



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JHÉSSICA RAWANE ARAÚJO DE MEDEIROS

**OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM CUIDADORES
DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

CUITÉ

2016

JHÉSSICA RAWANE ARAÚJO DE MEDEIROS

**OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM CUIDADORES
DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité-PB, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

CUITÉ

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488o Medeiros, Jhéssica Rawane Araújo de.

Ocorrência de transtorno mental comum (TMC) em cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico. / Jhéssica Rawane Araújo de Medeiros. – Cuité: CES, 2016.

69 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho.

1. Diagnóstico. 2. Cuidadores. 3. Tratamento quimioterápico. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.86

JHÉSSICA RAWANE ARAÚJO DE MEDEIROS

**OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM CUIDADORES
DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho – UFCG
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a Esp. Edlene Régis Silva Pimentel
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a Ms. Francilene Figueiredo da Silva Pascoal
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedico a Deus, por ter me dado o dom da
fortaleza e da ciência. Teus sonhos são
maiores que o meu, e por isso mesmo que vale
a pena acreditar. Prosperarei em Tua presença.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a **Deus** por me direcionar e me iluminar durante essa jornada, mesmo quando eu não compreendi os seus planos na minha vida.

Aos meus pais **Onaldo e Fabiana**, todo o meu amor e minha gratidão por todo o cuidado e esforço que me proporcionaram desde que nasci, por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos diante das maiores dificuldades, por mostrarem sempre a esperança de dias melhores.

Aos meus avós maternos **Neuzita e Chico** por me ensinarem a ter fé diante das dificuldades, pelos momentos tão especiais que compartilhamos ao longo de minha infância, por cada palavra de incentivo, por nunca desistirem de mim ou sequer terem me tratado mal, meu eterno agradecimento e amor por vocês.

A minha tia/avó **Tereza (Quequeca)** pelas orações, pelo carinho e amor que sempre me dedicou desde pequena, sentimento este que será eterno.

Ao meu namorado **Jhonatan** por sempre me motivar e acalmar minhas angústias, pelas palavras de sabedoria e conforto que foi o que me fortaleceu muitas vezes.

Aos meus demais **familiares** que torceram por mim e me expressaram palavras de sabedoria, conforto e motivação.

Aos **meus amigos**, os que são de longas datas e aos que adquiri durante a graduação, que foram fundamentais na minha caminhada e se constituíram companheiros de vários momentos. Acredito que sejam anjos que Deus colocou na minha vida para meu amadurecimento e para que eu me mantivesse firme longe da minha família.

À minha querida orientadora, **Mariana Albernaz** pela paciência, confiança, escuta atenciosa, pela extraordinária didática, pelo carinho de sempre em momentos delicados e pela maneira amigável com que sempre me recebeu.

Às professoras **Francilene Pascoal e Edlene Régis**, por terem aceitado o convite de participar da banca examinadora e terem colaborado para o desfecho deste trabalho como também agradeço por todo o carinho e dedicação durante o projeto de extensão universitária “O Desabrochar de si: a Terapia Comunitária Integrativa no Centro de Atenção Psicossocial”.

Aos cuidadores que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa. Não menos importante, à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e ao Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) por fazerem parte da minha história e por tornarem possível a concretização dessa etapa da minha vida. **Muitíssimo obrigada!**

“Há jeitos de estar doente, de acordo com os jeitos da doença...”

Algumas doenças são visitas: chegam sem avisar, perturbam a paz da casa e se vão. É o caso de uma perna quebrada, de uma apendicite, de um sarampo. Passado o tempo certo, a doença arruma a mala e diz adeus. E tudo volta a ser como sempre foi.

Outras doenças vêm para ficar. E é inútil reclamar. Se vem para ficar, é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para a nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa. Quem sabe até tirar algum proveito da situação?

A doença é a possibilidade da perda, uma emissária da morte. Sob seu toque, tudo fica fluido, evanescente, efêmero. As pessoas amadas, os filhos – todos ganham a beleza das bolhas de sabão. Os atingidos pela possibilidade de perda acordam da sua letargia. Objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos.

Se soubéssemos que vamos ficar cegos, que cenários veríamos num simples grão de areia! Quem sente gozo na simples maravilha cotidiana que é não sentir dor?

A saúde embrutece os sentidos.

A doença faz os sentidos ressuscitarem.”

(Rubem Alves)

MEDEIROS, J. R. A. **Ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC) em cuidadores de crianças submetidas a tratamento quimioterápico.** Cuité, 2016. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2016.

RESUMO

O diagnóstico e a terapêutica do câncer em uma criança produz sentimentos de tristeza e ansiedade na família, principalmente naquele que exerce o cuidado ao menor, uma vez que são modificados seus aspectos sociais, econômicos e psicológicos resultantes da atividade do cuidar. Nesse sentido, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns que constituem morbidades psíquicas de grande prevalência nos dias atuais e que podem ser caracterizados por sintomas de depressão e ansiedade. Dito isto, o presente estudo teve como objetivo investigar a ocorrência de TMC em cuidadores de crianças submetidas a tratamento quimioterápico. Trata-se de um estudo transversal/seccional de abordagem quantitativa, operacionalizado no setor de Quimioterapia infantil do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). A amostra contou com a participação de 29 cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A técnica de análise de dados foi a estatística descritiva simples através da construção de um banco de dados no Microsoft Excel sendo os resultados dispostos em 6 gráficos e 5 quadros. Em cumprimento à Resolução 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta do material foi iniciada apenas após aprovação do CEP do HUAC, no período de julho de 2016 a agosto de 2016. O estudo evidenciou a presença de TMC nos cuidadores com uma prevalência total de 93,1% dos entrevistados. Diante disso, foi percebido que parte dos fatores relacionados aos TMC são passíveis de intervenção preventiva que busquem proporcionar uma melhor qualidade de vida aos cuidadores. No que se refere a assistência de enfermagem, verificou-se que o enfermeiro deve buscar inserir esses sujeitos como foco de sua práxis diária buscando detectar evidências de TMC e amenizar os fatores de risco. Ademais, destaca-se que os objetivos propostos foram alcançados e espera-se que os resultados apresentados possam incrementar a discussão da temática em tela, tendo em vista a escassez na disponibilidade de material científico voltado a atenção ao cuidador de crianças que realizam tratamento quimioterápico.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico; Cuidadores; Cuidar; Tratamento quimioterápico.

MEDEIROS, J. R. A. **Occurrence of Mental Common Disorder (MCD) in caregivers of children under chemotherapy.** Cuité, 2016. 69f. Work Completion of course (Diploma in Nursing) - Academic Unit of Nursing, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2016.

