

**AVALIAÇÃO DA VARIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE
EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SEUS PAIS,
DURANTE OS PRIMEIROS SEIS MESES DE
TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO EM UMA
INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA EM SÃO PAULO**

ALINE ANTUNES PEREIRA ROSA

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre
em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

**Orientador: Dra. Maria Teresa Duarte Pereira
da Cruz Lourenço**

Co-Orientador: Dra. Christina Haas Tarabay

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Rosa, Aline Antunes Pereira

Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo / Aline Antunes Pereira Rosa – São Paulo, 2017.

83p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço

Descritores: 1. Estresse Psicológico/Stress, Psychological. 2. Criança/psicologia/Child/psychology. 3. Adolescente//psicologia/Adolecent/psychology. 4. Neoplasias/Neoplasms. 5. Psicologia da Criança/Child Psychology. 6. Psicologia Médica/Psychology, Medical

“A felicidade aparece para aqueles que
reconhecem a importância das
pessoas que passam em nossa vida.”

Clarice Lispector

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pacientes. Aos que são, aos que foram e aos que ainda serão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e a Nossa Senhora de Aparecida que sempre fortalecem minha fé e seguram suavemente em minhas mãos nos momentos mais difíceis e me direcionam ao melhor caminho à seguir.

Agradeço aos meus pais, Ivanice e Osmar com todo o meu amor, por tudo que fizeram e fazem por mim. Desejo ser merecedora do esforço dedicado por vocês em todos os aspectos de minha vida, e em especial, quanto a minha formação.

Ao meu amado marido Mauro por estar ao meu lado em todos os momentos e em muitos deles me trazer à realidade com tanto respeito, amor e preocupação.

Ao meu filho Pedro por ter chegado tão de repente e ter me dado a oportunidade de amar incondicionalmente. Te agradeço também por me permitir admirar ainda mais todos os pais e pacientes que cruzam e cruzaram meu caminho.

Ao meu irmão Anderson, cunhada Viviane e sobrinho Miguel pelo amor.

À minha orientadora Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço pelo admirável ensinamento e paciência, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À minha Co-Orientadora Dra. Christina Haas Tarabay pelos importantes direcionamentos e consideração.

À Ms. Kátia Rodrigues Antunes por me abrir as portas do A.C.Camargo Cancer Center.

Às psicólogas Flávia Andrade, Juliana Stella, Natália Pavani, Priscilla Brandi, Stéphanie Witzel e Valéria Crisafulli por todo carinho e ajuda.

Às amigas Liliane Marques por compartilhar de minhas conquistas e me escutar nos momentos difíceis, Thaysa K. Lima pelo estímulo e carinho, Cleane Santiago pelo amor que tem por mim e pela minha família, Maria Lúcia Correa pelo apoio e orientações para a vida e Carolina Marçal pela parceria.

À Fundação Antonio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center por possibilitar a realização desta pesquisa.

À todos os integrantes do Núcleo de Psico-Oncologia e Departamento de Oncologia Pediátrica, em especial à Dra. Cecília M. L. Costa, por abrir as portas da pediatria.

À todos os pacientes e seus pais por me permitirem ser presente em um momento tão delicado de suas vidas.

À todos os integrantes da Pós- Graduação, em especial à Ana Kuninari.

À bibliotecária Suely Francisco pela atenção e dedicação.

Agradeço à todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

Rosa AAP. **Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo.** São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Com o passar dos anos o adoecimento por câncer tornou-se mais proeminente. Dentre os inúmeros diagnósticos oncológicos, o de câncer infantojuvenil é considerado o de menor incidência, sendo estimado entre 1% a 3% de todos os diagnósticos. Sua baixa incidência, o torna raro, porém causador de grandes transtornos biopsicossociais. Leva a diversas modificações na vida e círculo familiar dos indivíduos acometidos por tal patologia. Devido ao possível surgimento de sentimentos de angústia e sintomas de estresse, objetivou-se com esta pesquisa avaliar a ocorrência de estresse nessa população e compreender se há variação do mesmo durante o tratamento quimioterápico. Esta compreensão poderá contribuir para uma assistência especializada aos pacientes e seus pais, promovendo maior segurança e tranquilidade para o enfrentamento do tratamento. Assim, a partir de um estudo quantitativo longitudinal, que ocorreu entre os meses de dezembro de 2015 e dezembro de 2016 foram avaliados doze pacientes, com idade média de 10,6 anos e doze pais com idade média de 36,3 anos, os quais responderam aos testes psicológicos: Escala de Stress Infantil (ESI), Escala de Stress para Adolescentes (ESA) (Anexo 3) e o Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), por um período de seis meses posteriores ao início do tratamento quimioterápico, em intervalos bimestrais. Especificamente no que se refere a incidência de estresse nossos achados corroboram com os dados da literatura pesquisada. Os resultados sugeriram a existência de estresse em ambos os grupos, porém nos pais observou-se fases mais avançadas e potencialmente prejudiciais. Notou-se ainda uma

influência do quadro de estresse dos pais sobre a presença de estresse nos pacientes. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais com amostras maiores visando a melhor compreensão da incidência de estresse em oncopediatria.

SUMMARY

Rosa AAP. **[Evaluation of the variation of the level of stress in children, adolescents and their parents during the first six months of pediatric oncology treatment at a specialized institution in São Paulo]**. São Paulo, 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Over the years cancer illness has become more prominent. Among the many oncological diagnoses, that of childhood cancer is considered to have the lowest incidence, estimated between 1% and 3% of all diagnoses. Its low incidence makes it rare, but causes great biopsychosocial disorders. It leads to several modifications in the life and family circle of the individuals affected by such pathology. Due to the possible appearance of feelings of anguish and stress symptoms, this study aimed to evaluate the occurrence of stress population and to understand if there is variation of the same during the chemotherapy treatment. This understanding can contribute to a specialized assistance to the patients and their parents, promoting greater security and tranquility to face the treatment. Thus, from a longitudinal quantitative study that occurred between December 2015 and December 2016, twelve patients were evaluated, with an average age of 10.6 years old and twelve parents with an average age of 36.3 years old, who responded to psychological tests: Escala de Stress Infantil (ESI), Escala de Stress para Adolescentes (ESA) e Inventário de Stresse para Adultos de Lipp (ISSL), for a period of six months after the beginning of chemotherapy treatment, at two-month intervals. Specifically with regard to the incidence of stress, our findings corroborate with the data of the researched literature. The results suggested the existence of stress in both groups, however, in the parents, more advanced and potentially harmful phases were observed. It was noticed that there was an influence on the stress of the parents on the presence of stress in the patients. It is recommended to conduct longitudinal studies with larger samples aiming at a better understanding of the incidence of stress in oncopediatrics.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1	Gráfico de estresse dos pacientes ao longo do tratamento de quimioterapia.....	44
Figura 2	Gráfico de estresse dos pais ao longo do tratamento de quimioterapia do (a) filho (a).....	45
Tabela 1	Variáveis sócio demográficas dos pacientes.....	42
Tabela 2	Caracterização dos pacientes.....	43
Tabela 3	Variáveis sócio demográficas dos pais.....	43
Tabela 4	Primeira Avaliação dos pacientes.....	46
Tabela 5	Segunda Avaliação dos pacientes.....	46
Tabela 6	Terceira Avaliação dos pacientes.....	47
Tabela 7	Quarta Avaliação dos pacientes.....	48
Tabela 8	Primeira Avaliação dos pais.....	48
Tabela 9	Segunda Avaliação dos pais.....	49
Tabela 10	Terceira Avaliação dos pais.....	49
Tabela 11	Quarta Avaliação dos pais.....	50
Quadro 1	Variação do estresse dos pacientes.....	51

Quadro 2	Variação do estresse dos pais.....	53
Quadro 3	Correlação do estresse.....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APCC	Associação Paulista de Combate ao Câncer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESA	Escala de Stress para Adolescentes
ESI	Escala de Stress Infantil
GHQ-12	General Health Questionare
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress Para Adultos de Lipp
LEPS	Laboratório de Stress
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNET	Tumor Neuroectodérmico Primitivo Periférico
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termos de Consentimento Livre Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Desenvolvimento humano: da criança ao adolescente	8
1.2	Câncer infanto-juvenil e estigma	14
1.3	O conceito de estresse e a importância de sua avaliação no contexto da oncopediatria	19
1.4	Intervenções psicológicas em oncopediatria.	29
1.4.1	No cenário do paciente.....	30
1.4.2	Na esfera dos pais.....	31
2	OBJETIVOS	33
2.1	Objetivo Geral.....	33
2.2	Objetivos Específicos	33
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	34
3.1	Casuística e Métodos	34
3.2	Instrumentos.....	37
3.2.1	Escala de Stress Infantil (ESI).	37
3.2.2	Escala de Stress para Adolescentes (ESA).....	38
3.2.3	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).	39
3.2.4	Autorização do uso dos testes.....	39
3.3	Considerações Éticas	39
3.4	Análise Estatística.	40
4	RESULTADOS	41
4.1	O resultado do estresse.....	44
4.1.1	O estresse nos pacientes	45
4.1.2	O estresse nos pais.....	48
4.2	Sobre a variação do estresse do paciente.....	50
4.3	Sobre a variação do estresse dos pais.....	52

4.4	Correlacionando os dados de estresse	53
5	DISCUSSÃO	55
6	CONCLUSÃO	71
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	72

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

Anexo 2 Escala de Stress Infantil

Anexo 3 Escala de Stress para Adolescentes

Anexo 4 Inventário de Stress para Adultos de Lipp

Anexo 5 Autorização para utilização dos testes

APÊNDICES

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para
Menores de 18 anos

Apêndice 3 Termo de Assentimento para Criança e o Adolescente

Apêndice 4 Questionário de dados sócio demográficos

1 INTRODUÇÃO

O aumento da incidência de câncer na população mundial se eleva a cada dia, sendo bastante estudado e debatido tanto pela comunidade científica como por leigos (PEREIRA et al. 2015).

Para o ano de 2030 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que poderão ser acometidos por câncer por volta de 21,4 milhões de indivíduos, acarretando em cerca de 13,2 milhões de mortes (Ministério da Saúde 2014).

Dados das estimativas de 2014 quanto a novos casos oncológicos, excluindo-se tumores de pele não melanoma, apresentados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) revelam 394.450 novos casos de câncer no Brasil (Ministério da Saúde 2014).

Para o biênio 2016-2017, estima-se aproximadamente 420.310 novos casos, excluindo-se tumores de pele não melanoma, o que reforça a evolução da doença em nosso país, e nos mostra a necessidade do aumento da incorporação de atos de gerenciamento dos fatores de risco pelos serviços de saúde, tal como ações que visem informações à população quanto a importância da prevenção e detecção precoce do câncer (Ministério da Saúde 2015).

Tratando-se do câncer infantojuvenil, observa-se que mundialmente tal patologia é a segunda causa de morte de indivíduos na faixa etária que compreende de 1 a 14 anos (LITZELMAN et al. 2011).

Ainda que baixa, sua incidência apresenta-se em crescimento desde a década de 70, mas felizmente sua mortalidade ao contrário, apresenta-se em declínio. Por volta dos anos 60 somente 28% das crianças acometidas por câncer sobreviviam e a partir dos anos 90 este número passa a circundar entre 70% e 75% de sobreviventes (BORGES et al. 2006).

Ao abordarmos a incidência de câncer infantojuvenil no Brasil (0 a 19 anos), nota-se que os dados levantados pelo INCA para os anos de 2016 e 2017 revelam que o diagnóstico de câncer pediátrico terá uma ocorrência em torno de 3%, distinguindo-se significativamente dos diagnósticos em adultos. Ocorrerá em torno de 12.600 novos casos na faixa etária que compreende de 0 anos aos 19 anos (Ministério da Saúde 2014, 2015).

Os tumores pediátricos são considerados raros, já que na maioria das populações mundiais sua prevalência está entre 1% e 3% de todos os diagnósticos oncológicos (Ministério da Saúde 201, 2015).

De acordo com CURADO et al. (2014), os tipos de cânceres mais comuns nesta faixa etária são as leucemias, tumores de sistema nervoso central e linfomas. Nos dias de hoje, estão disponíveis tratamentos bastante avançados e eficazes, como procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos mais direcionados, irradiação, transplante de medula óssea e outros, o que tem auxiliando para o aumento dos índices de cura (BORGES et al. 2006).

Mesmo sendo raro, o câncer infantojuvenil é causador de grandes transtornos biopsicossociais. Após o diagnóstico oncológico os pacientes e familiares tendem a passar por momentos de intenso sofrimento, que

poderão perdurar por todo o tratamento (VALLE e RAMALHO 2008; WOZNIAK e IZYCKI 2014).

MANSANO-SCHLOSSER e CEOLIM (2012) descrevem que a estes pacientes são frequentemente impostas condições que resultam em uma degradação da qualidade de vida, permeando-a por desconfortos, falta de autonomia, privações e prejuízos na autoestima.

As inúmeras modalidades de tratamento e o vasto arsenal de drogas disponíveis ao tratamento oncológico semeiam esperança àqueles que são impactados pelo adoecimento, mas inevitavelmente os mesmos tratamentos dispostos a trazer a saúde de volta, também ocasionam dores e deixam sequelas nos indivíduos (MANSANO-SCHLOSSER e CEOLIM 2012).

Quando mencionamos dores e sequelas, torna-se importante esclarecer que a dor aqui referida é a “dor total”, conceito este que foi definido por Cicely Saunders na década de 60, determinando que ao olhar para o indivíduo acometido pela dor, deve-se fazê-lo de maneira ampla, ou seja, considerando seus aspectos físicos, psicossociais e espirituais (TRAUE et al. 2010).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) estabeleceu no ano de 1979 que a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.” Ainda que a definição estabelecida pela IASP seja objetiva, consegue abarcar o profundo processo da dor, dando a importância devida às influências psíquicas sobre a mesma (TRAUE et al. 2010).

Durante o processo de adoecimento e busca pelo reestabelecimento da saúde, sintomas de estresse significativos podem passar a fazer parte da rotina de diversos pacientes e familiares. Sentimentos de angústia relacionados ao medo do desconhecido e a iminência da morte podem ocasionar importantes distúrbios psicológicos para os envolvidos neste contexto (PEÇANHA 2008).

Com o aumento alarmante de casos de câncer no país, percebe-se grande preocupação por parte dos profissionais da saúde quanto aos prejuízos na qualidade de vida de pessoas acometidas por esta patologia, uma vez que durante o tratamento os pacientes comumente são surpreendidos por alterações físicas e psíquicas significativas. Os familiares, que fazem parte de seu círculo social imediato, também são submetidos a importantes e repentinas transformações em suas vidas (GURGEL e LAGE 2013).

Considerando a alta complexidade da terapêutica empregada é importante que uma equipe multiprofissional acompanhe a criança e seus familiares, sendo que estes estarão sujeitos a situações frequentemente fragilizadoras e estressantes durante o período de tratamento (VALLE e RAMALHO 2008; WOZNIAK e IZYCKI 2014).

Assim, tendo em vista as inúmeras modificações nos âmbitos biopsicossociais aos quais os pais e pacientes oncológicos em geral são submetidos torna-se relevante avaliar os possíveis sintomas de estresse destes, bem como, sua possível variação durante o tratamento, enfatizando

os primeiros meses, momento em que a prevalência de transtornos psiquiátricos são mais elevados (PEÇANHA 2008; LJUNGMAN et al. 2015).

A prevalência de transtornos mentais na população geral brasileira vem apresentando índices significativos no decorrer dos últimos anos.

MIRANDA et al. (2008), analisaram em um estudo epidemiológico mais de 3500 prontuários de indivíduos na faixa etária dos 0 aos 89 anos, provenientes de 6 instituições públicas especialistas em saúde mental no estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 1997 e 2001.

O estudo mostrou que na população adulta, que em cerca de 80% dos prontuários analisados o transtorno mental de maior incidência encontrado, 14,2% foi o F32 (Episódios Depressivos), acometendo 7,6% pessoas do sexo masculino e 23,4% pessoas do sexo feminino. Dentre a população infantil, constatou-se como maior incidência 15,8%, o F43 (Reações a “stress” grave e transtornos de adaptação), ocorrendo em 12,8% do sexo masculino e 20,3% do sexo feminino (MIRANDA et al. 2008).

A partir dos dados encontrados MIRANDA et al. (2008) conclui-se ainda que a maior incidência de transtornos mentais ocorrem na idade adulta, deve-se portanto implementar serviços de atenção a infância e adolescência, a fim de prevenir e evitar o agravamento e/ou desenvolvimento de psicopatologias futuras, minimizando assim a incapacitação que estas podem ocasionar aos indivíduos na idade adulta.

