doença gastrointestinal	n	5	7	12	
		%	41,7	58,3	100,0	
	Doença nefrológica	n	0	6	6	
		%	0,0	100,0	100,0	
	Doença Cardíaca	n	1	3	4	
		%	25,0	75,0	100,0	
	Doença metabólica	n	0	1	1	
		%	0,0	100,0	100,0	
	Demanda cirúrgica	n	0	1	1	
		%				

		% 0,0	100,0	100,0	
	Demanda neurocirúrgica	n 1	2	3	
		% 33,3	66,7	100,0	
	Prematuridade	n 1	2	3	
		% 33,3	66,7	100,0	
	Anemia de Blachfan Diamond	n 1	0	1	
		% 100,0	0,0	100,0	
	Síndrome neurológica	n 1	2	3	
		% 33,3	66,7	100,0	
	Acidente escorpiônico	n 0	1	1	
		% 0,0	100,0	100,0	
UTI	Estrela do mar	n 3	21	24	
		% 12,5	87,5	100,0	
	Cavalo marinho	n 5	17	22	
		% 22,7	77,3	100,0	0,733
	Peixe	n 3	18	21	
		% 14,3	85,7	100,0	
	Polvo	n 4	13	17	
		% 23,5	76,5	100,0	
Total		n 15	69	84	
		% 17,9	82,1	100,0	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

Apêndice E: Tabelas e Figuras da Análise estatística de componentes principais (ACP)
do Manuscrito 2

Tabela 10

Análise de comparação entre juízes para valores próprios iniciais dos itens da avaliação de risco psicológico em cuidadores pediátrico.

Componente	Valor próprio		% de Variância total		% acumulada	
	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 1	Juiz 2
1	3.135	2.950	28.50	26.81	28.5	26.8
2	1.464	1.608	13.31	14.62	41.8	41.4
3	1.218	1.354	11.08	12.31	52.9	53.7
4	1.008	1.164	9.16	10.58	62.0	64.3
5	0.964	1.034	8.77	9.40	70.8	73.7
6	0.859	0.732	7.81	6.66	78.6	80.4
7	0.729	0.532	6.62	4.84	85.2	85.2
8	0.533	0.530	4.85	4.82	90.1	90.0
9	0.413	0.464	3.76	4.22	93.8	94.3
10	0.350	0.350	3.18	3.18	97.0	97.4
11	0.327	0.281	2.97	2.55	100.0	100.0

Figura 1

Gráfico de Sedimentos (Scree plot), análise de componentes principais – Psicólogo Avaliador Principal

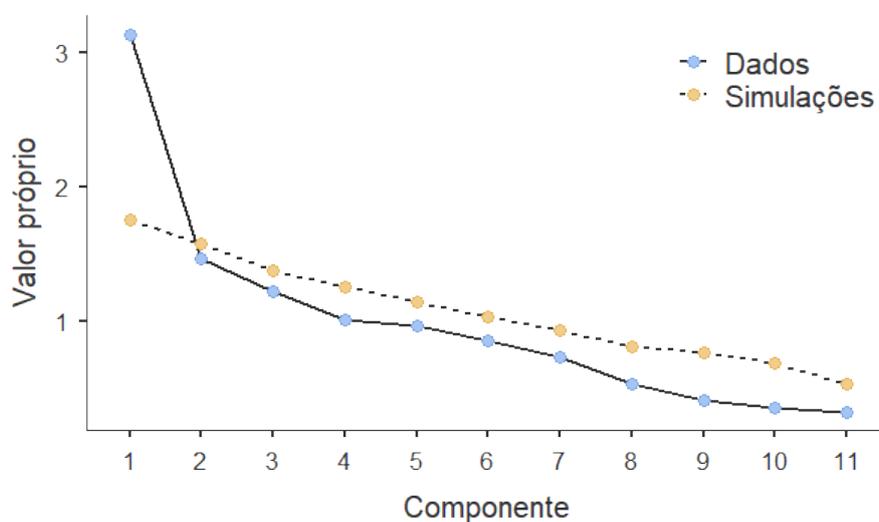
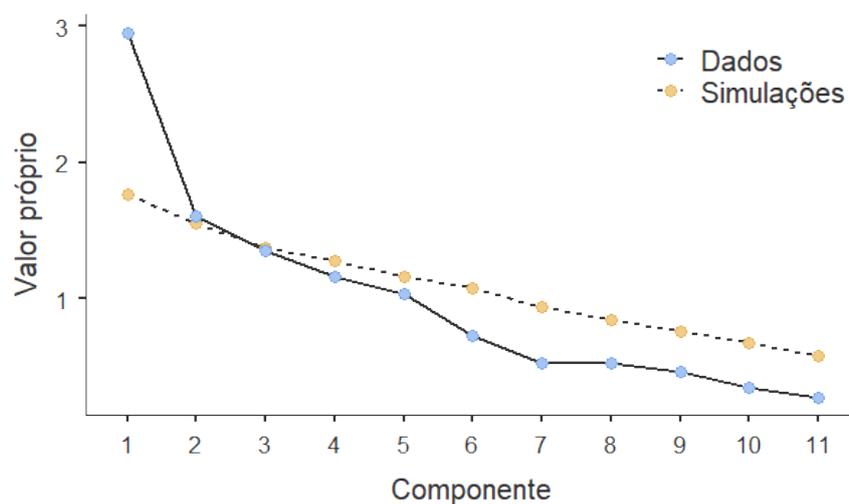