ABSTRACT

The diagnosis and cancer therapy in a child produces feelings of sadness and anxiety in the family especially that which carries the primary care in smaller, since they are modified their social, economic and psychological resulting from the activity of care. In that sense, it highlights the Common Mental Disorders (CMD's) that constitute a psychic morbidity highly prevalent in the present day and that can be characterized by symptoms of depression and anxiety. That said, this study aimed to investigate the occurrence of CMD's in caregivers of children undergoing chemotherapy. This is a cross / sectional study with a quantitative approach, operationalized in children Chemotherapy of the Alcides Carneiro University Hospital (ACHU). The sample included the participation of 29 caregivers of children undergoing chemotherapy. The instrument used for data collection was the questionnaire Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) through direct interview. Data analysis technique was simple descriptive statistics by building a database in Microsoft Excel being arranged in six charts and five tables. In compliance with Resolution 466/2012, the project was submitted to the Research Ethics Committee (REC). The material collection was initiated only after approval by the ACHU REC, through the opinion No. 1,313,872, from July 2016 to August 2016. The study showed the presence of CMD's in caregivers with an overall prevalence of 93,1% of respondents. Thus, it was realized that some of the factors related to CMD's are amenable to preventive intervention that seek to provide a better quality of life in caregivers. And when it comes to nursing care, it was found that nurses should seek to enter these subjects as a focus in their daily praxis trying to detect evidence of CMD's and mitigate risk factors. Moreover, it is emphasized that the proposed objectives were achieved and it is expected that the results can increase the thematic discussion on canvas, in view of the shortage in the availability of scientific material turned their attention to the caregiver of children who perform chemotherapy.

KEY WORDS: Diagnosis; caregivers; Take care; Treatment chemotherapy.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Sexo dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016..... | 33 |
| Gráfico 2 - Grau de Parentesco dos Cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016 | 35 |
| Gráfico 3 - Ocupação dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016 | 35 |
| Gráfico 4 - Município onde residem os cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016 | 37 |
| Gráfico 5 - Idade dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016..... | 39 |
| Gráfico 6 - Nível de escolaridade dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016..... | 40 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Humor depressivo/ansioso. SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016..... | 42 |
| Tabela 2 - Sintomas Somáticos. SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016..... | 43 |
| Tabela 3 - Decréscimo de energia vital. SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil,2016..... | 44 |
| Tabela 4 - Pensamentos Depressivos. SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016..... | 45 |
| Tabela 5 - SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016..... | 46 |

LISTA DE SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DNA - ácido desoxirribonucleico
GHQ - General Health Questionnaire
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro
INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC- Transtorno Mental Comum
UFMG – Universidade Federal de Campina Grande
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 2.1 | O CÂNCER PEDIÁTRICO E SUAS CARACTERÍSTICAS..... | 15 |
| 2.2 | O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E SEU IMPACTO NA VIDA DA CRIANÇA..... | 18 |
| 2.3 | O CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E SUAS REPERCUSSÕES PARA OS CUIDADORES..... | 21 |
| 2.4 | TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS..... | 25 |
| 3 | METODOLOGIA DA PESQUISA | 28 |
| 3.1 | ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA | 28 |
| 3.2 | LOCAL DA PESQUISA | 29 |
| 3.3 | INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA | 29 |
| 3.4 | POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 30 |
| 3.5 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 30 |
| 3.6 | ANÁLISE DE DADOS | 31 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS E RESOLUÇÃO 466/12 | 31 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 33 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO..... | 33 |
| 4.2 | OCORRÊNCIA DE TMC CONFORME O SRQ-20..... | 41 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 48 |
| | REFERÊNCIAS | 50 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ... | 60 |
| | APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS | 63 |
| | ANEXO A – ANUÊNCIA: COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA | 65 |
| | ANEXO B – ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HUAC/UFMG | 66 |
| | ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES | 67 |
| | ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL | 68 |
| | ANEXO E – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA | 69 |

1 INTRODUÇÃO

O câncer tem trazido sofrimento ao ser humano ao longo dos tempos, estando o diagnóstico associado a uma série de características como impotência, incertezas, dor, mutilações, perdas e morte. Por mais que a sobrevivência dos pacientes acometidos por essa doença tenha aumentado significativamente, o sofrimento que a acompanha é inevitável (JESUS, 2012).

Desse modo, o câncer representa a segunda causa de óbito nos países desenvolvidos e a quinta no Brasil, caracterizando-se pela proliferação de células anormais que pode ocorrer em qualquer local do organismo, invadindo outros tecidos e provocando perda de suas funções. Nessa perspectiva, está longe de ser considerado uma simples enfermidade, mas uma gama de diferentes malignidades, variando de acordo com o tipo histológico, localização primária do tumor, etnia, sexo e idade (SILVA; BARROS; HORA, 2011).

Nesse ínterim, quando a referida condição incide na população infantil, a trajetória torna-se bem mais impactante, gerando dor, sofrimento e desestruturação familiar, uma vez que as crianças representam o futuro, a esperança e os pais temem que o porvir de suas vidas seja abruptamente interrompido (ALVES; GUIRARDELLO; KURASHIMA, 2013).

O câncer infantil corresponde a um quantitativo de 2% a 3% de todos os casos nas diferentes faixas etárias, acometendo uma em cada 600 crianças ou adolescentes, sendo considerado a primeira causa de óbito por doenças a partir dos 5 anos, perdendo apenas para mortes por violência e acidentes (RUBIRA et al., 2012).

O diagnóstico dessa enfermidade na perspectiva do cuidador pode repercutir em problemas de saúde para o mesmo, pois além de vivenciar o adoecer da criança, o cotidiano hospitalar na unidade oncológica acarreta muita dor e sofrimento, a exemplo de separações, perdas, frustrações, mudanças e manifestações como ansiedade, culpa, medo, raiva, além de vivenciarem em todo o contexto, problemas financeiros e ainda a falta de apoio de outros familiares, comprometendo na maioria das vezes todos os seres envolvidos e ocasionando uma completa desestabilidade emocional (SILVA; BARROS; HORA, 2011).

Dessa forma, devido ao alto nível de dependência do indivíduo, o cuidador de uma criança com câncer, enfrenta frequentemente riscos de mudanças em seu sistema imunológico, tais como: fadiga, depressão, tensão e insônia relacionadas à sobrecarga acarretada pela doença. Consequentemente os efeitos físicos prejudiciais aos cuidadores são geralmente menos intensos que os efeitos psicológicos (NOBREGA; PEREIRA, 2011).