SANTOS e SIQUEIRA (2010) revisaram a literatura relativa a prevalência de transtornos mentais na população brasileira adulta e após a análise de 25 artigos publicados entre os anos de 1997 e 2009, concluíram

que entre 20% e 56% dos participantes das pesquisas apresentaram algum transtorno mental, sendo mulheres mais acometidas por transtornos ansiosos, de humor e somatoformes, e os homens por transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

GONÇALVES et al. (2014), analisaram a partir de um estudo multicêntrico, os índices de ansiedade e depressão na população brasileira através da *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). O estudo ocorreu entre os anos de 2009 e 2010 em quatro grandes capitais do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza), abrangendo assim amostras diversas. Participaram do estudo 1857 pessoas, que apresentaram em todas as capitais estudadas índices acima de 50% de ambos os transtornos, tal ocorrência foi maior evidenciada em mulheres, indivíduos inativos laboralmente, com baixa escolaridade e renda. Os elevados índices de transtornos mentais em nossa população relatados em estudos anteriores foram confirmados.

De acordo com THIENGO et al. (2014), na população infantojuvenil os transtornos mais comuns são os transtornos ansiosos, depressivos, de déficit de atenção e hiperatividade, por uso de substâncias psicoativas e de conduta. Em seus achados, a ocorrência dos transtornos ansiosos chega a variar entre 9,1% e 32,3%, bem como a depressão, varia entre 5,9% e 12,% de sua ocorrência.

RZEWUSKA et al. (2017), a partir de um estudo epidemiológico realizado com uma amostra da população adulta do Brasil, entre agosto de

2013 e fevereiro de 2014, revela uma importante correlação entre doenças físicas e o desenvolvimento de doenças mentais.

Em relação ao total da população estudada, 4.8% apresentou algum distúrbio mental, sendo que, esta proporção aumentou significativamente (23,4%) quando o indivíduo era acometido por cinco ou mais problemas de saúde físicos. Dentre estes que apresentaram algum distúrbio mental, 74,6% eram acometidos por uma ou mais doenças físicas crônicas (RZEWUSKA et al. 2017).

De acordo com PATEL et al. (2007), a cada cinco crianças e/ou adolescentes no mundo, ao menos uma é acometida por algum transtorno mental. Os fatores associados ao desenvolvimento das psicopatologias infantis são: fatores biológicos, genéticos, psicossociais e ambientais. Aqui enfatizaremos aqui, o fator psicossocial, em especial, situações causadoras de estresse (THIENGO et al. 2014).

Os autores ainda observaram que um fator protetivo para o desenvolvimento de quaisquer psicopatologias infantojuvenis é ter convivência com ambos os pais, uma vez que vivência de uma família estruturada, que se apoia mutuamente, pode atenuar efeitos de situações estressoras e então minimizar o surgimento de transtornos mentais (THIENGO et al. 2014).

Desta forma, buscando compreender a prevalência de sintomas de estresse em pais e pacientes pediátricos em um Centro Oncológico da cidade de São Paulo, optou-se pela utilização das escalas brasileiras: Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2), Escala de Stress para Adolescentes (ESA)

(Anexo 3) e o Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo 4) (LIPP e LUCARELLI 2011).

Estes visam compreender possíveis sintomas de estresse do indivíduo, bem como, no caso de sua ocorrência, delimita a fase do estresse em que este se encontra, tornando possível, a partir da detecção dos sintomas, a elaboração de um tratamento psicológico direcionado e que auxilie no enfrentamento adequado à situação de adoecimento e consequente minimização do desenvolvimento de transtornos mentais futuros (LIPP e LUCARELLI 2011).

1.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO: DA CRIANÇA AO ADOLESCENTE

De acordo DANTAS (2008), no Artigo 2º da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa de até doze anos incompletos, e adolescente aquela com idade entre doze e dezoito anos.

Desde a concepção até a morte, o ser humano percorre um complexo caminho de desenvolvimento. Compreender como se dá o desenvolvimento humano “normal” nos aspectos físico, cognitivo e psicossocial permite que se tenha maior sensibilidade aos inesperados fenômenos que se pode ser submetido ao longo deste desenvolvimento.

PAPALIA et al. (2006) descrevem que as mudanças que ocorrem durante os primeiros períodos do nosso ciclo vital são amplas e rápidas,

diferentemente de quaisquer outros momentos de nossa vida. É no período pré-natal, ou seja, dentro do útero da mãe que são formadas as diversas estruturas e órgãos do indivíduo, sendo este, um período imensamente importante, tendo em vista que o ser humano já é capaz de aprender e apreender informações, como é possível perceber na interação do feto com a mãe ao ouvi-la.

Na primeira infância, que compreende de 0 a 3 anos, o crescimento e desenvolvimento físico e das habilidades motoras são rápidos, a capacidade de aprender permanece presente e a compreensão e o uso da linguagem também se desenvolvem. A autora descreve que neste período, a criança tem mais apego pelos pais e desenvolve a autoconsciência e autonomia, não mais acreditando que a mãe seja uma extensão de seu próprio corpo, como nos meses iniciais de sua existência (PAPALIA et al. 2006).

A ligação estabelecida entre mãe e filho no início da vida será norteadora para as futuras relações deste indivíduo, sendo que aquele que se sente aceito e amado pelos pais terá a tendência de desenvolver interações sociais adequadas, porém, não livres de frustrações e aborrecimentos. Mas terá condições de suportá-las (RAPPAPORT 1982).

Aqueles que têm dúvidas, ainda que inconscientes, do afeto dos pais estarão mais suscetíveis a ter sentimentos negativos, fragilizando-se e tendendo a apresentar dificuldades em seus relacionamentos sociais, bem como, isolando-se muitas vezes de grupos (RAPPAPORT 1982).

A segunda infância é a fase que vai dos 3 aos 6 anos, em que o crescimento físico é constante e notório, o apetite tende a diminuir e os

problemas com sono são comuns, ou seja, é nesta fase em que as crianças apresentam “manhas” para comer e costumam dormir junto com pais, devido a pesadelos (PAPALIA et al. 2006).

A memória e a linguagem se aperfeiçoam e a inteligência torna-se previsível. Há um aumento na independência, iniciativa e cuidados para consigo. As brincadeiras se tornam mais imaginativas e as agressões e temores começam a aparecer, assim como as amizades começam a ser importantes (PAPALIA et al. 2006).

Na terceira infância (6 aos 11 anos), o crescimento diminui, mas a força física aumenta. Começam a pensar com lógica, mas de maneira concreta. O desenvolvimento cognitivo se beneficia com a aprendizagem escolar (PAPALIA et al. 2006).

Na teoria psicanalítica na faixa etária que compreende entre os 6 e 7 anos a energia libidinal da criança é direcionada ao seu pensamento e socialização, posteriormente, com a puberdade, tal energia é canalizada para a organização genital (FIORI 1982).

Por volta dos 7 anos, com o ingresso ao universo escolar regular a criança pode apresentar necessidades especiais em relação aos estudos. É nesta fase que se adquire a leitura e então a possibilidade de transmitir aos demais seus conhecimentos e pensamentos, demonstrando a melhora de sua qualidade de raciocínio. É neste período também que o indivíduo inicia e amadurece a aquisição de sua motricidade fina, onde seu esquema corporal aperfeiçoa-se gradualmente permitindo-lhe apuradas relações externas (RAPPAPORT 1982; FIORI 1982; PAPALIA et al. 2006).

RAPPAPORT (1982) aponta que indivíduos com esta faixa etária testam suas capacidades intelectuais através dos jogos e por isso, nota-se neste público uma intensa necessidade de vencer disputas. Com isso, o espaço lúdico, propicia um importante treino para as realizações e cobranças sociais, como por exemplo, cumprir horários e tarefas, os quais serão frequentemente exigidos no ambiente escolar, colocando o indivíduo em constante competição interna e externa (FIORI 1982).

Quanto às relações sociais, esta se caracteriza pela proximidade de indivíduos do mesmo sexo, o que podemos perceber claramente nas amizades estabelecidas na escola, período em que a criação de grupos é bastante homogênea. Os amigos assumem importância central em suas vidas e os pais são deixados de lado em diversos momentos (RAPPAPORT 1982).

Com o distanciamento dos pais, por volta dos 10-11 anos de idade, as crianças podem tornar-se mais questionadoras, não aceitando a autoridade e questionando ordens, entendendo que regras podem ser quebradas (DAVIS 1982).

Ainda que neste período haja um distanciamento das relações paternas, o papel dos pais é fundamental na socialização saudável do indivíduo, pois estes terão influência direta no estabelecimento de valores, norteamto de atitudes e comportamentos. O ambiente familiar sempre será decisivo na determinação do desenvolvimento social da criança. Exaltando-se aqui, a relevância da boa qualidade no relacionamento

materno para o desenvolvimento de uma personalidade saudável do indivíduo (DAVIS 1982).

RAPPAPORT (1982), relata que em 1957 Koppitz realizou um estudo que envolvia 75 meninos com cerca de 12 anos, no qual verificou que a personalidade da mãe, tem relacionamento estreito com o ajustamento da criança, uma vez que as crianças que se auto intitulavam ansiosas, culpadas, ou más, adivinham de uma mãe psicologicamente instável.

Quando todo este desenvolvimento descrito é considerado normal, a criança torna-se apta às competições as quais a vida irá lhe impor. Já em caso de intercorrências e atrasos neste processo o indivíduo será submetido a fragilidades e frustrações que poderão se manifestar em um infantilismo emocional frente às inúmeras cobranças sociais que não serão possíveis de se satisfazer (FIORI 1982).

Em se tratando da adolescência, torna-se importante mencionar que esta é uma fase bastante peculiar do desenvolvimento humano, não sendo natural, mas sim, uma construção cultural que especifica um período de transição entre a infância e a idade adulta (FIORI 1982).

Segundo PAPALIA et al. (2006), a adolescência é a fase que vai dos 11 a aproximadamente 20 anos, porém sem um início ou término preciso. É um período em que as mudanças físicas são rápidas. Inicia-se na puberdade o aumento da produção de hormônios e os órgãos reprodutivos amadurecem. Ocorre nos rapazes o crescimento dos pelos pelo corpo e a produção de esperma. Nas moças ocorre o desenvolvimento de seios e o

início da menstruação. Este aumento súbito na produção de hormônios pode ainda ter influências no humor destes indivíduos.

Neste período a educação é de extrema importância, pois é vista como a preparação para a vida adulta e profissional. O relacionamento com os pais oscila e os amigos podem exercer influências, com relação a drogas e comportamentos antissociais. É nesta faixa etária que a identidade é construída e influenciada por questões externas, tomando um formato somente no fim da adolescência ou início da fase adulta (PAPALIA et al. 2006).

Desenvolve-se a capacidade de pensar de maneira abstrata, porém o raciocínio imaturo ainda esta presente em algumas atitudes. É um período bastante ambíguo, em que ora são tratados como crianças, ora como adultos, sendo exigidas tais posturas em momentos distintos e inesperados, o que acaba por confundi-los ainda mais, tendo em vista que para efetuar suas escolhas identitárias o adolescente passa por inúmeras crises e perdas (FIORI 1982).

Nesta fase da vida o indivíduo vivencia muitos lutos diante de suas perdas, como, a perda pelo corpo infantil, pais da infância e identidade. A elaboração deste luto, como em qualquer situação que se vivencie este sentimento, se dará de maneira lenta e árdua. O adolescente que for capaz de realizar esta elaboração, será levado a aceitação de seu novo papel social, o que lhe permitirá a integrar-se no mundo adulto em um futuro próximo (ABERASTURY et al. 2003).

As crises mencionadas poderão ressoar nos pais, momento em que estes refletem e retomam inconscientemente conflitos similares vivenciados na própria adolescência o que pode causar um breve distanciamento familiar (FIORI 1982).

Assim para compreendermos toda e qualquer fase do desenvolvimento humano, é importante ressaltar que devemos estar atentos a cultura, diferenças sociais e fatores ambientais que possam influenciar em todos os aspectos acima descritos.

1.2 CANCER INFANTOJUVENIL E ESTIGMA

O câncer é considerado pela OMS uma doença crônica, devido seu potencial permanente, incapacitante e que necessita de cuidados especiais e prolongados (NOVAIS et al. 2009).

Câncer infantojuvenil é o conjunto de neoplasias que acomete indivíduos com até 21 anos e destaca-se em sua maioria pela agressividade, porém ainda que considerada agressiva, tende a responder satisfatoriamente ao tratamento oncológico. Devido a crescente evolução nos tratamentos disponíveis, atualmente os índices de cura chegam a 70%, em especial nos casos com diagnóstico precoce (Ministério da Saúde 2015).

Dentre os mais frequentes diagnósticos oncológicos infantojuvenis, estão as leucemias, tumores de sistema nervoso central e linfomas. Todavia em países desenvolvidos nota-se que a prevalência de tumores de sistema nervoso central é maior do que os linfomas, divergindo das estatísticas dos

países em desenvolvimento, em que os linfomas ocupam a segunda posição de mais prevalentes (Ministério da Saúde 2008; CURADO et al. 2014; Ministério da Saúde 2015).

As leucemias tem uma prevalência mundial entre 25% e 35% de todos cânceres infantis, originando-se na medula óssea e caracterizando-se pela aglomeração de células anormais que danificam a produção das células que constituem o sangue (Ministério da Saúde 2015).

É classificada em grandes grupos, como, por tempo de desenvolvimento: aguda e crônica e tipo celular: mielóide e linfóide. A leucemia mais comum em crianças é a linfoblástica aguda diferente dos adultos que são acometidos em maior número pela leucemia linfocítica crônica. Outra distinção importante entre o adoecimento por leucemia de crianças e adultos é a taxa de sobrevida em 5 anos, que no Brasil a média dos adultos é de 20% e das crianças chega à 70% (Ministério da Saúde 2015).

O tratamento usual para as leucemias é o quimioterápico, sendo este em geral bastante agressivo e específico, com duração média de dois anos, salvo a necessidade, dependendo do tipo histológico, da realização do transplante de medula óssea (COLLASSANTI e ZANICHELLI 2012; CRISTOFANI 2012).

Os linfomas apresentam peculiaridades, uma vez que nos países em desenvolvimento posicionam-se logo após as leucemias, porém, nos países desenvolvidos encontra-se na terceira posição de maior prevalência. No Brasil os linfomas apresentam uma prevalência de 9% a 23 % dos

diagnósticos infantojuvenis. Estes se originam nos linfócitos que constituem o sistema linfático do corpo, tendo como maior manifestação o aumento dos gânglios linfáticos, em especial do pescoço, e são divididos em dois tipos: Hodgkin e Não Hodgkin (Ministério da Saúde 2015).

No tratamento dos linfomas, dependendo do subtipo histológico, é proposta a ressecção cirúrgica, o tratamento quimioterápico, radioterápico e até o transplante de medula óssea, sendo que a duração do tratamento pode variar entre dois meses e dois anos (MALUF JÚNIOR 2012).

Os tumores de sistema nervoso central (SNC) são mais prevalentes entre as crianças e adolescentes de até 15 anos, estimando-se entre 8% e 20% das neoplasias infantojuvenis, sendo ainda, o tumor sólido de maior incidência nesta faixa etária (AZAMBUJA e SILVA 2012; Ministério da Saúde 2015).

Estes tumores consistem em massas de células alteradas no cérebro e/ou medula espinhal, podendo ser benignos ou malignos, mas ambos com grandes possibilidades de sequelas físicas e cognitivas ao indivíduo. Os tumores de SNC são comumente tratados com intervenção cirúrgica, quimioterápicos e/ou radioterapia (AZAMBUJA e SILVA 2012).

Como podemos observar o tratamento oncológico vem apresentando grandes avanços tecnológicos e aumentando a sobrevida de indivíduos acometidos por esta patologia ao longo dos anos, porém ainda nos dias atuais a doença oncológica é envolta por estigmas.

O termo estigma foi criado pelos gregos, sendo atribuído àqueles que apresentavam sinais anômalos pelo corpo. Tais sinais eram realizados com

fogo e/ou cortes em indivíduos considerados desvirtuados, para assim evidenciá-los dentre a população e então evitá-los em locais públicos. Posteriormente também foi-lhe atribuído mais duas referências, a de graça divina pela igreja, e de distúrbio físico pela medicina (GOFFMANN 2008).

GOFFMANN (2008) descreve ainda três tipos de estigmas. Primeiramente as deformidades físicas, posteriormente a falta de caráter (alcoolismo, por exemplo), e por último, os estigmas raciais, de nações e religiões. Aqueles considerados normais agem, com os estigmatizados, como se estes não fossem “*completamente humanos*”, discriminando-os e inferiorizando-os, não se dando conta do perigo que tais atitudes representam para a vida destes indivíduos.

O estigma marca as diferenças entre os indivíduos, tendo sido constituído socialmente ao longo dos anos e sendo associado a depreciação do outro (ANTUNES et al. 2016).

Na antiguidade as doenças eram atribuídas à espíritos malignos, punição ou desequilíbrio, e ainda a despeito de todo o progresso dos tratamentos nos dias atuais observamos vestígios de tais crenças, em especial, em se tratando do câncer (CREPALDI 1999; BARBOSA e FRANCISCO 2007).