Figura 2

Gráfico de Sedimentos (Scree plot), análise de componentes principais – Psicólogo

Avaliador Observador



Sumário Juiz 1

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	3.13	28.5	28.5

Sumário Juiz 2

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.83	25.8	25.8
2	1.72	15.7	41.4

Teste de Esfericidade de Barlett

	χ^2	gl	p
Juiz 1	193	55	<.001
Juiz 2	206	55	<.001

Medida de Adequação de Amostragem de KMO

	MAA	
	Juiz 1	Juiz 2
Global	0.668	0.647
Postura e Cognição	0.662	0.696

MAA

Ajustamento	0.689	0.638
Compreensão	0.631	0.662
Enfrentamento	0.730	0.402
Adesão	0.618	0.696
Relacionamento e Comunicação	0.417	0.545
Estado Emocional	0.720	0.396
Complexidade da doença	0.656	0.737
Suporte Social	0.707	0.571
Fatores de Vulnerabilidade	0.664	0.725
Risco de Suicídio	0.630	0.547

Pesos dos Componentes

Juiz 1	Componente	
	1	Singularidade
PosCog	0.498	0.752
Ajus	0.646	0.583
Comp	0.460	0.789
Enf	0.753	0.432
Ade	0.427	0.818
RelCom	0.173	0.970
EsEm	0.668	0.553
CompDoe	0.321	0.897
SupSoc	0.596	0.645
FatVul	0.590	0.652
RisSui	0.476	0.774

Nota. Foi utilizada a rotação 'simplicmax'

Juiz 2	Componente		
	1	2	Singularidade
RisSui2	0.75778	-0.590	0.372
Enf2	0.74398	0.166	0.337
FatVul2	0.70701	-0.286	0.551
SupSoc2	0.68873	-0.201	0.576
EsEm2	0.68620	0.169	0.424
Ajus2	0.60785	0.155	0.545
Comp2	0.06105	0.739	0.421
PosCog2	0.00609	0.595	0.644
RelCom 2	0.07632	0.481	0.739
CompDo e2	- 0.04445	0.348	0.887
Ade2	0.05358	0.210	0.946

Nota. Foi utilizada a rotação 'simplicmax'

Juiz 2	Componente		
	1	2	Singularidade

Índices de Consistência Interna do Fator Geral

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

	α de Cronbach	ω de McDonald
Juiz 1	0.713	0.734
Juiz 2	0.685	0.694

Correlações Inter-componentes

	1	2
1	—	0.329
2		—

Por componente

Componente 1

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

	α de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.750	0.766

Componente 2

Estatísticas de Fiabilidade de Escala

	α de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.370	0.487

Dada a baixa confiabilidade do segundo componente, forçou-se a estrutura de 1 componente para o juiz 2.