Frente às manifestações que acometem os cuidadores, pode-se destacar os Transtornos Mentais Comuns (TMC), definidos como quadros caracterizados por irritabilidade, queixas psicossomáticas, fadiga, insônia, dentre outras alterações capazes de gerar inúmeras incapacidades funcionais (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

As estimativas mundiais para 2030 incluem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano. Sendo mais prevalentes entre as mulheres, indivíduos de cor negra ou parda, pessoas com baixo nível de escolaridade, idosos e pessoas de baixa renda (LUCCHESI et al., 2014).

Nos últimos anos, alguns estudos têm sido desenvolvidos abordando a importância do cuidado à família da criança acometida por câncer frente ao impacto desencadeado na vida do cuidador. Assim, a utilização de instrumentos para rastrear os TMC nos cuidadores pode fornecer informações acerca da adaptação ao diagnóstico e sobre as situações que mais causam sofrimento envolvendo a doença (ALVES; GUIRARDELLO; KURASHIMA, 2013).

Nesse sentido, frente à importância da temática, alguns instrumentos podem ser utilizados para o rastreamento de TMC, a exemplo do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), considerando suas características psicométricas, além da habilidade em identificar transtornos emocionais e necessidades em saúde mental. A referida ferramenta possui caráter de triagem, sendo importante para detecção de possíveis casos, pois sugere nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico (SANTOS et al., 2010).

Dessa forma, por constituir uma temática incipiente na literatura, sobretudo, no que tange aos cuidadores de crianças com câncer, o presente estudo pretende contribuir para incrementar um ramo escasso de publicações envolvendo a atenção com os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico e a ocorrência de TMC nos mesmos, visto que tais sujeitos vivenciam situações penosas, extremamente cansativas e drásticas mudanças de vida, que envolvem sentimento de perda e sofrimento, partindo-se da premissa de que tais situações podem ser agravadas devido às características do processo do cuidar e do contexto em que se encontram.

Considerando que o paciente oncológico exige cuidado especializado frente às demandas da doença e às mudanças ocorridas em sua rotina e na de seus familiares, esta investigação irá subsidiar reflexões acerca da ocorrência de TMC em cuidadores de crianças oncológicas a partir do diagnóstico da doença. Os resultados obtidos poderão contribuir para a definição de ações que minimizem a ocorrência de TMC em cuidadores de crianças

submetidas ao tratamento quimioterápico, além de beneficiar futuras pesquisas que contemplem essa discussão.

A motivação para a escolha da temática se deu durante a graduação, especialmente no contato com as disciplinas de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, onde houve uma identificação e atração pelas ideias que abordavam os transtornos mentais nos mais diversos contextos, sobretudo, quando relacionadas às crianças. Sendo assim, a decisão foi complementada pela percepção de que quem cuida também merece uma atenção especial frente à toda sobrecarga que lhe é atribuída, necessitando assim de atenção para que melhor possa prosseguir com o cuidado que lhe é destinado.

Assim, compreendendo a importância de refletir acerca dessa problemática, o presente estudo será norteado por algumas nuances, conforme se verifica nas indagações abaixo: Frente à aplicação do SRQ-20, qual a ocorrência do TMC em cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico? Qual o perfil sócio demográfico de cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico?

Desse modo, a pesquisa em tela apresenta como Objetivo Geral: Investigar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico e enquanto Objetivos Específicos: Descrever o perfil sócio demográfico de cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico, Realizar o rastreamento de TMC entre os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico, com base na aplicação do SRQ 20 e Realizar o rastreamento de TMC entre os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico, com base nas quatro dimensões contempladas no SRQ 20.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O CÂNCER PEDIÁTRICO E SUAS CARACTERÍSTICAS

O aumento de patologias crônicas e degenerativas no Brasil é crescente, tendo em vista todas as alterações demográficas e a insatisfatória qualidade de vida das últimas décadas. Dentre as inúmeras problemáticas, cabe citar o câncer, condição esta que faz parte de um grupo de doenças que tem em comum a proliferação descontrolada de células no organismo, nas quais podem invadir tecidos vizinhos, originando assim o que se conhece como metástase. Normalmente as células saudáveis do corpo vivem, se dividem e morrem quando o organismo não necessita mais delas. Contudo, as células cancerosas não obedecem a esse controle, pois não morrem e se proliferam rapidamente (ROMANO; DERMACHI, 2015).

O câncer é considerado um problema de saúde pública brasileiro em virtude de seu destaque epidemiológico, social e econômico. O aumento do número de casos por neoplasias tem gerado uma transformação no perfil epidemiológico da população, seja pelo aumento da exposição a fatores cancerígenos, pelo envelhecimento populacional, pelo aperfeiçoamento das tecnologias para o diagnóstico, como também pelo elevado número de óbitos ocasionados por essa patologia (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

O crescimento descontrolado de células origina os tumores malignos que geram enfermidades graves, desenvolvendo na maioria das vezes metástases e por consequência a morte do indivíduo. Já os tumores benignos apresentam uma massa localizada de células que se multiplicam lentamente, assemelhando-se ao tecido original e por muitas vezes são retirados por meio de cirurgias e raramente considerado como um risco de vida (ARAÚJO, 2013).

O médico oncologista é o profissional habilitado no tratamento, prevenção, diagnóstico e reabilitação do câncer. O indivíduo portador de câncer produz incontrolavelmente células que causam prejuízo ao ácido desoxirribonucleico (DNA), material genético presente em todas as células do corpo, quando este está afetado devido a neoplasia maligna, o mecanismo de reparo não funciona. Nesse caso, a falha também pode estar associada a fatores hereditários, e a exposição a fatores ambientais como o fumo, raios solares, alguns vírus e alimentação (JUNIOR et al., 2012).

Segundo o INCA (2015), as neoplasias malignas são consideradas como a segunda causa de morte no Brasil, com mais de 190 mil casos por ano, e de acordo com a estimativa brasileira, biênio 2016-2017, a incidência por neoplasias malignas, apontam cerca de 600 mil

casos novos de câncer, estimando assim mais de 20 milhões de casos novos para 2025, devido a isso a previsão é que em 2020 a doença ocupe a primeira posição no ranking das doenças que mais matam.

Em relação ao diagnóstico, na história do câncer, os conflitos de cunho social e os estigmas impossibilitaram por décadas a sua revelação e só a partir do século XX, com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e os avanços no campo da anestesia, foi lícito intervir em tumores iniciais e sem metástase. Contudo até 1925, o tratamento das neoplasias malignas se dava apenas por processo cirúrgico e radiação, sendo esta última citada, utilizada como tratamento paliativo para casos em que o procedimento cirúrgico não fosse completamente eficiente. Assim, em 1948, ocorreu a primeira remissão temporária de leucemia infantil, adicionando a quimioterapia como a terceira modalidade de tratamento. Tais fatores contribuíram para potencializar as promessas de cura e estimularam investimentos acerca de pesquisas envolvendo o tratamento da patologia (ALMEIDA; SANTOS, 2013).