Há séculos o câncer é retratado como uma doença maldita, não podendo sequer ser nomeado, sendo relacionado a sofrimento, sequelas físicas e morte. A angústia que acompanha o indivíduo diagnosticado com câncer não se trata apenas do medo de morrer, mas sim morrer em

decorrência do câncer, devido seu estigma, considerado como um castigo (CREPALDI 1999; BARBOSA e FRANCISCO 2007).

O fato de o câncer ser uma doença altamente estigmatizada faz com que os envolvidos neste contexto muitas vezes sejam impactados negativamente. A repercussão do tratamento recai sobre o âmbito familiar, social e econômico. Esta é uma fase em que o paciente e aqueles que vivenciarem este percurso ao seu lado poderão sofrer tanto comprometimento físico quanto psíquico (SALES et al. 2012).

SILVA et al. 2013, realizou um estudo qualitativo em Montes Claros/MG, buscando compreender a percepção de 13 pacientes quanto ao diagnóstico oncológico. Neste trabalho, na maioria dos relatos percebeu-se que o diagnóstico oncológico foi um momento bastante traumático, potencializado pelo estigma que envolve a doença, uma vez que revelaram sentir-se constrangidos e temerosos quanto a rejeição social e iminência de morte.

Historicamente ser diagnosticado com uma doença socialmente estigmatizada como o câncer é passar a viver em um mundo de incertezas e limitações, sendo muitas vezes rechaçado veladamente devido à improdutividade que o adoecimento e tratamento impõem. Sobreviventes de câncer encontram dificuldades no ambiente de trabalho. Estes indivíduos estão sujeitos a situações discriminatórias, podendo ser submetidos à limitações na carreira em decorrência do adoecimento, ainda que naquele dado momento estejam em remissão e vivendo uma rotina comum (KITA et al. 2016).

KIM e YI (2014) ao estudar o efeito psicológico do estigma em 223 adolescentes e jovens adultos na Coreia do Sul sobreviventes de câncer, revelam que sentimentos relacionados a vergonha e culpa são bastante prevalentes entre estes indivíduos, nos mostrando mais uma vez a perpetuação do estigma do câncer como uma “doença amaldiçoada”.

1.3 O CONCEITO DE ESTRESSE E A IMPORTÂNCIA DE SUA AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA ONCOPEDIATRIA.

De acordo com Webster (1950), citado por SILVA e MARTINEZ (2005 p.53), a palavra estresse é de origem latina, originada do verbo “*stringo*” que significa: apertar, cerrar, comprimir, espreitar, restringir, diminuir e reduzir.

No dicionário da língua portuguesa HOUAISS (2010, p.333) há a seguinte definição para o termo: “*estado de perturbação causado por um conjunto de reações do organismo humano na busca de adaptações a agressões de ordem física, psíquica etc...*”

Similarmente, STRATTON e HAYES (2003, p.95) no Dicionário de Psicologia, descrevem “*Em geral, o efeito sobre uma pessoa de ficar submetida à estimulação nociva ou à ameaça dessa estimulação, especialmente quando ela é incapaz de evitar ou de pôr fim à condição...*”.

Os estudos relacionados ao tema se iniciaram em 1914, utilizando o conceito de estresse a partir de experimentos realizados com felinos expostos à ameaça de um cachorro, com o intuito de compreender o efeito da adrenalina em um organismo. Observou-se que quando os felinos eram

colocados em situações de ameaça liberavam grandes quantidades de adrenalina e apresentavam modificações corporais diante do estímulo ameaçador. Foi possível através deste estudo definir o conceito de estresse como uma reação do organismo frente a uma circunstância emergencial de “fuga ou luta” (SARDÁ et al. 2008).

Já em 1936, após duas décadas da divulgação do trabalho realizado com os felinos por Cannon, Hans Selye, a partir de sua curiosidade em compreender a relação entre doenças e fatores psicológicos, observou que pacientes internados por patologias diversas manifestavam sintomas bastante similares, e em consequência desta observação decidiu aprofundar seus estudos na área, tornando-se o mais célebre teórico na temática. Selye desenvolveu um modelo trifásico para as alterações observadas no organismo de indivíduos que eram submetidos à situações estressoras e que não podiam controlá-las, denominando as fases de: alerta, resistência e exaustão (SARDÁ et al. 2008).

No Brasil, Marilda Lipp tornou-se especialista no tema e a partir de 1991 passa a realizar estudos relacionados ao estresse em crianças. Após anos de pesquisas no Laboratório de Stress (LEPS) da Puc-Campinas, Lipp constatou a existência de mais uma fase do estresse, notando a necessidade de ampliar o modelo trifásico de Selye para um modelo quadrifásico. Passando a existir a fase de quase-exaustão, sendo que a mesma encontra-se entre a fase de resistência e exaustão (SILVA e MARTINEZ 2005; SARDÁ et al. 2008; LIPP e LUCARELLI 2011; TRICOLI e LIPP 2011; LIPP 2014).

O estresse é um conjunto de reações manifestadas pelo organismo de qualquer indivíduo quando o mesmo encontra-se em situações de aumento da adrenalina, seja por medo ou felicidade, como, por exemplo, aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, tonturas e dores de estômago (TRICOLI e LIPP 2011).

LIPP (2014, 2016) descreve que a fase de alerta é considerada uma fase positiva do estresse, uma vez que o indivíduo tem um aumento da produção de adrenalina, mas não apresenta prejuízos à sua sensação de satisfação e/ou sobrevivência, porém no caso do indivíduo continuar a ser exposto ao evento estressor, poderá desenvolver um processo de resistência.

A fase de resistência é caracterizada pelo esforço do indivíduo para manter seu equilíbrio interno quando exposto a situações estressoras. Se o evento estressor for aniquilado, o restabelecimento físico e psíquico será possível, porém caso o indivíduo não consiga manter este equilíbrio, passará à fase de quase-exaustão (LIPP 2014; LIPP 2016).

Chegando a quase-exaustão significa que o organismo está desorganizado e vulnerável, momento este em que se inicia seu adoecimento. Se esta vulnerabilidade se agravar e não houver a retirada do estímulo estressor, o estresse culminará em sua fase mais avançada e deteriorante: a fase de exaustão. Que é quando o indivíduo já não é mais capaz de se adaptar à situação e é acometido por doenças consideradas graves e incapacitantes, como por exemplo, a depressão (TRICOLI e LIPP 2011; LIPP 2014; LIPP 2016).

Após décadas de estudos sobre o estresse, observou-se que o mesmo também tem grande prevalência no contexto oncológico pediátrico, podendo ter sua ocorrência elevada tanto nos pacientes como em seus pais, o que tem motivado o interesse de pesquisadores quanto ao assunto.

KAZAK et al. (2005) descrevem em seu estudo que aproximadamente 68% das mães e 57% dos pais de crianças em tratamento oncológico por pelo menos dois meses apresentaram sintomas condizentes ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) de intensidade moderada a grave.

PATÍÑO-FERNANDEZ et al. (2008) avaliaram sintomas de estresse em pais de crianças recém diagnosticadas com câncer, e obteve resultados significativos, uma vez que 51% das mães e 40% dos pais apresentavam três ou mais sintomas condizentes com os critérios diagnósticos do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV) para transtorno de estresse agudo.

LJUNGMAN et al. (2015) relataram que aproximadamente 22% a 68% de pais de crianças em tratamento oncológico apresentam níveis significativos de sintomas de estresse pós traumático nos primeiros meses após o diagnóstico, os quais perduram mesmo quando há sucesso no tratamento.

De 10% a 44% dos pais de crianças sobreviventes de câncer apresentam níveis significativos de sintomas de estresse pós traumático após 5 anos. Descrevem também que entre uma semana e quatro meses após o diagnóstico, entre 31% e 44% das mães e 14% e 22% dos pais já apresentavam sintomas de estresse pós traumático significativos

(LJUNGMAN et al. 2015).

O impacto do adoecimento por câncer na infância e adolescência é um acontecimento avassalador e é percebido como algo cruel e desumano, tendo em vista não ser comum adoecer nesta fase da vida. Quando o membro afetado pelo câncer é uma criança ou adolescente a experiência de todos os envolvidos pode ser ainda mais traumática (CARVALHO et al. 2014; SANTOS JÚNIOR e SCHLITTLER 2016).

Ter um filho diagnosticado com câncer é um acontecimento extremamente inesperado, deixando os pais confusos. Estes podem experimentar inúmeras situações de estresse ao longo do tratamento dos filhos, sendo tal sentimento comum no contexto oncológico. Ainda que em geral, o início de tais sintomas se dá ao diagnóstico, não se sabe quando estes findarão, uma vez que a diminuição do estresse estará correlacionada aos eventos que serão vivenciados durante o tratamento (NAKAYAMA et al. 2017).

A criança e os pais serão submetidos a intenso desgaste emocional, uma vez que passarão a frequentar o ambiente hospitalar, antes pouco frequentado ou até mesmo desconhecido. Conviverão com pessoas estranhas ao convívio social dos mesmos e terão que se adequar as regras impostas pelo ambiente, bem como, a criança passará a realizar procedimentos invasivos que lhe causarão dores físicas e psíquicas (PERINA 1994; VALLE e RAMALHO 2008; WOZNIAK e IZYCKI 2014, BEMIS et al. 2015).

Ao ser submetida a situações estressoras a família poderá apresentar inúmeras dúvidas em relação ao desenrolar do tratamento, o que poderá fazer com que tenham a perda da criança. Ainda que os pais dividam o sofrimento, em geral os cuidados do enfermo são voltados aos esforços maternos, expondo ainda mais esta mãe a um processo de estresse. À mãe, reserva-se um sentimento particularmente avassalador, uma vez que desde a concepção do filho, passa a senti-lo como parte de si mesma, ou seja, frente a possibilidade de perdê-lo por um câncer, esta mãe perde parte de si (ORTIZ 2003a e b; SALES et al. 2012).

KOBAYASHI et al. (2014) trazem a luz, em um estudo quanti-quali realizado com 14 famílias japonesas, que irmãos de crianças com diagnóstico oncológico também são impactados pela mudança do contexto familiar, podendo apresentar dificuldades escolares, sintomas ansiosos e depressivos, transtornos de sono e alimentação, chegando a níveis de estresse similares aos das crianças em tratamento para o câncer.

SALES et al. (2012), realizaram um estudo qualitativo com 5 famílias de crianças acometidas por câncer, buscando compreender a repercussão do diagnóstico oncológico no seio familiar. Nas respostas dos indivíduos observou-se uma unanimidade, sendo elas permeadas por palavras de angústia e finitude. O fator de maior prevalência, mencionado como aumento da angústia é a compreensão deficitária quanto ao quadro clínico do filho. A falta de conhecimento potencializa o evento estressor e impacta na qualidade de vida dos familiares. Remetendo-os também a uma situação de abandono e temor frente a possibilidade da perda.

A visão de doença da criança é formada com base na visão dos pais, sendo influenciados a partir das vivências do grupo social ao qual pertencem. Possíveis alterações de humor e inseguranças dos pais podem interferir intimamente no modo de enfrentamento da criança e do adolescente, suscitando situações ainda mais estressoras a todos os envolvidos. A modificação na estrutura familiar influenciará o enfrentamento da criança frente ao adoecimento e as estratégias de enfrentamento que serão utilizadas neste período (CREPALDI 1999; BEMIS et al. 2015).

Durante a vida, toda criança será inevitavelmente submetida a situações estressoras, porém algumas situações como o aparecimento de uma doença grave, poderá ultrapassar a capacidade da criança de lidar com conflitos. Assim os adultos que lhe rodeiam servirão de modelo de enfrentamento. Se os mesmos reagirem às situações estressoras com angústia, esta criança tenderá a reagir da mesma forma. As estratégias de enfrentamento que serão utilizadas pelas crianças neste contexto derivará também de sua maturidade cognitiva (LIPP 2000; LIPP e LUCARELLI 2011).

GOMES et al. (2013), realizaram um estudo exploratório, qualitativo, em um hospital do Rio de Janeiro com sete crianças em tratamento quimioterápico na faixa etária de 6 anos a 12 anos objetivando compreender o impacto do adoecimento para a criança. O estudo concluiu que o impacto do adoecimento tem relação estreita com a maturidade cognitiva das mesmas. Observou-se nestes pacientes, uma maturidade incomum a faixa etária, considerada precoce em decorrência do acometimento por uma doença crônica.

Às vezes não é o evento que desencadeia o estresse, mas sim a conotação que lhe é dada pelo indivíduo que está vivenciando a situação (LIPP 2016).

Crianças, diferentemente dos adultos, necessitam de cuidados redobrados pela inexperiência e ingenuidade do início da vida. O inesperado adoecimento retira a criança de sua vivência habitual e a submete a momentos demasiadamente dolorosos (SALES et al. 2012; GOMES et al. 2013).

Ser submetido a eventos estressores na fase da infância pode ocasionar reações psicofisiológicas capazes de permanecer na fase adulta. A criança que não desenvolve a habilidade de lidar com o estresse poderá ser um adulto bastante frágil (LIPP 2000; VALLE e RAMALHO 2008).

As doenças crônicas são potencialmente geradoras de danos muitas vezes irreversíveis, podendo ocasionar ao longo da vida do indivíduo prejuízos relacionados a sua autonomia. Tal fato implicará o sujeito no decorrer do tempo a aprender lidar com o fato de ter uma doença crônica (BARROS e LUSTOSA 2009).

O aprendizado da convivência com uma doença crônica, possibilitará à criança o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com o adoecimento, assim HILDENBRAND et al. (2014), descrevem os métodos de enfrentamento adaptativos mais utilizados pelas crianças diagnosticadas com câncer, como: busca de suporte social e familiar, relaxamento, enfrentamento religioso, distração, reestruturação cognitiva e principalmente brincar. Houve também relatos de estratégias de enfrentamento pouco

adaptativas, como por exemplo, brigar, culpabilizar terceiros e fazer chantagens (MOTTA e ENUMO 2010; IAMIN e ZAGONEL 2011).

Em se tratando dos adolescentes, estes utilizam-se de estratégias de enfrentamento bastante similares aos das crianças, como busca pelo apoio social, busca por informações e espiritualidade (IAMIN e ZAGONEL 2011).

REZENDE et al. (2009), pontuam outras estratégias comumente utilizadas por adolescentes: tendências a negar a situação, assim como inconformismo, revolta, raiva e ansiedade.

A vivência infantil do estresse é similar a vivência do adulto. De acordo VALLE e RAMALHO (2008) o estresse exige um grande esforço do organismo para se adaptar, objetivando o reequilíbrio do indivíduo.

Durante o tratamento oncológico drogas altamente tóxicas são administradas, podendo ocasionar a potencialização de reações comumente observadas em crianças estressadas, como, alterações importantes no padrão alimentar e de sono, medos excessivos, fantasias, agressividade, revolta, ansiedade, depressão e dificuldades de relacionamento social e familiar (LIPP 2014).

CARVALHO et al. (2014), realizaram um estudo qualitativo em um ambulatório onco-hematológico, no Rio de Janeiro, em que sete familiares de crianças em tratamento oncológico foram entrevistadas buscando, dentro de um dos questionamentos do estudo, compreender as reações da família diante do diagnóstico oncológico de suas crianças.

A pesquisa ocorreu no ano de 2012, excluindo-se pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. A partir dos resultados,

compreenderam que ao diagnóstico os familiares demonstraram desespero e tristeza, revelando o medo da possibilidade iminente do falecimento da criança. Relataram também um período em que se sentiram muito fragilizados, utilizando-se da fé e necessitando de uma boa comunicação com a equipe para desenvolver estratégias de enfrentamento adaptativas (CARVALHO et al. 2014).

Tendo em vista as adversidades que poderão ocorrer durante o tratamento, a equipe de saúde terá papel fundamental no enfrentamento do paciente e familiares, sendo este cuidado, benéfico à todos os envolvidos neste contexto, uma vez que o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos por parte dos pacientes ao longo das hospitalizações influi negativamente na performance da equipe (LOURENÇO e COSTA 2000).

Assim sendo, a investigação, o diagnóstico e o tratamento oncológico são potencialmente estressores, então a avaliação e compreensão dos possíveis sintomas de estresse agudo, ou seja, no momento de vida atual da criança, do adolescente e dos pais durante o tratamento oncológico poderá auxiliar nas intervenções psicológicas, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes e adaptativas, bem como, auxiliando no processo de resiliência, minimizando o estresse e proporcionando melhor adesão ao tratamento (RODRIGUES et al. 2012; SHARP et al. 2015).

1.4 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM ONCOPEDIATRIA

Tem se tornado cada dia mais relevante a compreensão dos fenômenos psicológicos que envolvem o adoecer. A Psicologia Hospitalar vem com a função de dar voz a subjetividade dos pacientes, tendo em vista que historicamente aspectos físicos são mais valorizados que os aspectos psíquicos. Hoje a concepção de que a interação entre o corpo e a mente pode influenciar na maneira como se enfrenta o tratamento é bastante difundida (SIMONETTI 2014).

O psicólogo hospitalar é aquele que atua no âmbito do sofrimento humano em decorrência de um adoecimento físico, englobando não só a assistência ao enfermo, mas também aos familiares e equipe de saúde (GASPAR 2016).