Pesos das Componentes

	Componente	
	1	Singularidade
Enf2	0.814	0.338
EsEm2	0.758	0.425
Ajus2	0.674	0.546
SupSoc2	0.582	0.661
FatVul2	0.559	0.688
RisSui2	0.462	0.786
Comp2	0.417	0.826

Pesos das Componentes

	Componente	
	1	Singularidade
RelCom2	0.308	0.905
PosCog2	0.293	0.914
Ade2	0.154	0.976
CompDoe2	0.124	0.985

Nota. Foi utilizada a rotação 'simplimax'

Sumário

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.95	26.8	26.8

Teste de Esfericidade de Bartlett

χ^2	gl	p
206	55	< .001

Medida de Adequação de Amostragem de KMO

	MAA
Global	0.647
RisSui2	0.696
FatVul2	0.638
SupSoc2	0.662
CompDoe2	0.402
EsEm2	0.696
RelCom2	0.545
Ade2	0.396
Enf2	0.737
Comp2	0.571
Ajus2	0.725
PosCog2	0.547

Valores próprios iniciais

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.950	26.81	26.8
2	1.608	14.62	41.4
3	1.354	12.31	53.7
4	1.164	10.58	64.3
5	1.034	9.40	73.7
6	0.732	6.66	80.4
7	0.532	4.84	85.2
8	0.530	4.82	90.0
9	0.464	4.22	94.3
10	0.350	3.18	97.4
11	0.281	2.55	100.0

Após exclusão dos indicadores com menor carga fatorial do Juiz 2

Análise Componentes Principais

Pesos das Componentes

	Componente	
	1	Singularidade
Enf2	0.817	0.333
EsEm2	0.759	0.424
Ajus2	0.675	0.544
SupSoc2	0.604	0.635
FatVul2	0.593	0.649
RisSui2	0.551	0.696
Comp2	0.303	0.908

Nota. Foi utilizada a rotação 'simplimax'

Estatísticas das Componentes

Sumário

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.81	40.2	40.2

Correlações Inter-componentes

1

Correlações Inter-componentes

1	
1	—

Teste de Esfericidade de Bartlett

χ^2	gl	p
138	21	<.001

Verificação de Pressupostos

Medida de Adequação de Amostragem de KMO

MAA	
Global	0.722
RisSui2	0.709
FatVul2	0.705
SupSoc2	0.738
EsEm2	0.779
Enf2	0.696
Comp2	0.538
Ajus2	0.771

Valores próprios

Valores próprios iniciais

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.812	40.17	40.2
2	1.219	17.41	57.6
3	0.980	14.00	71.6
4	0.647	9.24	80.8
5	0.568	8.11	88.9
6	0.466	6.65	95.6
7	0.309	4.41	100.0

Aplicando as mesmas exclusões do Juiz 2 nos dados do Juiz 1

Análise Componentes Principais

Pesos das Componentes

Componente	
1	Singularidade

Pesos das Componentes

	Componente	
	1	Singularidade
Ajus	0.641	0.589
Enf	0.783	0.388
EsEm	0.723	0.478
SupSoc	0.588	0.654
FatVul	0.622	0.614
RisSui	0.617	0.620

Nota. Foi utilizada a rotação 'simplimax'

Estatísticas das Componentes

Sumário

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.66	44.3	44.3

Correlações Inter-componentes

	1
1	—

Verificação de Pressupostos

Teste de Esfericidade de Bartlett

χ^2	gl	p
107	15	< .001

Medida de Adequação de Amostragem de KMO

	MAA
Global	0.740
Ajus	0.732
Enf	0.734
EsEm	0.764
SupSoc	0.731
FatVul	0.735
RisSui	0.740

Valores próprios

Valores próprios iniciais após retirada de itens

Componente	Valor próprio	% de Variância total	% acumulada
1	2.659	44.31	44.3
2	0.975	16.25	60.6
3	0.905	15.09	75.6
4	0.579	9.64	85.3
5	0.477	7.95	93.2
6	0.406	6.77	100.0

CORRELAÇÃO COM IRPO

Matriz de Correlações

	ERPP-R Juiz 1	ERPP-R Juiz 2	ERPP Juiz 1	ERPP Juiz 2	IRPO
ERPP-R Juiz 1	—				
ERPP-R Juiz 2	0.839 ***	—			
ERPP Juiz 1	0.909 ***	0.756 ***	—		
ERPP Juiz 2	0.752 ***	0.876 ***	0.837 ***	—	
IRPO	0.677 ***	0.622 ***	0.579 ***	0.580 ***	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$