Quando um indivíduo é diagnosticado com câncer, necessita da atenção de uma equipe multiprofissional altamente especializada e do uso de tecnologia sofisticada e onerosa. O tratamento da neoplasia maligna além de ser de alto custo econômico, provoca incapacidades diversas no corpo do indivíduo, demandando acompanhamento ambulatorial frequente e/ou internação hospitalar quando necessário. Diante disso, é essencial que durante o tratamento seja realizada uma avaliação clínica contínua e diária da evolução do paciente (BRATEIBACH et al., 2013).

O impacto de receber o diagnóstico do câncer é dramático, pois todo o contexto de vida do paciente e de seus familiares muda, uma vez que existe a necessidade de adequação especial na vida tanto do portador da doença, como do familiar ou cuidador. Assim, é essencial que haja um planejamento familiar, além de profissional, para assegurar um tratamento adequado e satisfatório (GUERRERO et al., 2010).

Por conseguinte, quando se trata do câncer na faixa pediátrica, ao se confirmar o diagnóstico, a situação se torna um pouco mais delicada, uma vez que a criança acometida é exposta a situações estressoras, como hospitalizações duradouras e continuadas, cujas causas transitam entre o diagnóstico inicial, a medicação e a primordialidade de tratar uma recidiva da patologia que possa vir a ocorrer (HOSTERT; ENUMO; LOSS, 2014).

As neoplasias malignas que atingem indivíduos durante a infância são consideradas a segunda causa de morte proporcional entre crianças e adolescentes para todas as regiões do Brasil, assim como também em países desenvolvidos. As neoplasias pediátricas diferem daquelas que acometem os adultos e frente a isso, devem ser estudadas separadamente, uma

vez que existem peculiaridades nas localizações do tumor primário, nas origens histológicas e no desempenho clínico (CURVO; PIGNATI; PIGNATTI, 2013).

O câncer pode se manifestar em qualquer localidade do corpo, sendo que as formas de manifestação na criança atingem a princípio a corrente sanguínea e os tecidos, estendendo-se às células epiteliais que revestem os órgãos, atingindo os glóbulos vermelhos e os glóbulos brancos (OLIVEIRA; OLIVEIRA DA PAZ, 2015).

Existem diferenças em relação ao câncer pediátrico frente ao câncer incidente na idade adulta, como por exemplo a menor fase de latência, o desenvolvimento mais ágil e invasivo e a mais adequada resposta à quimioterapia. Em relação à histologia, a grande parte dos tumores que acometem crianças são similares a tecidos fetais, sendo designados de embrionários e bastante diversificados nos estágios do desenvolvimento (CURVO; PIGNATI; PIGNATTI, 2013).

O combate ao câncer não constitui uma tarefa simples, e não se limita apenas ao enfermo, mas se estende aos mais próximos, pessoas essas que exercem o papel de cuidadores. Nas crianças, o câncer tem incidência rara e representa cerca de 0,5 % a 3 % das neoplasias, com preeminência da leucemia. Porém, cabe enfatizar que no Brasil, 70% das crianças com câncer, podem ser curadas (INCA, 2009).

Diversas pesquisas têm evidenciado que durante o cuidado a crianças com câncer algumas questões são primordiais, tais como: solidão, escolaridade, isolamento, perda de uma infância normal, falta de apetite, desconforto físico, incapacidade, respostas emocionais como raiva e medo, entre outras, levando a rupturas no cotidiano desses indivíduos. Porém, vem se comprovando que esses menores possuem o discernimento do quanto é importante a fase de tratamento oncológico. Logo, as preocupações não são voltadas apenas para as dimensões físicas, mas a um patamar direcionado à evolução e recuperação da saúde e seu prognóstico (INCA, 2009).

Por diversas vezes a falta de percepção diante do diagnóstico da neoplasia e do tratamento na quimioterapia produz na criança sentimentos negativos, como a sensação de perigo e de que algo ruim está acontecendo. Tais sentimentos se evidenciam primordialmente quando as limitações que resultam da doença, começam a afetar sua vida social impedindo-a de ir à escola, brincar e realizar as atividades cotidianas que normalmente realizava. Frente a isso, e sem demora, se tornam essenciais ajustes na família, especialmente, na vida do principal cuidador a fim de que todos os envolvidos na enfermidade da criança, se adequem ao novo contexto de vida resultante do câncer (ALMICO; FARO, 2014).

Nos últimos anos apesar dos mais diversos programas e ações incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS), verifica-se ainda que o diagnóstico é tardio, contribuindo para que as crianças cheguem aos centros oncológicos com a doença em estágio avançado. Esse atraso no diagnóstico advém de diversos fatores, sendo apontado como um dos principais, a falta de informação da família; principalmente pelo receio do diagnóstico do câncer; o erro dos profissionais de saúde e as particularidades de determinados tipos de tumor (ALMEIDA; SANTOS, 2013).

Nessa perspectiva, o diagnóstico precoce é fundamental, pois evita que diversas complicações aconteçam, além de proporcionar a adoção de medidas preventivas, farmacológicas ou não, para minimizar o risco de sequelas. Outrossim, oferece meios de reabilitação física, psíquica e social, bem como condições dignas para o cuidado ao indivíduo com ou sem possibilidade de cura, propiciando conforto e atendendo às reais necessidades da criança (INCA, 2009).

2. 2 O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E SEU IMPACTO NA VIDA DA CRIANÇA

O tratamento oncológico acarreta fragilidades na vida do indivíduo, propiciando alterações físicas, psíquicas e sociais que podem se prolongar por todo o tratamento. Diante disso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 874/GM, instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando como objetivo a atenuação da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença, bem como a chance de reduzir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes oncológicos, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, terapêutica oportuna e cuidados paliativos (BATISTA; MATOS; SILVA, 2015).

A proposta terapêutica do câncer infantil varia e, dentre elas, a quimioterapia é a mais frequente associada ou não à radioterapia, procedimento cirúrgico, imunoterapia e hormonioterapia. O protocolo de tratamento é implementado segundo o tipo de tumor, sua característica biológica, localização, magnitude da doença, faixa etária e condições gerais do paciente. A quimioterapia hoje apesar de invasiva e complexa não se associa diretamente a hospitalização da criança, podendo ser tratada no ambulatório, ficando a hospitalização para casos mais graves que não estão suprimindo as demandas da doença (SOUZA et al., 2012).