Tratar medicamentosamente sintomas relativos a situações de estresse, sem dúvida se apresenta de maneira bastante útil. Tratando-se de sintomas é possível aliviar o desconforto e proporcionar qualidade de vida ao indivíduo, porém, no entanto não o ensina lidar com situações conflituosas (LIPP 2000).

“Eis a estratégia da psicologia hospitalar: tratar o adoecimento no registro do simbólico porque no registro do real já o trata a medicina” (SIMONETTI 2014, p.23).

1.4.1 No Cenário do Paciente

As intervenções psicológicas no ambiente hospitalar se constituem de diversas maneiras. A beira leito, individualmente ou em grupo.

Atendimentos psicológicos individuais ambulatoriais e a beira leito são serviços comuns prestados ao paciente oncológico, os quais buscam em geral, através de roteiros pré determinados compreender aspectos emocionais do paciente, podendo a partir desta identificação auxiliá-los no desenvolvimento e fortalecimento de recursos psíquicos adaptativos ao tratamento (SCANNAVINO et al. 2013).

MOTTA e ENUMO (2010) descrevem que atividades lúdicas no ambiente hospitalar podem contribuir satisfatoriamente para o enfrentamento de crianças acometidas por câncer. As brincadeiras mostram-se eficazes, mas não devem tornar-se mecânicas ou podem assumir uma conotação desagradável, sendo até mesmo evitada pelo paciente.

Outra forma de expressão da subjetividade do indivíduo pode ocorrer através da arte-terapia, que visa por meio de conteúdos artísticos o desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas e emocionais, para a elaboração de conflitos internos (VASCONCELLOS e GIGLIO 2007).

Grupos terapêuticos formados por pacientes proporcionam a oportunidade de expressar sentimentos acerca do adoecimento, facilitando ainda a aprendizagem de diferentes estratégias de enfrentamento. Ser ouvido e acolhido pode possibilitar ao paciente maior segurança no universo hospitalar (VEIT e BARROS 2008).

Atendimentos em sala de espera e centro cirúrgico, podem apresentar-se como importante estratégia de intervenção psicológica, visando a diminuição de angústias relacionadas a espera, medo do desconhecido e ansiedades comuns à estes cenários (ALCANTRA et al. 2013).

Todo o trabalho psicoterápico realizado neste contexto terá por finalidade minimizar efeitos nocivos do adoecer e da rotina do paciente, minimizando assim o acometimento de doenças psicológicas ao indivíduo.

1.4.2 Na Esfera dos Pais

Aos familiares, pode-se oferecer atendimento psicológico nas modalidades individual e grupal, visando acolher angustias, bem como auxiliando no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas a situação vivenciada (KELLY et al. 2006).

A realização de grupos para os pais ou acompanhantes apresenta-se como uma eficiente intervenção tendo em vista o intenso desgaste emocional que a enfermidade de suas crianças pode ocasionar. Neste contexto, se tem por finalidade propiciar aos pais e acompanhantes um espaço de reflexão e exposição dos sentimentos que envolvem o adoecimento (CREPALDI 1999).

Ações na sala de espera, como escuta e intervenções psicoeducativas também podem resultar em ações eficazes, uma vez que poderá acolher e minimizar todo e qualquer desconforto emocional que a

espera pela realização de um procedimento pode impor (ALCANTRA et al. 2013).

À família, será função do psicólogo oferecer suporte emocional para um melhor enfrentamento do adoecimento de seu ente querido.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar se há sintomas de estresse nos pacientes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses após início da quimioterapia e em seus pais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a possível variação dos sintomas de estresse nas crianças e adolescentes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico, através da Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2) e Escala de Stress para Adolescentes (ESA) (Anexo 3).
- Identificar a possível variação dos sintomas de estresse nos pais das crianças e adolescentes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico, através do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo 4).
- Correlacionar os resultados relacionados ao possível estresse dos pais com o possível estresse dos pacientes.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA E MÉTODO

A amostra foi composta por pacientes provenientes do Departamento de Oncologia Pediátrica do A.C.Camargo Cancer Center. Estimou-se inicialmente, após levantamento junto ao Departamento de Oncologia Pediátrica que participariam do estudo cerca de 60 pacientes e seus pais, tendo em vista que no ano de 2015, de acordo com o Departamento de Oncologia Pediátrica, houveram entre 80 e 100 novos casos.

Os critérios de inclusão adotados foram: pacientes com idade entre 6 anos e 18 anos recém diagnosticados com câncer e que iniciaram tratamento quimioterápico, internado e/ou ambulatorial, e um dos pais destes pacientes, desde que se compromettesse a acompanhar o paciente nas sessões de quimioterapia nos primeiros seis meses de tratamento, tendo sido este pai ou mãe determinado no momento do aceite do convite à participação na pesquisa.

Os critérios de exclusão adotados foram: Pacientes que apresentassem condições clínicas ou alterações cognitivas que os impedissem de responder aos questionários, como ocorrido com um caso em que o paciente, de acordo com relato da mãe, tinha diagnóstico de espectro autista e apresentava dificuldade de interação. Pais que não

assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pacientes que não assinaram o termo de assentimento (TA). (Apêndices 1 a 3)

O presente estudo se caracteriza como um estudo quantitativo, não experimental, prospectivo, longitudinal e correlacional, realizado entre os meses de dezembro de 2015 a dezembro de 2016, tendo ocorrido a coleta de novos casos entre os meses dezembro 2015 e junho de 2016, posteriormente, até dezembro de 2016 ocorreram as reavaliações.

No primeiro contato com os potenciais participantes do estudo, a pesquisadora realizou o convite para a contribuição no estudo e também esclareceu os objetivos do mesmo, de modo que as eventuais recusas não implicaram em nenhum prejuízo as partes envolvidas. Dentre os pais e pacientes abordados não houveram recusas.

A fim de atender aos objetivos da pesquisa, utilizou-se como instrumentos de avaliação a entrevista para coleta de dados sócio-demográficos com o participante responsável pelo paciente, bem como, a aplicação de testes psicológicos tanto nos pacientes, como nos pais (Apêndice 4).

A coleta dos dados se deu em local apropriado na instituição hospitalar. A beira leito para aqueles internados, e ambulatorial (consultório e central de quimioterapia), de forma a respeitar preceitos éticos e oferecer condições de conforto e privacidade favorecendo a expressão dos participantes.

A aplicação dos testes teve tempo médio de 10 minutos, ocorrendo no início do tratamento quimioterápico (até 72h após a aplicação da primeira

quimioterapia) e as avaliações subsequentes foram realizadas bimestralmente, por um período de seis meses a partir da primeira testagem.

Aos que aceitaram participar do estudo, foi solicitada a assinatura dos TCLE e TA. Após as assinaturas os pacientes e um dos pais, aquele determinado previamente, foram submetidos à aplicação de testes psicológicos.

Nas crianças e adolescentes foram aplicadas as escalas ESI (Anexo 2) e ESA (Anexo 3). Nos pais foi aplicado o ISSL (Anexo 4). Os materiais necessários à realização dos testes foram fornecidos aos pacientes e pais pela pesquisadora.

Pacientes e pais não alfabetizados puderam participar do estudo, uma vez que para as crianças ainda não alfabetizadas, ou que apresentavam dificuldades na leitura o teste prevê que o aplicador faça a leitura das instruções e de cada item do questionário, aguardando as respostas das crianças. A mesma técnica pôde ser utilizada para pais não alfabetizados.

Com o auxílio da equipe de oncologia pediátrica, a pesquisadora teve conhecimento prévio quanto ao dia do retorno do paciente para a aplicação de quimioterapia, e então foi possível se organizar para a aplicação dos testes na data agendada.

Durante a aplicação e mensuração dos testes, quando identificado sintomas de estresse muito elevados (quase exaustão e exaustão), tanto no paciente, quanto nos pais, os mesmos foram encaminhados ao Núcleo de Psico-Oncologia que se disponibilizou a dar o suporte necessário a ambos. Houveram neste período 4 participantes que apresentaram níveis

compatíveis com o encaminhamento, porém nenhum destes buscou pelo suporte psicológico oferecido.

Os integrantes do Núcleo de Psico-Oncologia estavam cientes do estudo e concordantes em prestar o auxílio mencionado. Os pacientes e pais que foram acompanhados pela psicologia e/ou psiquiatria durante o período da pesquisa, permaneceram no estudo e esses dados foram correlacionados.

3.2 INSTRUMENTOS

- Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2)
- Escala de Stress para Adolescentes (ESA) (Anexo 3)
- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo 4)

3.2.1 Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2)

A ESI foi validada em 1997 por Maria Diva Monteiro Lucarelli, sob a orientação de Marilda Emmanuel Novaes Lipp, passando por revisão em 2004 para responder aos critérios do Conselho Federal de Psicologia (CPF) para caracterizar-se como um teste psicológico, aplicável na faixa etária de 6 anos a 14 anos.

O teste é composto por 35 questões cujas respostas são subdivididas com base nos cinco pontos da escala *Likert*, a saber: nunca, um pouco, às vezes, quase sempre e sempre. As crianças pintaram as partes dos

desenhos presentes nas respostas de acordo com seu sentimento em relação ao momento vivenciado.

As respostas foram categorizadas em quatro fases: Fase de Alerta ou Alarme, Fase de Defesa ou Resistência, Fase de Quase-exaustão, Fase de Exaustão (LUCARELLI e LIPP 1999).

3.2.2 Escala de Stress para Adolescentes (ESA) (Anexo 3)

A ESA é um instrumento de avaliação psicológica que foi desenvolvido por Valquiria Aparecida Cintra Tricoli e Marilda Emmanuel Novaes Lipp a partir da necessidade da criação de um instrumento específico para a fase da adolescência. O teste é aplicável na faixa etária de 14 anos a 18 anos.

É composto por 44 questões cujas respostas são subdivididas com base nos cinco pontos da escala *Likert*, e é registrada com numerais ordinais, de acordo com a frequência e intensidade que as reações são experimentadas pelos adolescentes. Suas respostas foram categorizadas em quatro fases: Fase de Alerta ou Alarme, Fase de Defesa ou Resistência, Fase de Quase-exaustão, Fase de Exaustão (TRICOLI e LIPP 2011)

3.2.3 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo 4)

O ISSL é utilizado para avaliação de indivíduos acima dos 15 anos, composto por 53 questões. Foi validado e padronizado por Marilda Emmanuel Novaes Lipp e Arnaldo José de Hoyos Guevara em 1994.

O teste é composto por três quadros que se referem às quatro fases do estresse: Fase de Alerta ou Alarme, Fase de Defesa ou Resistência, Fase de Quase-exaustão, Fase de Exaustão (ROSSETTI et al. 2008; LIPP 2014)

3.2.4 Autorização do uso dos testes

A utilização dos testes descritos acima é reservada ao profissional de Psicologia, de acordo com o Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964, que regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, a qual dispõe sobre a profissão do psicólogo.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do A.C.Camargo Cancer Center e aprovado em 18/12/2015 sob o número 2094/15 (Anexo 1).

Todos os pais participantes do presente estudo assinaram o TCLE relacionado a sua testagem e também assinaram o TCLE relacionado a

testagem do paciente menor de 18 anos. Os pacientes também assinaram um Termo de Assentimento, concordando com a sua participação.

A realização da pesquisa só se deu com a concordância de ambos os participantes.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O programa utilizado para a construção do banco de dados foi o SPSS for Windows versão 15.

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e quartis.

Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências absolutas e relativas. Para a comparação dos dois grupos foi utilizado o teste t de Student. Quando a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Utilizando-se como medida de concordância a Kappa.

O nível de significância adotado foi de 5% e o software livre R versão 3.1.0 foi utilizado nas análises.

4 RESULTADOS

De acordo com os resultados apresentados, observamos que não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas quanto ao estresse dos grupos avaliados. Optou-se desta forma pela análise e exposição descritiva dos dados.

O presente estudo avaliou 24 indivíduos, dos quais são 12 pacientes e 12 pais, provenientes do Departamento de Oncologia Pediátrica do A.C.Camargo Cancer Center. Estes foram testados em quatro momentos distintos, durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico da criança e/ou adolescente. Totalizaram-se a quantia de 96 testes aplicados.

A idade média dos pacientes foi de 10,6 anos, tendo o mais novo 6 anos e o mais velho 17 anos. Quanto aos pais a idade média constata foi de 36,3, sendo o mais jovem com 31 anos e o mais velho com 42 anos.

A Tabela 1 apresenta as variáveis sócio demográficas dos pacientes avaliados. Quanto ao gênero a amostra contemplou 42% de pacientes participantes do sexo feminino e 58% do sexo masculino.

Em relação a escolaridade a maior parte dos pacientes frequentam o ensino fundamental (75% fundamental e 25% médio) e tem acesso ao sistema de ensino privado (75% privado e 25% público).

O estado de procedência de maior prevalência foi São Paulo, com 75% dos pacientes.

Tabelas 1 – Variáveis sócio demográficas dos pacientes

Variáveis Sócio demográficas – Pacientes		N	%
Sexo	Feminino	5	41,7%
	Masculino	7	58,3%
Escolaridade	Ensino Fundamental	9	75,0%
	Ensino Médio	3	25,0%
Ensino	Público	3	25,0%
	Privado	9	75,0%
Procedência	São Paulo	9	75,0%
	Mato Grosso do Sul	1	8,3%
	Pernambuco	1	8,3%
	Rio de Janeiro	1	8,3%

Na Tabela 2 apresentamos a caracterização da população estudada, quanto ao diagnóstico, modalidade de atendimento e estrutura familiar.

Quanto aos diagnósticos encontrados em nossa população, constatou-se: leucemia, linfoma, tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET), osteossarcoma, sarcoma sinovial, histiocitose e teratoma. Destes 58,3% não se encontram nas estatísticas de maior prevalência mundial.

Com 67%, a grande maioria dos pacientes provém do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação a estrutura familiar, notou-se que 75% dos pacientes tem irmãos, sendo somente 25% filhos únicos.

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes

Caracterização – Pacientes		N	%
Diagnóstico	Leucemias	1	8,3%
	Linfomas	4	33,3%
	SNC	0	0%
	Outros	7	58,3%
Modalidade de atendimento	SUS	8	66,7%
	Convênio	4	33,3%
Estrutura Familiar	Filho único	3	25,0%
	Com irmãos	9	75,0%

Na Tabela 3 podemos observar a caracterização sócio demográfica dos pais das crianças e/ou adolescentes incluídos no estudo.

Em relação ao gênero, a amostra apresentou predomínio do sexo feminino (91,7%). Quanto ao grau de escolaridade, as taxas relativas ao ensino médio e ensino superior encontram-se niveladas (33,3%).

Acerca da procedência, bem como esperado, igual aos pacientes, a maioria dos pais são provenientes do estado de São Paulo (75%).

Tabela 3 - Variáveis sócio demográficas dos pais

Variáveis Socio-Demográficas - Pais		N	%
Sexo	Feminino	11	91,7%
	Masculino	1	8,3%
Escolaridade	Ensino Fundamental	3	25,0%
	Ensino Médio	4	33,3%
	Ensino Superior	4	33,3%
	Pós Graduação	1	8,3%
Procedência	São Paulo	9	75,0%
	Mato Grosso do Sul	1	8,3%
	Pernambuco	1	8,3%
	Rio de Janeiro	1	8,3%

4.1 O RESULTADO DO ESTRESSE

Como pode ser observado através da Figura 1, parte significativa dos pacientes apresentaram sintomas de estresse durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico. Sua maior incidência, 58,3%, ocorreu na terceira avaliação.



Figura 1 - Gráfico de estresse dos pacientes ao longo do tratamento de quimioterapia

Em se tratando dos níveis de estresse encontrados nos pais dos pacientes, notou-se que foi na primeira avaliação a maior incidência de estresse, chegando a 58,3% dos participantes, como retratado na Figura 2.



Figura 2 - Gráfico de estresse dos pais ao longo do tratamento de quimioterapia do (a) filho (a).

Ao longo da pesquisa, quatro participantes apresentaram-se em fase de quase exaustão. Todos foram encaminhados ao Núcleo de Psico-Oncologia para acompanhamento psicológico, porém nenhum deles procurou o Núcleo.

4.1.1 O estresse nos pacientes

A Tabela 4 vem nos mostrar que na primeira avaliação, 41,7% dos pacientes apresentaram sintomas de estresse. Dos quais sua maioria (25%), em fase de alerta e com predominância de sintomas psicológicos (25%).

Tabela 4 – Primeira avaliação dos pacientes

1ª Avaliação – Pacientes		N	%
Sintomas de estresse	Sim	5	41,7%
	Não	7	58,3%
Fase	Alerta	3	25,0%
	Resistência	2	16,7%
Predominância de sintomas	Psicológicos	3	25,0%
	Psicológicos com componente depressivo	1	8,3%
	Mistos	1	8,3%

Observa-se na Tabela 5, que na segunda avaliação, 33,3% dos pacientes apresentaram estresse. Destes, metade em fase de alerta (16,7%) e metade em fase de resistência (16,7%). Os sintomas mistos foram predominantes (16,7%).