A quimioterapia se sobressai entre os tratamentos do câncer pediátrico devido à alta incidência de cânceres hematológicos nessa faixa etária. Consequente a isso, já estão sendo

reproduzidos protocolos terapêuticos que embasam o tratamento, onde se pode incluir diretamente o tipo de neoplasia, sua extensão e localização, a idade do paciente e suas condições gerais. Como todo tratamento, a quimioterapia apresenta efeitos paralelos as medicações, como: apatia, inapetência, emagrecimento, alopecia, hematomas, sangramento nasal e bucal, náuseas, vômitos e diarreia, além de efeitos no tecido hematopoiético e que levam o paciente à baixa imunidade e aumento da morbimortalidade por processos infecciosos (KANDA et al., 2014).

Por volta de 1865 o tratamento quimioterápico começou a ser aplicado por Lissauer, sendo mantido até 1964 como método experimental. Tal proposta era constituída por um conjunto de drogas que atuavam em diversas etapas do metabolismo celular interferindo na síntese ou na transcrição do DNA ou diretamente na produção de proteínas que agrediam as células em divisão (ALMICO; FARO, 2014).

O tratamento quimioterápico é caracterizado pela aplicação de vários medicamentos que atuam nos mais variados estágios do metabolismo celular e, quando esse tratamento é realizado em uma criança, ela é submetida a longas horas sentada ou deitada recebendo medicamentos antineoplásicos, além de receber os cuidados e procedimentos médicos e de enfermagem. Dessa forma, frente ao prognóstico do câncer, a criança pode sofrer alterações psicóticas, como reações de euforia e bem-estar, até depressão e irritabilidade, gerando traumas emocionais (SOUZA et al., 2012).

O tratamento escolhido deve estar de acordo com o metabolismo da criança, a biologia tumoral e as abordagens terapêuticas devem propor finalidades de cura até em doença disseminada. Frente a isso, as taxas de sobrevida podem ser aumentadas e os efeitos tardios do tratamento podem ser diminuídos. O êxito do tratamento depende do controle local e sistêmico da doença e do suporte para os possíveis efeitos colaterais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos são métodos que melhoram a vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença terminal. Diante disso, os cuidados paliativos são bastante utilizados na terapêutica do câncer, a fim de minimizar os efeitos da doença, através da busca por prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (MONTEIRO et al., 2014).

A radioterapia é um tratamento de escolha para o câncer, direcionando-se aos tumores malignos sensíveis à irradiação ionizante, sendo aqueles tumores localizados que não podem ser ressecados totalmente ou que recidivam localmente após o tratamento cirúrgico. Dentre os sintomas causados por essa terapêutica, está a mucosite oral por radiação, causando dor

intensa, dificuldade para se alimentar, realizar higiene oral e verbalizar. Porém, a quimioterapia é relevante na terapêutica após a cirurgia, sendo combinada à radioterapia, auxiliando no controle e no aparecimento de metástases no organismo (BRATEIBACH et al., 2013).

Na oncologia pediátrica, o enfermeiro exerce um papel substancial, e devido a isso deve ter conhecimento sobre a fisiopatologia dos vários tipos de câncer e suas opções de terapêuticas empregadas, bem como compreender o processo de crescimento e evolução normal da criança, uma vez que o cuidado em enfermagem possui procedimentos especializados, além de que, o enfermeiro ser o profissional que tem um importante elo de ligação entre o menor, o cuidador da criança, e toda a equipe de saúde os prestam assistência (AVANCI et al., 2009).

A equipe multiprofissional, enfermeiro, médico oncologista, médico pediatra, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, dentre outros que exercem um cuidado a criança com câncer, devem criar métodos de atenção ao menor acometido por doença oncológica e seus familiares que o acompanham rotineiramente em seu tratamento, que permitam oferecer um cuidado integral abordando não só fisiológico da criança, mas as questões psicológicas, sociais e espirituais de ambos, criança e cuidador, ressaltando assim ações interativas que se fundamentam no elo de respeito e valorização do ser cuidado, proporcionando sistematicamente o que há de salutar. Assim devido à complexidade e particularidades das doenças oncológicas pediátricas, é essencial que a equipe seja especializada e esteja alinhada para condução desse tratamento (AVANCI et al., 2009).

O impacto do diagnóstico e da terapêutica do câncer produz diversos sentimentos negativos como medo da morte, medo da dor, da solidão, da depressão, o estado de melancolia e por vezes, a revolta. Porém, quando se tem bom prognóstico e possibilidade elevada de cura o portador acaba demonstrando sentimentos positivos como felicidade, satisfação por si, e compaixão em relação às outras pessoas, o que normalmente ocorre (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Estudos apontam que desde o momento do diagnóstico até o início do tratamento, o apoio espiritual, emocional e religioso por parte da família e da equipe de saúde, se mostra como uma importante forma de cuidado que diferencia a essência de cuidar e proporciona a essa criança mais aceitação, tranquilidade e acalento durante todo o período da doença (MONTEIRO, 2014).

A expressão qualidade de vida referente à saúde é revelada nas bibliografias como sinônimo de estado de saúde percebido, tendo como propósito examinar o quanto a doença ou

estado crônico está adiante de seus sintomas excedendo o cotidiano do indivíduo; assim a análise da qualidade de vida do paciente oncológico ao longo do tratamento quimioterápico é um importante indicador de resposta do paciente à doença e ao tratamento, uma vez que alcançada a resposta, pode-se ofertar um ideal acompanhamento multidisciplinar a fim de amenizar sintomas negativos e garantir boa aderência do paciente ao tratamento e sua adaptação ao dia a dia (PAULA; SAWADA, 2015).

2. 3 O CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E SUAS REPERCUSSÕES PARA OS CUIDADORES

A família de um indivíduo enfermo é na maioria das vezes responsável pelo cuidar, pois muito embora a doença seja individual, existe a necessidade do cuidado ao enfermo como fonte primária de amparo e assistência. Nessa conjuntura, o cuidado ao doente modifica intensamente a dinâmica familiar, uma vez que se espera que a família forneça a maioria dos cuidados e as condições que o tratamento exige. Sendo assim, toda a estrutura familiar é transformada para se adequar à nova realidade apresentada (OLIVEIRA et al., 2011).

As interações afetivas essenciais ao total desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, desde aprendizagem dos cuidados cotidianos com o corpo e o ambiente, até aqueles requeridos em ocasiões de enfermidades são construídas pela família. Dessa forma, como cardeal provedora de cuidados, que é a família, se é requisitada em situações de enfermidades como grande mobilizadora de energias e recursos no engendrar e prover o cuidado demandado. Os sentimentos de diversas ordens que cada situação de adoecimento produz, precisam ser administrados na proporção das condições permitidas de cada família, o que delinea contornos próprios a cada situação vivida por eles (BELLATO et al., 2015).