Tabela 5 – Segunda avaliação dos pacientes

2ª Avaliação – Pacientes		N	%
Sintomas de estresse	Sim	4	33,3%
	Não	8	66,7%
Fase	Alerta	2	16,7%
	Resistência	2	16,7%
Predominância de sintomas	Físicos	1	8,3%
	Psicológicos	1	8,3%
	Mistos	2	16,7%

A Tabela 6 constata que na terceira avaliação houve o maior índice de estresse do período, sendo tais sintomas vivenciados por 58,3% dos pacientes. Sua grande maioria esteve em fase de alerta (50%), porém houve também a existência de sintomas ainda mais graves, relacionados ao

estresse, já que 8,3% apresentou-se na fase de quase-exaustão. A predominância dos sintomas neste período foram os mistos, que chegaram a 33,3% da amostra, mas é importante salientar que os sintomas psicológicos com componentes depressivos também se fizeram presentes, chegando a 16,7%.

Tabela 6 – Terceira avaliação dos pacientes

3ª Avaliação – Pacientes		n	%
Sintomas de estresse	Sim	7	58,3%
	Não	5	41,7%
Fase	Alerta	6	50,0%
	Quase-exaustão	1	8,3%
Predominância de sintomas	Físicos	1	8,3%
	Psicológicos com componente depressivo	2	16,7%
	Psicofisiológico	1	8,3%
	Mistos	4	33,3%

A quarta avaliação, pode ser observada através da Tabela 7, mostrando que 33,3% dos participantes apresentaram estresse. Sendo que 25% na fase de alerta e 8,3% na fase de resistência. Tendo da mesma forma que na terceira avaliação, a maior parte de sua predominância de sintomas mistos (25%).

Tabela 7 – Quarta avaliação dos pacientes

4ª Avaliação – Pacientes		N	%
Sintomas de estresse	Sim	4	33,3%
	Não	8	66,7%
Fase	Alerta	3	25,0%
	Resistência	1	8,3%
Predominância de sintomas	Psicológicos com componente depressivo	1	8,3%
	Misto	3	25,0%

4.1.2 O estresse nos pais

A Tabela 8 retrata que na primeira avaliação a maior parte dos pais participantes do estudo apresentaram sintomas de estresse, com ocorrência de 58,3%. Observa-se que diferentemente dos pacientes, nos pais, o estresse apresentou-se em fase mais avançada, tendo em vista que já na primeira avaliação, estes apresentaram estresse em fase de resistência (41,7%), chegando até mesmo a uma porcentagem (8,3%) de quase-exaustão.

Tabela 8 – Primeira avaliação dos pais

1ª Avaliação – Pais		n	%
Sintomas de estresse	Sim	7	58,3%
	Não	5	41,7%
Fase	Alerta	1	8,3%
	Resistência	5	41,7%
	Quase- exaustão	1	8,3%
Predominância de sintomas	Físicos	1	8,3%
	Psicológicos	4	33,3%
	Psicológicos com componente depressivo	2	16,7%

Quanto a Tabela 9, esta nos mostra que na segunda avaliação houve uma diminuição daqueles acometidos pelo estresse (41,7%). Ainda com a diminuição do quadro geral de estresse apresentado pelos pais, as fases prevalentes na avaliação merecem atenção, já que 33,3% encontram-se na fase de resistência e 8,3% permaneceu na fase de quase exaustão.

Tabela 9 – Segunda avaliação dos pais

2ª Avaliação – Pais		N	%
Sintomas de estresse	Sim	5	41,7%
	Não	7	58,3%
Fase	Resistência	4	33,3%
	Quase- exaustão	1	8,3%
Predominância de sintomas	Psicológicos	4	33,3%
	Psicológicos com componente depressivo	1	8,3%

A Tabela 10 demonstra que da mesma forma que na segunda avaliação 41,7% dos pais apresentaram estresse neste terceiro momento.

Momento em que todos os acometidos pelo estresse encontraram-se na fase de resistência (41,7%) e com predominância de sintomas psicológicos (41,7%).

Tabela 10 – Terceira avaliação dos pais

3ª Avaliação – Pais		n	%
Sintomas de estresse	Sim	5	41,7%
	Não	7	58,3%
Fase	Resistência	5	41,7%
Predominância de sintomas	Psicológicos	5	41,7%

A quarta avaliação, apresentada na Tabela 11, mantém o índice de estresse descrito na segunda e terceira avaliação, sendo que 41,7% dos pais apresentaram estresse, com 25% em fase de resistência e 16,7% em fase de quase-exaustão.

Tabela 11 – Quarta avaliação dos pais

4ª Avaliação – Pais		N	%
Sintomas de estresse	Sim	5	41,7%
	Não	7	58,3%
Fase	Resistência	3	25,0%
	Quase-exaustão	2	16,7%
Predominância de sintomas	Físicos	1	8,3%
	Psicológicos	3	25,0%
	Psicológicos com componente depressivo	1	8,3%

4.2 SOBRE A VARIAÇÃO DO ESTRESSE DO PACIENTE

Em relação a variação do estresse durante os primeiros seis meses de tratamento, observa-se no Quadro 1 que entre os 12 pacientes participantes do estudo, houveram dois que apresentaram estresse na primeira avaliação e permaneceram com os sintomas na segunda avaliação (P3 e P11). P3 manteve-se em fase de alerta, mas P11 evoluiu da fase de alerta na primeira avaliação para a fase de resistência na segunda avaliação.

Entre a segunda e terceira avaliação identificamos quatro pacientes que apresentaram estresse nos dois momentos (P3; P5; P6 e P11).

No que se refere ao P3, este se manteve em fase de alerta, conforme na avaliação dois. P5 apresentou sintomas em fase de resistência na segunda avaliação e passou para a fase de alerta na terceira avaliação. P6 permaneceu em fase de alerta nas duas avaliações e P11 evoluiu da fase de resistência na segunda avaliação, para a fase de quase exaustão na terceira.

Quadro 1 – Variação do estresse dos pacientes

PACIENTES	IDADE	DIAGNÓSTICO	INÍCIO	DOIS MESES	QUATRO MESES	SEIS MESES
P1	13 anos	Linfoma de Hodgkin Nodular	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P2	7 anos	Tumor de Ewing / Pnet	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P3	7 anos	Osteossarcoma	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
P4	8 anos	Leucemia Linfoblástica Aguda T	Resistência	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P5	15 anos	Sarcoma Sinovial Monofásico em Região Pré Sacral	Sem estresse	Resistência	Alerta	Resistência
P6	6 anos	Linfoma de Burkitt	Sem estresse	Alerta	Alerta	Sem estresse
P7	10 anos	Pnet Arco Costal	Sem estresse	Sem estresse	Alerta	Alerta
P8	7 anos	Histiocitose de Células de Langerhans	Alerta	Sem estresse	Alerta	Alerta
P9	16 anos	Sarcoma Sinovial de Dorso	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P10	17 anos	Linfoma Difuso de Grandes Células B	Resistência	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P11	10 anos	Teratoma Imaturo Grau III – Primário de Ovário Esquerdo	Alerta	Resistência	Quase-Exaustão	Sem estresse
P12	12 anos	Linfoma Não Hodgkin de Grandes Células Anaplásicas	Sem estresse	Sem estresse	Alerta	Sem estresse

Em se tratando da variação entre a terceira e quarta avaliação, foi possível apontar que novamente quatro pacientes se mantiveram com sintomas de estresse (P3; P5; P7 e P8). Sobre P3, este continuou em fase de alerta, P5 aumentou novamente seu estresse para a fase de resistência, P7 se manteve em fase de alerta, similarmente P8 também permaneceu em fase de alerta do estresse.

4.3 SOBRE A VARIAÇÃO DO ESTRESSE DOS PAIS

No que diz respeito sobre a variação do estresse dos pais, observamos no Quadro 2 que cinco deles apresentaram estresse na primeira avaliação e mantiveram os sintomas na segunda avaliação (F2; F3; F5; F8 e F11). F2 apresentou resistência em ambas às avaliações, F3 evoluiu de resistência para quase-exaustão. F5 manteve-se em resistência, F8 diminuiu a fase de quase-exaustão para resistência e F11 continuou em resistência.

Entre a segunda e terceira avaliação ocorreram quatro casos que mantiveram quadro de estresse (F3; F5; F8 e F11). Com relação a F3, esta diminui seu nível de estresse de quase exaustão para resistência. Já F5, F8 e F11 permaneceram em fase de resistência neste período.

Ao que se refere a terceira e quarta avaliação, constata-se que novamente quatro pacientes permaneceram com quadro de estresse (F3; F5; F8 e F9).

F3 e F5 mantiveram um quadro de resistência em ambas as avaliações, já F8 e F9 evoluíram da fase de resistência para a quase-exaustão.

Quadro 2 – Variação do estresse dos pais

PAIS	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
F1	Alerta	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F2	Resistência	Resistência	Sem estresse	Sem estresse
F3	Resistência	Quase-exaustão	Resistência	Resistência
F4	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F5	Resistência	Resistência	Resistência	Resistência
F6	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F7	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F8	Quase-exaustão	Resistência	Resistência	Quase-exaustão
F9	Resistência	Sem estresse	Resistência	Quase-exaustão
F10	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Resistência
F11	Resistência	Resistência	Resistência	Sem estresse
F12	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse

4.4 CORRELACIONANDO OS DADOS DE ESTRESSE

Ao correlacionar os sintomas de estresse dos pais com os sintomas de estresse das crianças e/ou adolescentes em tratamento oncológico observou-se com os resultados apresentados no Quadro 3, que houveram três casos (P3-F3; P8-F8; P11-F11) em que os pais e os pacientes apresentaram estresse na primeira avaliação, porém em nenhum dos casos encontram-se na mesma fase do estresse.

Na segunda avaliação também houveram três casos (P3-F3; P5-F5; P11-F11) em que pais e pacientes apresentaram sintomas de estresse concomitantes e em dois (P5-F5; P11-F11) deles os pais e os pacientes encontravam-se na mesma fase, a de resistência.

Em relação a terceira avaliação houveram quatro (P3-F3; P5-F5; P8-F8; P11-F11) pais e pacientes que compartilharam os sintomas de estresse, ainda que em nenhum dos casos permaneceram na mesma fase.

Quanto a quarta e última avaliação, sabe-se que três (P3-F3; P5-F5; P8-F8) pacientes e seus pais tiveram sintomas de estresse no período. Em um (P5-F5) dos casos houve similaridade da fase de estresse, a de resistência.

Quadro 3 - Correlação do estresse

ID	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
P1	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F1	Alerta	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P2	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F2	Resistência	Resistência	Sem estresse	Sem estresse
P3	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
F3	Resistência	Quase-exaustão	Resistência	Resistência
P4	Resistência	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F4	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P5	Sem estresse	Resistência	Alerta	Resistência
F5	Resistência	Resistência	Resistência	Resistência
P6	Sem estresse	Alerta	Alerta	Sem estresse
F6	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P7	Sem estresse	Sem estresse	Alerta	Alerta
F7	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
P8	Alerta	Sem estresse	Alerta	Alerta
F8	Quase-exaustão	Resistência	Resistência	Quase-exaustão
P9	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F9	Resistência	Sem estresse	Resistência	Quase-exaustão
P10	Resistência	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse
F10	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Resistência
P11	Alerta	Resistência	Quase-Exaustão	Sem estresse
F11	Resistência	Resistência	Resistência	Sem estresse
P12	Sem estresse	Sem estresse	Alerta	Sem estresse
F12	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse	Sem estresse

5 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou trazer à luz a presença de estresse no contexto oncopediátrico. Tal compreensão se deu a partir da investigação do nível de estresse que pais e pacientes recém diagnosticados com câncer podem apresentar durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico.

Foram utilizados os testes psicológicos ESI (Anexo 2), ESA (Anexo 3) e ISSL (Anexo 4), os quais permitiram a mensuração do estresse nos dois grupos participantes da pesquisa.

Optamos em nosso estudo pela utilização dos testes citados, tendo em vista que os mesmos possibilitam a identificação de sintomas de estresse no momento de vida atual do sujeito. Com base em um delineamento longitudinal, a compreensão do estresse agudo nesta população nos permite contemplar de maneira genuína a experiência destes indivíduos em diversos momentos do tratamento quimioterápico

Do ponto de vista do diagnóstico oncológico, obtivemos 58% da amostra divergindo das estatísticas mundiais quanto aos casos oncológicos mais prevalentes nessa população, que são: leucemias, linfomas e tumores de SNC (Ministério da Saúde 2015). Em nossa amostra observamos casos de leucemia, linfoma, PNET, osteossarcoma, sarcoma sinovial, histiocitose e teratoma. Destes, os cinco últimos perfizeram um total de 58% dos diagnósticos incidentes em nossa população, como descrito anteriormente.

O DSM-V da *American Psychiatric Association* (APA 2014) define o Transtorno de Estresse Agudo (F43.0) como aquele que comumente se apresenta logo após a vivência de um evento que pareça ameaçar a vida ou integridade física e/ou psíquica do próprio sujeito ou ente querido. Este passa a sentir tristeza, raiva, desespero, desesperança e um intenso medo que permanece por um período entre três dias e um mês após o evento. Nesta ocasião o indivíduo é acometido por lembranças angustiantes e recorrentes. Também por esforços evitativos, humor negativo, entorpecimento, comportamento irritadiço e alteração no padrão de sono. Lembrando que a apresentação dos sintomas varia de indivíduo para indivíduo.

No campo da oncologia pediátrica, de acordo com a literatura pesquisada, grande parte dos estudos segue uma linha transversal e se dedicam a avaliar a incidência de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) neste contexto e não do estresse agudo.

De acordo com o DSM-V (APA 2014), o Transtorno de Estresse Pós Traumático (F43.10), é caracterizado pela presença de sintomas como: medo excessivo, lembranças ou sonhos angustiantes e intrusivos que ocorrem posteriormente à exposição a um evento estressor traumático grave. Este evento deve envolver a ameaça da vida ou integridade física do próprio indivíduo ou de outra pessoa. Outro sintoma característico é o intenso sofrimento psicológico diante de situações que se assemelhem ou associem ao trauma. Também evidencia-se comportamentos evitativos em relação a recordações do acontecimento. Para caracterizar o TEPT, o

quadro sintomático deve se fazer presente por mais de um mês e ocasionar sofrimento e prejuízo significativo a qualquer área que seja importante à vida do indivíduo.

Ao compreender a incidência do estresse em nossos pacientes, não foi possível fazer correlação quanto ao gênero e diagnóstico, tendo em vista que a amostra é composta por um n pequeno.

No estudo de MARQUES (2004) foi pontuado que as meninas tendem a ter mais sintomas de estresse, porém esta diferença foi considerada quase insignificante, enfatizando que o importante é considerar a percepção individual dos pacientes.

Já STUBER et al. (2011), em seu estudo que avalia a incidência de TEPT em sobreviventes de câncer infanto-juvenil e irmãos saudáveis, descreveu a maior incidência de estresse no sexo feminino.

Em relação ao diagnóstico não encontramos dados que relacionem maior incidência de estresse a um determinado tipo de doença.

No que se refere ao estresse geral apresentado por nossos pacientes, notou-se uma oscilação dos índices durante o período da pesquisa, ocorrendo somente um caso em que o estresse se manteve em fase de alerta em todas as avaliações. Tal paciente (P3) nos faz refletir acerca da possível relação do estresse com os eventos estressores vivenciados pelo paciente neste período, como a amputação de uma de suas pernas.

Segundo FRANÇOSO e VALLE (2010), as modificações corporais, exposição a procedimentos médicos, exames e diversas terapêuticas

empregadas no período do tratamento, ocasionam no indivíduo desorganização e angústia, culminando em situações de crise.

Na primeira avaliação 41,7% dos pacientes apresentavam estresse. A comparação com a literatura neste caso torna-se inviável, tendo em vista que entre os estudos pesquisados não encontramos estudos que avaliavam o momento inicial da quimioterapia e de delineamento longitudinal.

O resultado de nossa primeira avaliação pode refletir o impacto que os pacientes sentiram, tendo em vista a mudança de rotina que um tratamento desta magnitude impõe. A literatura pontua que o diagnóstico e tratamento oncológico é um momento estressante na vida de um indivíduo e que é capaz de fazer emergir inúmeros sentimentos e dúvidas quanto ao futuro (PERINA 1994).

Quanto a compreensão do conceito de morte pela criança, sabe-se que este está intimamente ligado ao seu desenvolvimento cognitivo e também às suas vivências pessoais relacionadas ao morrer. Na faixa etária que compreende o nosso estudo, a criança já apresenta uma percepção mais estruturada acerca do que é morrer, como por exemplo, já compreendem que a morte é inevitável, irreversível e ocorre com todos (TORRES 2002).

MELO e VALLE (2010), relatam que percepção de morte pela criança difere razoavelmente do adulto, uma vez que suas preocupações giram em torno da separação do corpo, a perda dos pais, familiares e amigos.