O membro da família, enquanto ser-no-mundo de um ente com câncer, relaciona-se de modo a ser-com este familiar doente. Porém, na analítica heideggeriana, o ser-com, manifesta-se de dois modos distintos os quais trilham entre a ocupação e a preocupação. Na ocupação, deixa-se conduzir pela indiferença e pela negligência no trato com outros entes em volta, enquanto que, na preocupação, ele estabelece o modo de correlação e, por uma regalia ôntico-ontológico, torna-se a ser-com-os-outros de uma forma autêntica. Assim, a família é tida como cuidadora autêntica ao assumir e compartilhar junto a seu ente querido a facticidade do tratamento do câncer, amenizando o sofrimento (SALES et al., 2015).

O termo “*cuidar*” veicula muitos significados: proteger, zelar, fazer algo em prol de alguém, prevenir agravos, promover saúde, bem-estar físico, mental e social, se associando a representações que se relacionam as expectativas dirigidas ao cuidador que repetidamente se sente impelido a ser um agente de mudanças que por diversas vezes se sente frustrado e impotente por viver algo tão difuso e ameaçador. Mesmo diante da defensiva contra o sofrimento, o desejo de cuidar sofre uma transferência e é redirecionado para quem está cuidando sob a forma de ser cuidado e acolhido (DUTRA, CORRÊA, 2015).

Corriqueiramente, os cuidados estão associados ao cuidado formal, porém há divergências entre cuidados formais e informais. O primeiro é prestado por profissionais de saúde que possuem preparação acadêmica, enquanto o segundo, refere-se aos cuidados oferecidos por familiares que geralmente não possuem preparação. Com isso, o cuidado informal está se tornando um conceito mais relevante, uma vez que a habilidade do cuidador familiar se tornou essencial na área dos cuidados médicos facilitando a comunicação de determinados conhecimentos e habilidades para os cuidadores entre os membros da equipe de saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

Impactada pelas alterações provenientes da doença, internações e tratamento, a família influencia diretamente no modo como seu parente irá enfrentar a doença, uma vez que o adoecer é um processo delicado, devido às transformações físicas, psicológicas e sociais manifestadas durante esse período. Porém, quando o adoecimento se trata de patologia oncológica, o conviver com a gravidade da doença perante as hospitalizações, os tratamentos invasivos, as separações, perdas simbólicas, afastamento das rotinas, frustrações e, sobretudo, a morte iminente, faz com que os cuidadores se submetam a períodos de maior otimismo e esperança, alternando com outros de maior desestruturação e atemorização de perda (VINHAL; NETO, 2013).

O paciente oncológico, muitas vezes necessita se deslocar de seu município para a realização do tratamento e não pode contar com a companhia de um ente querido. Nestas situações, eles possuem sentimentos exacerbados por estarem longe de seus entes. Além disso, a distância ao local de tratamento podem ser um impeditivo para adesão dos doentes às terapias antineoplásicas, ocasionando assim, maiores dificuldades durante o tratamento, o que pode resultar em complicações físicas, psicológicas e até em óbito. Porém, quando o ente consegue acompanhá-lo, transmite-se para este segurança, solidariedade, gratidão e, conseqüentemente melhoria em sua saúde (SALES et al., 2015).

Enfrentar o câncer não é um processo fácil e o tempo de recuperação é imprevisível, o que requer maior dedicação. Em virtude disso, a família e a mãe se aproximam bem mais da

criança e perante essa aproximação, surge um indivíduo que se sobressai e torna-se o cuidador principal do menor, tornando-se responsável por auxiliar o paciente adoecido, em seu dia-a-dia (OLIVEIRA; CIRILO; COSTA, 2013).

Na maioria das vezes ao receber o diagnóstico de câncer em uma criança, a família reage triste e ansiosamente. Porém, no primeiro momento ao receber a notícia, surgem normalmente sentimento de culpa, raiva e medo, sem causar mudanças estruturais significativas. O sentimento de culpa relaciona-se diretamente às mães ou parentes mais próximos, uma vez que elas normalmente utilizam a automedicação logo que apareceram os primeiros sintomas da criança, até tomarem a decisão de ir ao médico (VINHAL; NETO, 2013).

Os cuidadores de crianças acometidas por neoplasias geralmente devem se mostrar mais habilidosos, de maneira empática diante desta enfermidade, visto que devido à pouca idade, o menor terá um maior grau de dependência. Assim, o cuidador deve participar intensivamente das etapas terapêuticas, procurando ser firme quanto aos limites impostos à criança, propondo atividades que o menor possa fazer que estejam em conformidade com as recomendações médicas, buscando ser assertivos na relação com a equipe de saúde e indagando-os sobre a doença e o tratamento, colaborando com o tratamento e proporcionando níveis satisfatórios de adesão (KIRCHNER; LÖHR; GUIMARÃES, 2012).

O hospital é tido pela família como um lugar estranho, no qual ainda não confiam, causando sofrimento físico e emocional e geradores de impotência, uma vez que o cuidador principal, fica à mercê da decisão dos profissionais de saúde durante esse período (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A presença de um cuidador principal para a criança hospitalizada traz benefícios para ambos, representando segurança e prevenção de efeitos traumatizantes. Nesse sentido, os pais têm necessidade de se familiarizarem com a situação e o tratamento do filho, sentir que são capazes de prestar assistência, ter oportunidade para discutir seus sentimentos sobre a hospitalização, continuar prestando assistência ao filho, obter informações precisas e consistentes a respeito do diagnóstico, tratamento e dos cuidados específicos (BELLATO et al., 2015).

O cuidar de uma criança com câncer acarreta um custo adicional no orçamento financeiro da família, visto que, o tratamento é oneroso, pois exige idas e vindas a médicos, tratamento medicamentoso como a quimioterapia, radioterapia e unidades reabilitadoras onde a criança pode precisar de atendimento de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo dentre outros. Arcar com o novo orçamento financeiro da criança somado à

sobrecarga de trabalho do cuidador principal que acaba deixando o seu emprego para cuidar da criança doente é desgastante, principalmente para as famílias com baixo poder aquisitivo ou pouco estruturadas (ROCHA et al., 2015).

As literaturas recentes relatam que a melhor adesão durante a terapêutica do câncer infantil se desenvolve em crianças que têm pais que as apoiam durante o processo de socialização, utilizando instrumentos não coercitivos na educação infantil. Tais medidas têm resultado em um maior número de crianças com habilidades para serem mais emocionalmente expressivas e capazes de se comportar de forma empática (KIRCHNER; LÖHR; GUIMARÃES, 2012).

Durante o tratamento do câncer infantil são afetados aspectos substanciais do desenvolvimento e da vida da criança, ocasionando uma sensação de desvio do controle da situação diante da enfermidade. Assim, devido a terapêutica do câncer no menor, a sobrecarga sofrida pelo cuidador principal proporciona alterações físicas, psíquicas e sociais na vida do mesmo, que passa a vivenciar o estresse acarretado pela situação (OLIVEIRA; CIRILO; COSTA, 2013).

É importante compreender como o cuidador principal lida durante toda a fase de adoecimento da criança, desde o diagnóstico, o conhecimento da doença, gravidade, aceitação, até o reconhecimento da possibilidade de morte. Sendo assim, diante de todas essas etapas, ele busca tanto estratégias de enfrentamento que aliviem sua sobrecarga e estresse, como também estratégias para que possam oferecer um cuidado que influenciará diretamente no comportamento da criança (GUIMARÃES, 2015).

Além de uma preocupação muito grande quanto a saúde de um parente, existem preocupações quanto ao futuro do cuidador, em consequência do surgir de problemas referentes a questões de sociabilidade e de desenvolvimento, uma vez que o cuidador em decorrência do processo do cuidar, acaba por diminuir a frequência no trabalho, a convivência com amigos, família e cônjuge. Tais comportamentos podem ocasionar estresse, depressão e desestruturação de sua vida e de sua família (OLIVEIRA; OLIVEIRA DA PAZ, 2015).

Os cuidadores, geralmente representados pelas mães, sentem-se responsáveis pelos cuidados oferecidos aos filhos com câncer e abrem mão de sua própria vida, negligenciando até a própria saúde por não ter com quem compartilhar o cuidado a criança. Esses cuidadores têm a necessidade de receber atenção seja por meio de uma conversa casual ou até mesmo de um profissional de saúde. Frente a essas necessidades, os cuidadores buscam ser resilientes como fonte de forças mesmo diante dos enfrentamentos que o acompanhamento durante a terapêutica do câncer traz (ROCHA et al., 2015).

Desde o momento em que a família obtém o diagnóstico do câncer, o medo de perder o filho gera o sentimento de luto. Esse luto, conforme citado por Freud, estabelece-se como parte de uma reação comum frente ao adoecimento sendo algo natural. O luto também pode estar relacionado à profissão na qual a mãe vai deixar de atuar para ficar junto ao seu filho durante o tratamento, ao papel do pai que vai ser alterado, ao afastamento do ambiente familiar devido aos longos períodos de internações, à perda da rotina infantil e ao distanciamento da escola e das brincadeiras (GOMES; GONÇALVES, 2015).

Nesse sentido, há também o luto pelo corpo que sofre transformações em virtude da radioterapia ou quimioterapia. Dessa forma, os sentimentos que os familiares apresentam após a confirmação do diagnóstico do câncer, dizem respeito não só a uma possível morte física, mas também às várias alterações estruturais que vem acompanhada da doença e do tratamento (WAKIUCHI et al., 2015).

Assim, os familiares envolvidos no processo do adoecimento, muitas vezes não conseguem implantar as mudanças que planejam em virtude da crise que ocorre diante da doença crônica. Desse modo, podem se desestabilizar e tornarem-se vítimas de uma completa de descompensação em seu bem-estar físico e psíquico, uma vez que os cuidadores são vulneráveis a estresse, ansiedade, fadiga, insônia, dentre outros transtornos (GUIMARÃES, 2015).

2. 4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

O campo da saúde mental é hoje um grande desafio para o setor público, uma vez que alguns transtornos mentais vêm apresentando alta prevalência e segundo a OMS estima-se que para o ano de 2020, os transtornos depressivos sejam responsáveis pela maior carga de doença no mundo (MARTINS et al., 2012).

As questões associadas ao sofrimento mental estão sendo cada vez mais objeto de estudos, principalmente pelas altas incidências que trazem prejuízos ao desempenho profissional do indivíduo, as suas relações familiares, sociais e amorosas. As reações psíquicas também podem ser motivo de adoecimento e desencadear processos psicopatológicos a partir de situações compreendidas ou vivenciadas como de fracasso, sendo designadas a partir do modo como o indivíduo as enfrenta (SILVA et al., 2012).

Causadas pelos mais diversos fatores, as doenças mentais acabam por envolver aspectos referentes a interação social, fatores psicológicos e biológicos. Um destaque a respeito da doença mental se dá ao fato de que ela está aliada a indicadores de pobreza, baixos

níveis de escolaridade e, esses eventos mostram-se universais podendo afetar o comportamento e o bem-estar dos indivíduos. Nesse sentido, cada pessoa sofre influência de diferentes elementos, seja por meio de experiências, interação social, estruturas sociais, recursos e valores culturais (IGNACIO et al., 2011).

As doenças mentais geralmente são difíceis de serem diagnosticadas precocemente, podendo ocasionar alterações psicoemocionais, orgânicas, sociais e culturais. Em razão de seu caráter subjetivo e do estigma social que a patologia representa, acaba resultando em deficiência a um atendimento adequado a grande parte da população em sofrimento mental (ALVES et al., 2015).

Os distúrbios mentais são responsáveis por grande número de adoecimentos no mundo, cerca de 700 milhões de pessoas no mundo são atingidas, representando assim um terço do total de casos de doenças não transmissíveis. Segundo a OMS, cerca de 90% dos indivíduos em sofrimento mental, demonstram sinais de depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e reclamações somáticas (COUTINHO et al., 2014).

A OMS estima que uma em cada quatro pessoas apresentará um quadro de sofrimento psíquico em determinada fase da vida. Os transtornos mentais ou neurológicos, ou problemas psicossociais como os que são associados a álcool e drogas, atingem cerca de 450 milhões de pessoas e os TMC constituem morbidade psíquica de grande prevalência nos dias atuais, afetando pessoas de várias faixas etárias, causando sofrimento tanto para o indivíduo como para a família e comunidade (ROCHA et al., 2010).

A significação de TMC prosperou-se na década de 1970, através de estudos que contemplaram sobre adoecimento mental na esfera da atenção primária em saúde, cenário esse em que se verifica maior prevalência de transtornos não psicóticos em comparação com o perfil de casos psiquiátricos mais significativos da esfera hospitalar (CARVALHO et al., 2013).

Transtorno mental comum se atribui a uma condição de saúde de uma pessoa que não preenchem as especificações formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade, mas que aponta sintomatologia proeminentes que conduzem a uma inabilidade funcional semelhante ou até pior do que quadros crônicos já bem determinados, porém esse quadro clínico, não faz os pacientes buscarem a assistência (MARAGNO et al., 2013).