Outro aspecto também ressaltado pela literatura é que a maturidade cognitiva do indivíduo tem relação com o seu modo de enfrentamento do

adoecimento. A reação da criança diante do tratamento e hospitalização derivará de sua faixa etária. Quanto maior a sua faixa etária, mais a criança tende a sentir raiva, culpa, compreender que a morte é uma ameaça iminente. Vivencia ainda, inseguranças, angustias e ansiedade (CHIATTONE 2012).

Aquela criança em idade escolar terá condições de compreender sua condição e poderá relacionar sua situação com eventos anteriormente vivenciados, como a perda de brinquedos, morte de animais de estimação e/ou conhecidos (GOMES et al. 2013).

Podemos ilustrar a questão a partir de três casos.

P10, do sexo masculino, 17 anos, apresentou sintomas de estresse em fase de resistência somente na sua primeira avaliação. Nas avaliações subsequentes o paciente não denotou estresse, demonstrando uma provável elaboração psíquica e possível desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas à situação.

O estresse não foi detectado no paciente P6, sexo feminino, 6 anos de idade, na primeira avaliação. Segundo PAPALIA et al. (2006) nesta faixa etária inicia-se o pensamento lógico e concreto, começam a desenvolver suas habilidades sociais e compreensão mais adequada quanto a tempo e espaço. Assim podemos supor que P6, pode não ter apresentado sintomas de estresse na primeira avaliação tendo em vista sua pouca idade. Pode-se considerar que a maturidade cognitiva da paciente não lhe permitiu compreender a magnitude do tratamento oncológico inicialmente.

Podemos supor ainda que o não aparecimento dos sintomas de estresse na primeira avaliação pode ter relação com o fato de P6 estar bastante adaptada à rotina hospitalar, tendo em vista que quando tinha por volta de um ano foi submetida a um transplante hepático.

Nas duas avaliações subsequentes, momento em que provavelmente os efeitos colaterais relacionados ao tratamento já se faziam presentes, assim como a mudança na sua rotina, a paciente apresentou-se em quadro de estresse nas fases iniciais, ou seja, na fase de alerta.

Na última avaliação, período em que a paciente já havia finalizado as sessões de quimioterapia e encontrava-se somente em acompanhamento ambulatorial, a mesma não apresentou estresse. Tal achado nos faz conjecturar que após a cessação dos estímulos estressores, a paciente retornou ao seu equilíbrio emocional.

O paciente P2, não apresentou estresse em nenhuma das avaliações, o que pode ter relação com sua faixa etária, uma vez que o paciente fez 7 anos na semana anterior a primeira testagem. Possivelmente sua imaturidade o fez não ter compreensão de maneira estruturada acerca dos riscos inerentes ao tratamento oncológico, o que provavelmente o auxiliou quanto ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas ao momento.

Na segunda avaliação, o nível de estresse dos pacientes de nosso estudo caiu para 33,3%, considerando que na ocasião o impacto inicial pode ter sido atenuado devido à uma possível adequação ao tratamento e desenvolvimento de recursos psíquicos adaptativos a circunstância.

Na literatura pesquisada notamos que a porcentagem de nossa segunda avaliação é bastante similar aos achados de MENDES et al. (2012) que encontrou a presença de estresse 31% dos 29 pacientes participantes de sua pesquisa na faixa etária entre 6 anos e 13 anos , porém os mesmos estavam internados por doenças diversas.

Identificamos que o auge do estresse deste grupo revelou-se na terceira avaliação, com 58,3% dos indivíduos apresentando sintomas.

A terceira avaliação coincidiu com o quarto mês de tratamento quimioterápico que, como descrito por BEMIS et al. (2015), após um período de tratamento as crianças e adolescentes em geral já foram submetidos a inúmeros procedimentos invasivos, realização de exames e afastaram-se dos hábitos comuns da faixa etária, o que pode lhes ocasionar sentimentos de angústia. Nestes quatro meses de tratamento pode ter ocorrido um acúmulo de eventos estressores e como descreve LIPP (2014), o indivíduo que não tem possibilidade de eliminar o evento estressor de sua vida tende a evoluir quanto as fases do estresse.

A elevação do estresse na terceira avaliação também pode ter relação com os eventos adversos vivenciados pelos pacientes no período, como exemplificam os casos abaixo:

P11, paciente do sexo feminino, 10 anos de idade, foi o único caso identificado entre os pacientes com quase-exaustão. Antes de responder ao teste a criança mencionou que seria submetida a um procedimento cirúrgico de grande porte no dia seguinte.

Tal acontecimento indica a importância de se considerar que a ida ao centro cirúrgico e a exposição a um procedimento altamente invasivo foi capaz de desencadear medos e incertezas na criança, levando-a ao quadro de estresse em fase avançada, como a de quase exaustão.

De acordo com YAMADA e BEVILACQUA (2005), submeter uma criança a um procedimento cirúrgico pode contribuir para o surgimento de inseguranças e medo, tendo em vista que ela será exposta a uma situação ao qual não está habituada e em um ambiente desconhecido.

Corroborando com os dados apresentados por STUBER et al. (2011), que avaliou 6542 jovens sobreviventes de câncer, percebemos ainda em nosso estudo que internações em Unidade de Terapia Intensa (UTI) também são eventos que podem provocar estresse. P4, com 8 anos, sexo feminino, ao diagnóstico foi submetida a uma internação em UTI para estabilização clínica, sendo que após a alta da UTI foi encaminhada para a unidade de internação para início da quimioterapia, momento em que foi testada pela primeira vez. A paciente apresentou estresse em fase de resistência, nos levando a considerar sua estadia na UTI como desencadeador do estresse.

ISTA et al. (2005) relata que crianças admitidas em UTI serão expostas a experiências desagradáveis, tanto físicas quanto psíquicas e o estresse que esta situação provoca é um fator negativo na recuperação da criança.

No período pós alta da UTI a paciente cursou com irritabilidade e certa apatia, o que acabava por atrapalhar sua adesão ao tratamento de acordo com relato dos pais.

Tendo em vista este cenário o Núcleo de Psico-Oncologia foi acionado para avaliação da paciente. P4 passou a ser acompanhada em psicoterapia pela psicologia, e também pela psiquiatria, tendo sido prescrito fluoxetina à mesma. Nas próximas três avaliações a paciente não apresentou sintomas de estresse e segundo os pais, a paciente evoluiu com melhora importante do comportamento irritadiço apresentado anteriormente.

Este achado indica a importância de se considerar que níveis elevados de estresse podem interferir na adesão do paciente ao tratamento.

Devemos nos atentar aos aspectos desencadeadores de estresse no cenário oncológico, tendo em vista que os resultados de nossa terceira avaliação são similares ao da literatura pesquisada, como podemos observar no estudo de MARQUES (2004), que com o auxílio da ESI, estudou a presença de estresse em crianças em tratamento quimioterápico no estado do Pará. Com uma amostra composta por 25 indivíduos com idade entre 6 anos e 14 anos, que foram avaliadas em um único momento do tratamento quimioterápico, e apresentaram índices de estresse que chegaram a 60%, com maior predominância de sintomas psicológicos (40%).

Outra pesquisa que abordou a prevalência de estresse em crianças submetidas a tratamentos de saúde diversos, foi a de MENDES et al. (2012), que revelou através dos resultados da ESI, após estudar 29 crianças na faixa etária dos 6 anos ao 13 anos, que 31% apresentou quadro de estresse infantil em fase de resistência e com predominância de sintomas psicológicos. O estudo não correlacionou dados de gênero, idade e motivo da internação com os sintomas de estresse.

A incidência entre moderada e alta de estresse em pacientes pediátricos pode influenciar no transcorrer do tratamento, de acordo com nossos achados e como observamos anteriormente na literatura pesquisada.

Em nossa quarta avaliação, os índices declinaram para 33,3%. Com este declínio podemos supor que há relação entre os sintomas de estresse e o tratamento sistêmico, já que observamos em três pacientes (P6; P11 e P12) uma diminuição do estresse coincidente com o término do tratamento quimioterápico.

Em relação ao grupo composto pelos pais, obtivemos 12 participantes com idade entre 31 anos e 42 anos, em sua maioria, assim como os pacientes, procedentes do estado de São Paulo. Em relação ao grau de instrução, 33,3% com ensino médio completo e 33,3% ensino superior completo. Quanto ao gênero, houve uma predominância do sexo feminino, com 91,7% de mães.

Levando-se em consideração aspectos históricos e culturais de nossa sociedade, percebe-se que é destinado à mulher os cuidados com a criança adoentada, fazendo prevalecer o papel materno na vida da mulher (FALCI 2010).

O constante contato com o tratamento do filho e também os cuidados que deve ter com o mesmo, parecem gerar maior cansaço à esta mãe, e este cansaço pode leva-las a níveis de estresse mais elevados.

No que se refere a idade, procedência e grau de instrução dos pais, não foi possível fazer correlação com a incidência de estresse.

Ao olhar para os resultados relacionados ao grupo dos pais, notamos que durante as quatro avaliações deste grupo houve incidência de estresse. O auge dos sintomas ocorreram na primeira avaliação (58,3%) e posteriormente a incidência de estresse se manteve equilibrada (41,7%).

Na maioria das vezes os sintomas de estresse apresentados pelos pais foram encontrados em fases mais avançadas (resistência e quase-exaustão) e com maior predominância de sintomas psicológicos. Tais resultados, como podemos perceber, divergem do estresse encontrado nos pacientes.

Constatou-se que o maior índice de estresse apresentado pelos pais se deu na primeira avaliação, acometendo 58,3% dos participantes. Este fato pode provavelmente estar relacionado ao impacto do diagnóstico, e também, com o estigma que a doença carrega, conforme vimos na revisão da literatura.

O impacto do início do tratamento pode ser observado claramente no caso de F1. Esta apresentou sintomas de estresse em fase de alerta na primeira avaliação, denotando nesta ocasião maior vulnerabilidade emocional possivelmente relacionada às expectativas quanto ao tratamento do filho. Nas avaliações posteriores não houve mais presença de estresse uma vez que mãe possivelmente desenvolveu estratégias de enfrentamento para lidar com a situação.

Em se tratando da avaliação de estresse agudo nos pais de crianças em tratamento oncológico, notou-se uma escassez dos trabalhos na literatura pesquisada. Encontramos dois estudos, que estão detalhados

abaixo e que avaliaram a vivência do estresse em oncologia pediátrica, levando-se em consideração o momento de vida atual do indivíduo.

PATÍÑO-FERNANDEZ et al. (2008), avaliaram a partir de um estudo transversal 129 mães e 72 pais, provenientes de um total de 138 famílias. Estes familiares foram avaliados entre uma e duas semanas após o diagnóstico oncológico de suas crianças. Os resultados demonstraram que 51% das mães e 40% dos pais apresentaram sintomas condizentes com Transtorno de Estresse Agudo de acordo com os critérios do DSM-IV.

O outro estudo encontrado foi o de ALVES et al. (2013) que realizou um estudo de delineamento transversal. A pesquisa aconteceu em duas instituições brasileiras (A.C.Camargo Cancer Center e Associação dos Pais e Amigos da Criança com Câncer e Hemoglobinopatias), entre os meses de janeiro e junho do ano de 2009. Foram elegíveis para a pesquisa, 101 pais de crianças em tratamento ou acompanhamento oncológico entre zero e 18 anos de idade. A predominância de participantes foram mães (87,1%). Quanto ao tempo de diagnóstico a média foi de 32,6 meses e as autores observaram que os maiores índices de estresse se apresentaram nos pais de crianças nos primeiros meses após o diagnóstico.

Ainda que tenhamos uma amostra menor, nossos resultados convergem para os achados de ambos os estudos, uma vez que a maior incidência de estresse em nossa população de pais se deu ao início do tratamento quimioterápico.

Com relação as três avaliações de estresse dos pais que ocorreram posteriormente, os resultados mantiveram-se estáveis com o diagnóstico de

estresse tendo se mantido em 41,3% da amostra, porém deve-se levar em conta que neste período e dentro desta porcentagem houve oscilações individuais dos sintomas de estresse dos pais.

Nos parece que tais oscilações de estresse ocorreram por influência da vivência de eventos diversos durante o tratamento. Um evento estressor pode ser definido como aquele que causa um impacto que pode alterar o organismo do indivíduo física e psiquicamente (LIPP e LUCARELLI 2011).

Podemos observar três casos que ilustram esta oscilação. Começaremos por F11 que esteve em fase de resistência do estresse durante as três primeiras avaliações, sendo que na quarta avaliação não apresentou nenhum sintoma. Podemos inferir que a mãe devido a finalização do tratamento sistêmico, não pontou na escala para estresse, tendo em vista que no período da última avaliação P11, sua filha, já tinha terminado o tratamento quimioterápico.

Já F9, oscilou entre a fase de resistência na primeira avaliação e quase exaustão na quarta avaliação, o que nos faz pressupor que o aumento dos sintomas de estresse desta mãe ocorreu devido ao momento do tratamento em que a filha, P9, se encontrava. Tendo em vista que na última avaliação, em que a mãe, F9, apresentou sintomas de estresse em quase exaustão, estava à espera do resultado de exames que mostrariam a resposta de P9, frente ao tratamento realizado até aquele momento.

Quanto aos sintomas apresentados por F3, compreende-se que esta mãe passou da fase de resistência na primeira avaliação, para a fase de

quase exaustão na segunda avaliação, sendo que neste período P3 foi submetido a amputação da perna.

WOZNIAK e IZYCKI (2014) relatam que os familiares também precisam aprender a lidar com os sintomas do tratamento e que muitas vezes vivem em situações de suspense a espera do resultado deste.

Nossa amostra vai ao encontro dos resultados de DUNN et al. (2012) que relataram que 41% de mães apresentaram sintomas condizentes ao TEPT, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico.

Quanto a possível correlação dos sintomas de estresse dos pais com os sintomas de estresse dos filhos, houveram cinco casos em que esta relação pode ser observada (F1-P1; F3-P3; F5-P5; F8-P8; F11-P11).

Nos resultados dos testes de F1 e P1, observou-se que F1 apresentou estresse na primeira avaliação em fase de alerta e em todas as avaliações posteriores não apresentou estresse. Seu filho P1 nunca apresentou sintomas de estresse durante todo o período da pesquisa, o que nos faz pensar que a rápida adaptação da mãe frente a situação vivenciada, possibilitou que o adolescente mantivesse um enfrentamento adequado da situação.

Em relação a F3, esta apresentou sintomas de estresse entre as fases de resistência e quase-exaustão, em todas as avaliações. Seu filho, P3, também apresentou sintomas de estresse nas quatro avaliações, diferindo da fase em que a mãe se encontrava, já que o paciente manteve-se em fase de alerta. A predominância dos sintomas de ambos foram os psicológicos.

Ao observarmos F5 e P5, notamos que P5, 15 anos, não apresentou sintomas de estresse na primeira avaliação, porém presumimos que devido a presença de estresse da mãe em todas as avaliações, P5 passou a apresentar sintomas de estresse a partir da segunda avaliação, oscilando as fases de resistência e alerta. Também supomos que sua compreensão acerca do tratamento e mudanças corporais podem ter contribuído para o surgimento do estresse.

No caso de F8 e P8, na primeira e quarta avaliação em que F8 apresentou estresse em fase de quase-exaustão e com predominância de sintomas psicológicos e físicos, observou-se que P8 apresentou estresse em fase de alerta, com predominância de sintomas psicológicos com componente depressivo.

Quanto a F11 e P11, observou-se que ambas apresentaram sintomas de estresse nas primeiras três avaliações. F11 se manteve em fase de resistência, enquanto P11 evoluiu de alerta para resistência e posteriormente à quase exaustão. Na última avaliação nenhuma das duas apresentou sintomas de estresse.

BEMIS et al. (2015) destaca que a compreensão de doença da criança é formada a partir da compreensão dos pais. Alterações de humor e comportamento dos pais frente a situação de adoecimento do filho, podem influenciar na maneira como este paciente lidará com a situação. Um enfrentamento não adaptativo dos pais, pode acarretar em um enfrentamento não adaptativo da criança e adolescente, culminando em situações ainda mais estressoras.

A partir de nossos resultados observamos que há incidência de estresse significativo em pais e pacientes inseridos no contexto oncopediátrico. A fase de estresse em que a maioria dos pais encontraram-se durante o período da pesquisa (resistência e quase exaustão), desencadeiam uma maior vulnerabilidade aos indivíduos. Em se tratando dos pacientes, a grande maioria encontrou-se em fase de alerta, sendo esta considerada uma fase de estresse que impulsiona o indivíduo a lutar contra o evento estressor, visando a eliminação do mesmo, ou seja, desenvolvendo estratégias de enfrentamento adaptativas a situação.

Assim, tendo em vista a escassez de estudos nesta área, esperamos com o nossa pesquisa ter contribuído para chamar a atenção da incidência de estresse em pais e pacientes durante o período de seis meses posteriores ao início do tratamento quimioterápico, para que esta população possa ter uma assistência especializada que lhes traga maior segurança e tranquilidade para o enfrentamento do tratamento.

6 CONCLUSÃO

1. Pais e pacientes recém diagnosticados com câncer, por um período de seis meses posteriores ao início do tratamento quimioterápico apresentaram quadro de estresse.
2. As crianças e adolescentes vivenciaram uma variação dos níveis de estresse entre as fases de alerta e quase-exaustão, com predominância de sintomas psicológicos e físicos.
3. Os pais manifestaram em um contexto geral sintomas de estresse lineares na maior parte das avaliações, porém individualmente notou-se uma importante variação das fases em que estes encontraram-se durante a pesquisa, sendo que as fases de maior prevalência foram a de resistência e quase exaustão, com predominância de sintomas psicológicos.
4. Ao correlacionar os dados dos pais e pacientes observamos uma possível relação entre a ocorrência de estresse destes, que se caracterizou pela incidência de estresse, mas não, pela similaridade das fases.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[APA] American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. Trad. de M. I. C. Nascimento. 5ª ed. 2014. Dados eletrônicos; p.271-86. Disponível em: <URL:<http://blogdapsicologia.com.br/unimar/wp-content/uploads/2015/12/248320024-Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>> [2016 dez 2]

Aberastury A, Dornbusch A, Goldstein N, Knobel M, Rosenthal G, Salas E. Adolescência e psicopatia: luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis. In: Aberastury A, Knobel M, editores. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed; 1982 – Reimpressão 2003. p.63-71.

Alves DFS, Guirardello EB, Kurashima AY. Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2013; 21:356-62.

Alcantra TV, Shioga JEM, Lima MJV, Lage AMV, Maia AHN. Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da oncologia pediátrica. **Rev SBPH** 2013; 16:103-19.

Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev Eletrônica Enfermagem** [periódico on line] 2016; 18(mar). Disponível em: <URL:<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33141/20961>> [2017 jul 12]

Azambuja AMP, Silva NS. Tumores infratentoriais. In: Odone Filho V, Maluf Júnior PT, Cristofani LM, Almeida MTA, Teixeira RAP, editores. **Doenças neoplásicas da criança e do adolescente**. Barueri, SP: Manole; 2012. p.163-75.

Barbosa LNF, Francisco AL. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Rev SBPH** 2007; 10:9-24.

Barros DMS, Lustosa MA. A ludoterapia na doença crônica infantil: play therapy in chronic childhood. **Rev SBPH** 2009; 12:114-36.

Bemis H, Yarboi J, Gerhaedt CA, et al. Childhood cancer in context: sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. **J Pediatr Psychol** 2015; 40:733-43.

Borges ADVS, Silva EF, Toniollo PB, et al. Percepção de morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo** 2006; 2:361-69.

Carvalho AS, Depianti JRB, Silva LFS, Aguiar RCB, Monteiro ACM. Reactions of family members of children diagnosed with cancer: a descriptive study. **Online Braz J Nursing** 2014; 13:282-91.

Chiattonne HBC. A criança e a morte. In: Camon VAA, organizador. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Cengage Learning; 2012. p.69-146.

Crepaldi MA. **Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos**. Taubaté (SP): Cabral Editora Universitária; 1999. p.273.

Collassanti MD, Zanichelli MA. Leucemia mielóide crônica em pediatria. In: Odone Filho V, Maluf Júnior PT, Cristofani LM, Almeida MTA, Teixeira RAP, editores. **Doenças neoplásicas da criança e do adolescente**. São Paulo: Manole; 2012. p.88-102.

Cristofani LM. Leucemia linfóide aguda. In: Odone Filho V, Maluf Júnior PT, Cristofani LM, Almeida MTA, Teixeira RAP, editores. **Doenças neoplásicas da criança e do adolescente**. Barueri (SP): Manole; 2012. p.3-18.

Curado MP, Edwards MB, Shin HR, et al. **Cancer incidence in five continents**. WHO: International Agency for Research on Cancer; 2014.

de Camargo B, Lopes LF, Antoneli CB, Costa CML, Mendes WL, Kurashima A. **A criança com câncer: o que devemos saber? - um guia para pais e familiares de crianças e adolescentes em tratamento**. São Paulo: Comuniquê; 2003.

Dunn MJ; Rodriguez EM; Barnwell AS. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. **Health Psychol** 2012; 31:176-85.

Dantas A. **Estatuto da criança e do adolescente (ECA)**. Osasco: 2008.

Davis C. Desenvolvimento cognitivo na adolescência: período de operações concretas (7-12 anos). In: Rappaport CR, Fiori WR, Davis C, editores. **A idade escolar e a adolescência**. São Paulo: EPU; 1982. p.69-70.

Fiori WR. Desenvolvimento emocional. In: Rappaport CR, Fiori WR, Davis C, editores. **A idade escolar e a adolescência**. São Paulo: EPU; 1982. p.1-45.

Françoso LPC, Valle ERM. Assistência psicológica a crianças com câncer: os grupos de apoio. In: Valle ERM, organizador. **Psico-oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p.75-127.

Gaspar KC. Psicologia hospitalar aplicada à oncologia clínica: subsídios teórico-práticos para intervenção psicológica. In: Angerami VA, Gaspar KC, editores. **O câncer diante da psicologia: uma visão interdisciplinar**. São

Paulo: Casa do Psicólogo; 2016. p.109-24.

Goffmann E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. de M. B. M. L. Nunes. Rio de Janeiro: LTC; 1982, reimpressão 2008.

Gomes IP, Lima KA, Rodrigues LV, Lima RAG, Collet N. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. **Texto Contexto Enferm** 2013; 22:671-9.

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad Saúde Pública** 2014; 30:623-32.

Gurgel LA, Lage AMV. Atuação psicológica na assistência à criança com câncer: da prevenção aos cuidados paliativos. **Rev Psicol** 2013; 4:83-96.

Hildenbrand AK, Alderfer MA, Deatrick JA, Marsac ML. A mixed methods assessment of coping with pediatric cancer. **J Psychosoc Oncol** 2014; 32:37-58.

Houaiss A. **Mini dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva; 2010. Estresse; p.325.

Iamin SRS, Zagonel IPS. Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. **Psicol Argum** 2011; 29:427-35.

Ista E, van Dijk M, Tibboel D, de Hoog M. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT "behavior" scale. **Pediatr Crit Care Med** 2005; 6:58-63.

Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA, Hwang WT, Reilly A. Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. **J Clin Oncol** 2005; 23:7405-410.

Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. **Palliative Med** 2006; 20:779-89.

Kim MA, Yi J. Life after cancer: how does public stigma increase psychological distress of childhood cancer survivors. **Int J Nurs Studies** 2014; 51:1605-614.

Kita MS, Pritlove C, Kirsh B. The big C – stigma, cancer and workplace discrimination. **J Cancer Survivorship** 2016; 10:1035-50.

Kobayashi K, Hayakama A, Hohashi N. Interrelations between siblings and parents in families living with children with cancer. **J Family Nurs** 2014; 21:119-48.

Lipp MEN. **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. São Paulo: Papirus, 2000. O stress da criança e suas consequências; p.13-42.

Lipp MEN, Lucarelli MDM. **ESI: escala de stress infantil: manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. Stress infantil; p.15-7.

Lipp MEN. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014. Introdução; p.11-4.

Lipp MEN. Stress e câncer: uma diáde perigosa. In: Angerami VA, Gaspar KC, editores. **O câncer diante da psicologia: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016; p.415-30.

Litzelman K, Catrine K, Gangnon R, Witt WP. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. **Quality Life Res** 2011; 20:1261-9.

Ljungman L, Hovén E, Ljungman G, Cernvall M, Von Essen L. Does time heal all wounds? a longitudinal study of the development of posttraumatic stress symptoms in parents of survivors of childhood cancer and bereaved parents. **Psycho-Oncology** 2015; 24:1792-8.

Lourenço MTC, Costa CL. Aspectos psicológicos do doente em quimioterapia. In: Ayoub AC, Frias MAE, Barros MA, Kobayashi RM, editores. **Bases da enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Lemar; 2000. p.489-95.

Lucarelli MDM, Lipp MEN. Validação do inventário de sintomas de stress infantil – ISS – I. **Psicologia Reflexão Crítica** 1999; 12:71-88.

Maluf Júnior PT. Linfomas não hodgkin. In: Odone Filho V, Maluf Júnior PT, Cristofan LM, Almeida MTA, Teixeira RAP, editores. **Doenças neoplásicas da criança e do adolescente**. Barueri, SP: Manole, 2012. p.19-58.

Mansano-Schollosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período da quimioterapia. **Texto Contexto – Enferm** 2012; 21:600-07.

Marques APFS. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Psicol Hosp** [periódico on line] 2004; 2(2). Disponível em: <URL:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200006&lng=pt&tlng=pt> [2017 jun 2]

Melo LL, Valle ERM. Vivência de uma criança com câncer hospitalizada em iminência de morte. In: Valle ERM, organizador. **Psico-oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p.181-214.

Mendes CA, Krokosz S, Correia LL. **Avaliação de indicadores emocionais de estresse em crianças internadas na enfermaria pediátrica de um Hospital Universitário**. 2012. Disponível em: <URL:<http://eventos.ufgd.edu.br/enepex/anais/arquivos/64.pdf>> [2017 ago 12]

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Cancer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

Miranda CA, Tarasconi CV, Scortegagna SA. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica** 2008; 7:249-57.

Motta AB, Enumo SRF. Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. **Psicologia Teoria e Pesquisa** 2010; 23:445-54.

Nakayama N, Mori N, Ishimaru S, et al. Factors associated with posttraumatic growth among parents of children with cancer. **Psychooncology** 2017; 26:1369-75.

Novais E, Conceição AP, Domingos J, Duque V. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul** 2009; 29:36-44.

Ortiz MCM. **À margem do leito: a mãe e o câncer infantil**. São Paulo: Arte & Ciência; 2003a. Porque ouvir as mães; p.21-8.

Ortiz MCM. **À margem do leito: a mãe e o câncer infantil**. São Paulo: Arte & Ciência; 2003b. Falando de câncer e de mães; p.29-45.

Patiño-Fernandéz AM, Pai A, Alderfer M, Hwang WT, Reilly A, Kazak A. Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. **Pediatr Blood Cancer** 2008; 50:289-92.

Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Patel AA, Gilbertson JR, Showe LC, et al. A novel cross-disciplinary multi-institute approach to translational cancer research: lessons learned from pennsylvania cancer alliance bioinformatics consortium (PCABC). **Cancer Informatics** 2007; 3:255-274.

Perina EM. Câncer infantil: a difícil trajetória. In: Carvalho MMMJ, organizador. **Introdução à psicooncologia**. São Paulo: Editorial Psy; 1994. p.79-94.

Peçanha DLN. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, et al. editores. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus; 2008 p.209-17.

Pereira AA, Tarabay CH, Antunes KR, Cunha CMB, Lourenço MTDPC. A Vivência do paciente oncológico e suas estratégias de enfrentamento. In: Silva G, Bernat BR, Lima FLT, Alcântara LS, Swinerd MM, organizadores. **Os tempos no hospital oncológico**. Rio de Janeiro: INCA; 2015. p.49-59

Rappaport CR. Socialização. In: Rappaport CR, Fiori WR, Davis C, editores. **A idade escolar e a adolescência**. São Paulo: EPU; 1982. p.88-106.

Rezende AM, Brito VFDS, Malta JDS, Schall VT, Modena CM. Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. **Iniciação Científica CESUMAR** 2009; 11:73-82.

Rzewuska M, de Azevedo-Marques JM, Coxon D, et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: evidence from the 2013 national health survey (PNS 2013). **PLoS ONE** 2017; 12:e0171813.

Rodrigues FSS, Polidori MM. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Rev Bras Cancerol** 2012; 58:619-27.

Rossetti MO, Ehlers DM, Guntert IB, et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Rev Bras Terapias Cognitivas** 2008; 4:108-20.

Sales CA, Santos GMS, Santos JA, Marcon SS. O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido. **Rev Eletr Enf** 2012; 14:841-9.

Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos Transtornos Mentais na População Adulta Brasileira: Uma Revisão Sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr** 2010; 59:238-46.

Santos Junior A, Schlittler LXC. Cancer e família: aspectos relacionados ao cuidado dos cuidadores e dos “irmãos esquecidos”. In: Angerami VA, Gaspar KC, editores. **O câncer diante da psicologia: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016. p.337-60.

Sardá Júnior JJ, Legal EJ, Jablonski Júnior SJ. Neurobiologia do estresse. In: Alchieri JC, Cruz RM, organizadores. **Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.13-9.

Scannavino CSS, Sorato DB, Lima MP, et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP** 2013; 24:35-53.

Sharp KMH, Willard VW, Okado Y, et al. Profiles of connectedness: processes of resilience and growth in children with cancer. **J Pediatric Psychol** 2015; 40:904-13.

Silva EAT, Martinez A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. **Estudos Psicologia** 2005; 22:53-61.

Silva PLN, Ruas PR, Barbosa HÁ, Soares LM, Rocha GG. O significado do câncer: percepção de pacientes. **Rev Enferm UFPE** 2013; 7:6828-33.

Simonetti A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 7ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. Introdução; p.13-32.

Stuber ML, Meeske KA, Krull KR, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. **Pediatrics** 2010; 125:1124-34.

Stratton P, Hayes N. **Dicionário de psicologia**. Trad. Esméria Rovai. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003. Estresse; p.95.

Thiengo DL, Cavalcante TE, Tavares M, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr** 2014; 63:360-72.

Traue HC, Jerg L, Bretzke MP, Hrabal V. Fatores psicológicos na dor crônica. In: **Guia para o tratamento da dor em contextos com poucos recursos**. 2010. p.14-21. Disponível em: <URL:https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf> [2017 mai 14]

Tricoli VAC, Lipp MEN. **ESA: escala de stress para adolescentes: manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. Stress; p.15-9.

Torres WC. O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 2002; 18:221-9.

Valle ERM, Ramalho MAN. O câncer na criança: a difícil trajetória. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, et al. editores **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus; 2008. p.150-4.

Vasconcellos EA, Giglio JS. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. **Est Psicol** 2007; 24:375-83.

Veit MT, Barros LHC. Intervenções em psico-oncologia em instituições. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, et al. editores **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus; 2008. p.362-72.

Wozniak K, Izycki D. Cancer: a family at risk. **Prz Menopauzalny** 2014; 13:253-61.

Yamada M, Bevilacqua M. O papel do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. **Estudos Psicol Campinas** 2005; 22:255-62.

Anexo 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



A.C. Camargo
Cancer Center

Comitê de Ética em
Pesquisa - CEP

São Paulo, 18 de dezembro de 2015.

À

Dra. Maria Teresa D. P. da Cruz Lourenço
Aluna: Aline Antunes Pereira (Mestrado)

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 2094/15

"Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo."

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 08/12/2015, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 10/11/2015, aprovaram a realização do projeto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração Sobre o Plano de Recrutamento dos Participantes de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Declaração Sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Departamento de Oncologia Pediátrica;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Núcleo de Psicooncologia;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Oncologia Pediátrica;
- Orçamento Financeiro Detalhado;

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).

Atenciosamente,


Dr. Jefferson Luiz Gross

1º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2 - Escala de Stress Infantil

MLML.001.8

Escala de Stress Infantil – ESI

CADERNO DE APLICAÇÃO

Marilda Emmanuel Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Local de Nascimento: ____ / ____ / ____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Ocupação: _____ Data da Aplicação: ____ / ____ / ____
dia mês ano

Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

INSTRUÇÕES: Você encontrará nas questões abaixo coisas que as crianças podem ter ou sentir. Você deverá mostrar **o quanto** acontece com você o que está descrito em cada questão, pintando os desenhos assim:

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ⊕

1. Estou o tempo todo me mexendo e fazendo coisas diferentes. ⊕
2. Demoro para conseguir usar o banheiro. ⊕
3. Tenho dificuldade de prestar atenção. ⊕
4. Eu me sinto assustado na hora de dormir. ⊕
5. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer. ⊕



© 2008, 2005 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Rua Simão Álvares, 1020 – Vila Madalena – Pinheiros/SP – Brasil
CEP 05417-020 – Tel.: (11) 3034-3600 – www.casadopsicologo.com.br

O presente Caderno de Aplicação
é impresso em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade,
ligue para (11) 3034-3600.

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ⊕

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕

Anexo 3 - Escala de Stress para Adolescentes

VTML.06.11

Escala de Stress para Adolescentes

Valquiria Aparecida Cintra Tricoli & Marilda Emmanuel Novaes Lipp

[illegible]

Instruções

Na página seguinte, você vai encontrar uma relação de sintomas que adolescentes, na faixa etária de 14-18 anos, costumam sentir quando estão estressados.

Não existem respostas certas ou erradas.

Gostaria que você assinalasse com um X, primeiro qual a frequência (coluna do lado esquerdo) que você costuma sentir esses sintomas, da seguinte forma:

Sintomas:

- 1 - não sente;
- 2 - raramente sente;
- 3 - às vezes sente;
- 4 - quase sempre sente;
- 5 - sente sempre.

A seguir você deve refletir sobre o período (coluna do lado direito) que esses sintomas vêm sendo observados por você, assinalando com um X, quando:

Período (Fases):

- 1 - não ocorreu;
- 2 - ocorreu nas últimas 24 horas;
- 3 - tem ocorrido na última semana;
- 4 - tem ocorrido no último mês;
- 5 - tem ocorrido nos últimos 6 meses.

1 - não sente;
2 - raramente sente;
3 - às vezes sente;
4 - quase sempre sente;
5 - sente sempre.

1 - não ocorreu;
2 - ocorreu nas últimas 24 horas;
3 - tem ocorrido na última semana;
4 - tem ocorrido no último mês;
5 - tem ocorrido nos últimos 6 meses.

Sintomas					Itens	Período (Fases)				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					1 - Tenho dores de cabeça					
					2 - Sinto-me tenso (a)					
					3 - Aperto um dente contra o outro					
					4 - Fico introvertido (a) de repente (fecho-me)					
					5 - Estou agressivo (a)					
					6 - Sinto-me impaciente para tudo					
					7 - Choro à toa					
					8 - Fico ansioso (a)					
					9 - Tenho tido dificuldades de relacionamento					
					10 - Sinto dores no peito					
					11 - Estou desanimado (a)					
					12 - Minha sensibilidade está aumentada (excesso de emoção)					
					13 - Sinto-me inseguro (a)					
					14 - Não consigo deixar minha pele como quero					
					15 - Sinto-me deprimido (a)					
					16 - Tenho insônia					
					17 - Não consigo me concentrar					
					18 - Sinto-me apático (a) (sem energia, indiferente a tudo)					
					19 - Fico grande parte do tempo isolado (a)					
					20 - Sinto-me irritado (a)					
					21 - Meus pensamentos são negativos					
					22 - Transpiro nas mãos					
					23 - Tenho gripe frequentemente					
					24 - Sinto-me com dificuldade para aprender					
					25 - Tenho problemas com a auto-estima (só vejo defeitos em mim)					
					26 - Sinto-me intolerante					
					27 - Tenho vontade de chorar					
					28 - Sinto-me triste					
					29 - Tenho tido dificuldades com o estudo					
					30 - Sou tímido					
					31 - Não consigo controlar minhas emoções					
					32 - Minhas respostas são de sobressalto (como se estivesse esperando algo de ruim acontecer)					
					33 - Sinto-me desanimado (a) e sem esperança					
					34 - Tenho enxaqueca					
					35 - Minhas mãos ficam trêmulas					
					36 - Tenho a sensação de fadiga e exaustão					
					37 - Sinto dores nas costas					
					38 - Sinto-me sem paciência					
					39 - Tenho dificuldade para enfrentar o meu dia (é difícil o momento de levantar-se da cama)					
					40 - Uso drogas (qualquer tipo: bebida, cigarro, calmante, anabolizante, etc.)					
					41 - Não consigo estabelecer vínculos afetivos (amigos, namorado (a))					
					42 - Demoro para compreender as coisas					
					43 - Tenho dificuldade de fazer parte de grupos					
					44 - Sinto-me subitamente (de repente) entusiasmado (a) e com planos					

QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE
(Muito suor, suadeira)
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/
RANGER OS DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
(Dificuldade para dormir)
- () 9. TAQUICARDIA
(Batedeira no peito)
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
(Respirar ofegante, rápido)
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
SÚBITA E PASSAGEIRA
(Pressão alta)
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE
MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE
INICIAR NOVOS
PROJETOS

QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (Problemas de pele)
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (Pressão alta)
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (Estar muito nervoso)
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (Sem vontade de sexo)

QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA (Dificuldade para dormir)
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA (Pressão alta)
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS (Problemas de pele)
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

Anexo 5 - Autorização para utilização dos testes

Autorização de uso de testes

Entrada x



2 pessoas



Aline Antunes Pereira Rosa <alineantunes.psico@gmail.com>

24 de mar



para mlipp, cpcs.sp

Boa tarde Dra. Marilda E. N. Lipp, como vai?

Me chamo Aline, sou Psicóloga / Psico-oncologista. Acompanho e admiro o trabalho que a senhora desenvolve sobre estresse há alguns anos e sempre que julgo necessário tenho utilizado desde a minha formação, em minha prática clínica, os testes psicológicos ESI (Escala de Stress Infantil); ESA (Escala de Stress para Adolescentes) e ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp), pelos quais tenho grande afinidade.

Conhecendo a contribuição significativa de tais testes na área da psicologia, decidi em conjunto com a minha orientadora, utilizá-los também em meu projeto de Mestrado em Ciências - Área de Concentração: Oncologia, na Fundação Antônio Prudente - A.C. Camargo Cancer Center.

Neste avalio sintomas de estresse em crianças, adolescentes e seus pais durante os primeiros 6 meses de tratamento quimioterápico.

Assim, é com grande honra que envio este e-mail para deixá-la ciente sobre meu projeto e da utilização dos testes: ESI (Escala de Stress Infantil); ESA (Escala de Stress para Adolescentes) e ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp). Solicito gentilmente seu consentimento.

Muito obrigada.

Atenciosamente,

Aline Antunes Pereira

Dra Marilda Lipp

mlipp@uol.com.br



Mostrar detalhes



Dra Marilda Lipp <mlipp@uol.com.br>

24 de mar



para mim

Prezada Aline

Obrigada pelo seu email. É um prazer saber que seu trabalho utilizara meus testes. Trabalhar com crianças com um diagnóstico de câncer é sempre muito tocante. Desejo que tenha um grande sucesso e tenho a certeza de que muitos se beneficiarão do seu trabalho. Você já leu o livro que saiu no ano passado publicado com trabalhos da equipe do curso de especialização em oncologia da Unicamp, no qual tenho um capítulo sobre câncer e stress? O nome do livro é "O CANCER DIANTE DA PSICOLOGIA". Organizado por Angerami e Karla Cristina Gaspar. Ed. Casa do Psicólogo, 2018.

Um abraço

Marilda E. Novaes Lipp, PhD.
<http://lattes.cnpq.br/8212253580046633>

Director of the Psychology and Stress Management Institute – IPCS
President of the Brazilian Federation of Cognitive Therapies – FBTC
IPCS +55(19) 3234-0288 - www.estresse.com.br
FBTC: +55(19) 3241-0032 - www.fbtc.org.br



Diretora do Instituto de Psicologia e Controle do Stress – IPCS
Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC
IPCS +55(19) 3234-0288 - www.estresse.com.br
FBTC: +55(19) 3241-0032 - www.fbtc.org.br
Rua Camargo Paes, 538, Guanabara, Campinas,
São Paulo, Brazil 13073-350



Dra Marilda Lipp

mlipp@uol.com.br



Mostrar detalhes

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. NOME DO PARTICIPANTE:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II-DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

"Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo"

2. PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Dra. Maria Teresa da Cruz Lourenço – Diretora do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

- **Dra. Christina Haas Tarabay** – Coordenadora do Setor de Psicologia do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center
- **Aline Antunes Pereira** – Aluna de Mestrado do A.C. Camargo Cancer Center

4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

06 meses

III - INFORMAÇÕES A (O) PARTICIPANTE

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo "Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo" que apresenta como objetivos:

- Identificar a variação e fase de estresse em que as crianças e adolescentes em tratamento oncológico podem encontrar-se, assim como, a variação e fase de estresse em que os pais podem encontrar-se durante o tratamento dos filhos.
- Identificar a possível variação dos sintomas de estresse nas crianças e adolescentes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico, através da Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2) e Escala de Stress para Adolescentes (ESA).
- Identificar a possível variação dos sintomas de estresse nos pais das crianças e adolescentes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico, através do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).
- Correlacionar os sintomas de estresse dos pais com os sintomas de estresse dos pacientes.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o nome do participante e nem de seus familiares. Quando necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que os nomes serão substituídos de forma aleatória. A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros.

Os dados serão utilizados apenas neste projeto de pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A participação do (a) sr. (a) é **voluntária**, isto é, a qualquer momento será possível se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo ao tratamento, tanto em relação com os pesquisadores quanto com a instituição.

A aplicação do teste: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) tem tempo médio de 10 minutos, e ocorrerá no início do tratamento quimioterápico (até 72h após a aplicação da primeira quimioterapia) sendo as avaliações subsequentes realizadas bimestralmente, por um período de seis meses, as quais ocorrerão no momento em que o paciente retornar ao serviço para a próxima aplicação de quimioterapia previamente agendada pelo Departamento de Oncologia Pediátrica.

Os pacientes que realizarem tratamento quimioterápico internados serão avaliados a beira do leito e os pacientes que realizarem tratamento quimioterápico ambulatorial serão avaliados no consultório e/ou central de quimioterapia, assim como seus pais. É imprescindível que o responsável pela criança (mãe ou pai) que participou da primeira fase da pesquisa continue sendo o mesmo ao longo de todas as fases do estudo.

Não haverá compensações financeiras. Os riscos serão mínimos, caso o participante sinta e relate sentimento de angústia ou tristeza intensa que possa ter sido desencadeado logo após o preenchimento do questionário/teste, o acompanhamento psicológico será oferecido pelo Núcleo de Psico-Oncologia do A.C.Camargo Cancer Center durante sua participação no estudo.

O Núcleo de Psico-Oncologia encontra-se ciente e concordante em oferecer tal suporte. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Psico-Oncologia da infância e adolescência.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o email da pesquisadora, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Rúbrica do participante:

Rubrica do pesquisador:

IV - ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O pesquisador e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo. TELEFONES PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, REAÇÕES ADVERSAS OU QUALQUER DÚVIDA SOBRE O ESTUDO: (011) 2189-5000 – ramais: 2480, entrar em contato com Aline Antunes Pereira, ou por email: aline.psic@yahoo.com.br

V. QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:

Pesquisadora: Psico. Aline Antunes Pereira

Departamento de Psico-Oncologia do A.C.Camargo Cancer Center - São Paulo.

Telefones para contato: (11) 2189-5000 ramais 2480

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo.

Se a pesquisadora não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – Hospital do Câncer - A.C.Camargo/SP pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta-feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas.

Na impossibilidade de contato com as referências acima, o senhor (a) pode solicitar informações do estudo para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do telefone (61) 3315-2951 / fax (61) 3226-6453 / ou e-mail conep@saude.gov.br.

Este documento será elaborado em 2 (duas) vias. O (a) senhor (a) receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pela pesquisadora em seu arquivo de pesquisa.

Eu, _____
declaro ter lido, compreendido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e **concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida** autorizando os procedimentos acima relacionados:

Assinatura da pesquisadora

(Aline Antunes Pereira)

Data : ____/____/____

Assinatura do (a) participante

Data : ____/____/____

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Menores de 18 Anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA E RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:

CEP:.....TELEFONE: DDD (.....)

II-DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

"Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo"

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Dra. Maria Teresa da Cruz Lourenço – Diretora do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

- **Dra. Christina Haas Tarabay** – Coordenadora do Setor de Psicologia do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center

- **Aline Antunes Pereira** – Aluna de Mestrado do A.C.Camargo Cancer Center

4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

06 meses

III - INFORMAÇÕES AO RESPONSÁVEL LEGAL

Seu (a) filho (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo “Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo” que apresenta como objetivos:

- Identificar a variação e fase de estresse em que as crianças e adolescentes em tratamento oncológico podem encontrar-se, assim como, a variação e fase de estresse em que os pais podem encontrar-se durante o tratamento dos filhos.
- Identificar a possível variação dos sintomas de estresse nas crianças e adolescentes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico, através da Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2) e Escala de Stress para Adolescentes (ESA).
- Identificar a possível variação dos sintomas de estresse nos pais das crianças e adolescentes em tratamento oncológico durante os primeiros seis meses de tratamento quimioterápico, através do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).
- Correlacionar os sintomas de estresse dos pais com os sintomas de estresse dos pacientes.

As respostas do (a) seu (a) filho (a) serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o nome do participante e nem de seus familiares. Quando necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que os nomes serão substituídos de forma aleatória. A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros.

Os dados serão utilizados apenas neste projeto de pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A participação do (a) seu (a) filho (a) é **voluntária**, isto é, a qualquer momento ele poderá se recusar a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Ainda que o senhor (a) autorize a participação de seu filho na pesquisa, o mesmo só permanecerá no estudo caso também concorde com a sua participação, respondendo livre e espontaneamente a escala proposta. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo ao tratamento do seu filho.

A aplicação dos testes Escala de Stress Infantil (ESI) (Anexo 2), entre 6 anos e 14 anos e Escala de Stress para Adolescentes (ESA), entre 15 anos e 17 anos e 11 meses, tem tempo médio de 10 minutos, e ocorrerá no início do tratamento quimioterápico (até 72h após a aplicação da primeira quimioterapia) sendo as avaliações subsequentes realizadas bimestralmente, por um período de 6 meses, as quais ocorrerão no momento em que o paciente retornar ao serviço para a próxima aplicação de quimioterapia previamente agendada pelo Departamento de Oncologia Pediátrica.

Os pacientes que realizarem tratamento quimioterápico internados serão avaliados a beira do leito e os pacientes que realizarem tratamento quimioterápico ambulatorial serão avaliados no consultório e/ou central de quimioterapia, assim como seus pais. É imprescindível que o responsável pela criança (mãe ou pai) que participou da primeira fase da pesquisa continue sendo o mesmo ao longo de todas as fases do estudo.

Não haverá compensações financeiras. Os riscos serão mínimos, caso o participante sinta e relate sentimento de angústia ou tristeza intensa que possa ter sido desencadeado logo após o preenchimento do questionário/teste, o acompanhamento psicológico será oferecido pelo Núcleo de Psico-Oncologia do AC Camargo Cancer Center durante sua participação no estudo.

O Núcleo de Psico-Oncologia encontra-se ciente e concordante em oferecer tal suporte. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Psico-Oncologia da infância e adolescência.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o email da pesquisadora, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Rúbrica do responsável legal:

Rúbrica do paciente:

Rubrica do pesquisador:

IV - ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O pesquisador e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo. TELEFONES PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, REAÇÕES ADVERSAS OU QUALQUER DÚVIDA SOBRE O ESTUDO: (011) 2189-5000 – ramais: 2480, entrar em contato com Aline Antunes Pereira, ou por email: aline.psic@yahoo.com.br

V. QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:

Pesquisadora: Psico. Aline Antunes Pereira

Departamento de Psico-Oncologia do A.C.Camargo Cancer Center - São Paulo.

Telefones para contato: (11) 2189-5000 ramais 2480

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo.

Se a pesquisadora não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – Hospital do Câncer - A. C. Camargo/SP pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta-feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas.

Na impossibilidade de contato com as referências acima, o senhor (a) pode solicitar informações do estudo para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do telefone (61) 3315-2951 / fax (61) 3226-6453 / ou e-mail conep@saude.gov.br.

Este documento será elaborado em 2 (duas) vias. O (a) senhor (a) receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pela pesquisadora em seu arquivo de pesquisa.

Eu, _____
declaro ter lido, compreendido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e **concordo que meu filho participe desse estudo de forma livre e esclarecida** autorizando os procedimentos acima relacionados:

Assinatura do (a) pesquisador (a)
(Aline Antunes Pereira)

Data : ____/____/____

Assinatura do pai ou mãe
(responsável legal)

Data : ____/____/____

Apêndice 3 - Termo de Assentimento para a Criança e o Adolescente

Você está sendo convidado para participar do estudo: “Avaliação da variação do nível de estresse em crianças, adolescentes e seus pais, durante os primeiros seis meses de tratamento oncológico pediátrico em uma instituição especializada em São Paulo”, em que serão realizados questionários em três momentos diferentes durante o seu tratamento quimioterápico para poder entender como tem sido para você este momento.

Esses questionários se chamam: Escala de Stress Infantil (ESI), se você tiver entre 6 anos e 14 anos e Escala de Stress para Adolescentes (ESA) se você tiver entre 15 anos e 17 anos e 11 meses. Para responder ao questionário você usará 10 minutos do seu tempo e se precisar a pesquisadora poderá te ajudar.

Sua participação é muito importante para a pesquisa, mas você participará somente se desejar, mesmo que seus pais concordem com sua participação você também precisa dizer que sim. Se não quiser participar, você está livre para dizer que não, e não haverá nenhum problema em relação ao seu tratamento.

Eu, _____ quero participar da pesquisa e a pesquisadora me explicou como será minha participação.

Assinatura do (a) pesquisador (a)

(Aline Antunes Pereira)

Data : ____/____/____

Rubrica do paciente

Data: ____/____/____

Apêndice 4 - Questionário de dados sócio-demográficos

Nome completo responsável:

Data de Nascimento do responsável:

Grau de Instrução do responsável:

Procedência do responsável e paciente:

Nome completo do paciente:

Data de Nascimento do paciente:

Grau de Instrução do paciente:

Tipo de ensino do paciente:

Paciente tem irmãos: ()sim ()não