A expressão TMC foi criada por Goldberg e Huxley sendo caracterizado a partir de transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão. E referir a sintomatologia de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que

possam ser mensuradas a partir de uma avaliação clínica, uma vez que os TMC não são diagnosticados (CARLOTTO; BARCINSKI; FONSECA, 2015).

O câncer pode a vir desencadear muitos transtornos mentais, seja na vida do portador da neoplasia, seja na vida de quem assume a responsabilidade do cuidado, uma vez que a saúde mental do enfermo e da família é afetada pode assim construir quadros que desestabilizam o humor (IGNACIO et al., 2011).

Os TMC pode ocorrer nos cuidadores devido a tensão emocional experimentada durante o tratamento do ente, a qual pode ser desencadeada quando o cuidador possui outros filhos além da criança doente, o que frequentemente pode desenvolver situações de sobrecarga emocional, caracterizadas muitas vezes por: frustração, nervosismo aumentado, impaciência, ansiedade e sono perturbado (OLIVEIRA; OLIVEIRA DA PAZ, 2015).

O desconhecimento e os pré-conceitos enfrentados pelos cuidadores dificultam a busca, o acesso e o próprio tratamento. Os familiares enfrentam incertezas quando se trata de sentimentos. Se por um lado demonstram afeto pelos filhos, por outro enfrentam a sobrecarga por terem que carregar um fardo, a obrigação e a culpa por ter um filho doente (PEIXOTO, 2013).

A vivência de uma situação diferente tendo que cuidar de um infante em tempo integral, faz com que ocorra modificações na rotina do cuidador. E se tratando de prejuízos à saúde mental dos cuidadores, essa vulnerabilidade se deve a uma carga de estresse devido à grande sobrecarga de tarefas relacionadas a terapêutica do câncer e ao fato de não poder ter tempo livre para dedicar-se a realização de suas atividades rotineiras; faz com que o cuidador fique mais exposto ao acometimento de transtornos mentais (MEDEIROS et al., 2014).

Os transtornos mentais representam 13% da carga de doença no mundo. Nessa perspectiva, 25% a 50% dos pacientes que procuram atendimento médico em centros de atendimento primário têm pelo menos um transtorno psiquiátrico. Assim, a OMS tem recomendado a realização de ações educativas com os profissionais de saúde em geral para aumentar sua sensibilidade a sintomas psiquiátricos que se tornam indicativos de problemas de saúde mental para um melhor atendimento no intuito de prevenir as complicações das doenças mentais (DANTAS et al., 2011).

A literatura por meio das pesquisas realizadas no Brasil e em países da América Latina, identifica a prevalência de transtornos mentais, ocorrendo mais entre as mulheres, pessoas de cor negra ou parda, com baixo nível de escolaridade, idosos, baixa renda, tabagistas e doentes crônicos. Portanto devido a essa grande vulnerabilidade e aos custos

sociais e econômicos do tratamento para o TMC, apenas poucos casos são detectados e tratados (ROCHA et al., 2010).

Além de sintomas depressivos, os TMC apresentam sintomas relacionados aos elementos psicossociais e ambientais, como transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, insônia, estresse, transtorno da alimentação, anorexia nervosa, angústia psicológica e desordens depressivas (ARAUJO, PINHO, ALMEIDA, 2005).

Indivíduos adoecidos por transtorno mental comum representam um grande número de mortalidade e queixas de saúde física duas vezes mais do que aqueles que não são adoecidos por esta doença (ARAUJO, PINHO, ALMEIDA, 2005).

O TMC quando descoberto ou suspeito em um indivíduo tem que ser tratado a partir da descoberta da origem envolvida na ocorrência deste sofrimento mental, uma vez evidenciada sua causa, é essencial cuidar da pessoa acometida por essa enfermidade buscando realizar ações de promoção e prevenção da saúde mental e buscando capacitar os profissionais de saúde, a fim de proporcionar um cuidado aos cuidadores adoecidos mentalmente (BIANCHIN et al., 2015).

3 MÉTODO

3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal/seccional de abordagem quantitativa. Esse tipo de delineamento refere-se a estudos de prevalência, ou seja, quantifica a proporção de indivíduos que têm, por exemplo, a mesma condição, característica ou doença. Dessa forma, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo. O estudo transversal tem como vantagem o baixo custo, a fácil exequibilidade e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos (ARAGÃO, 2011)

Escolheu-se a abordagem quantitativa por essa representar uma estratégia que possibilita processar tudo que pode ser mensurado em números, classificados e pesquisados por meio de técnicas estatísticas. O propósito de se utilizar métodos quantitativos não é apenas produzir dados “representativos”, seu uso pode ser direcionado para análise de problemas da realidade social, como comparando características de grupos sociais, realidades, contextos ou instituições, verificando os efeitos de variáveis em outras, suas magnitudes

particulares e também inferindo resultados para uma população a partir de resultados obtidos em uma amostra estatística (RAMOS, 2013).

3. 2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa em tela foi operacionalizada no setor de Quimioterapia infantil do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). A referida instituição de saúde, segundo UFCG (2006) foi inaugurada em 20 de dezembro de 1950, voltado a atender aos públicos federais do extinto Instituto de Previdência Social, voltado para a assistência médica e tornou-se ao longo dos anos um centro de referência ao ensino e assistência médica no Nordeste, vinculado à Universidade Federal de Campina Grande.

Tomando por base a Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, resolução nº 02/2006, a qual aprova o Regimento do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, como sendo um órgão suplementar da UFCG, o HUAC está localizado na rua José Chagas, bairro São José no município de Campina Grande – PB. Possui em sua composição inúmeros setores e clínicas, os quais incluem: Cirurgia Geral, Ginecologia, Nefrologia/Urologia, Leitos Clínicos de Cardiologia, AIDS, Clínica Geral, Oncologia, Endocrinologia, Pediatria, Pneumologia, Infectologia, UTI Adulto, UTI Infantil e UTI Neonatal.

3. 3 INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no setor de Quimioterapia Infantil do HUAC, onde na oportunidade, buscou-se a autorização da coordenação do serviço para que o estudo fosse realizado. Na ocasião, foram esclarecidos os objetivos da investigação, destacando a importância de sua realização e da colaboração da equipe e dos cuidadores, além de ter sido explicitada a metodologia para sua execução.

Realizou-se ainda uma apresentação de toda a proposta investigativa, objetivando sanar as dúvidas que pudessem surgir com o intuito de obter a concordância dos sujeitos. Por meio deste contato foi determinada a aceitação da participação no estudo e a aplicação do questionário aconteceu, considerando o horário que melhor se adequasse às possibilidades dos participantes, conferindo flexibilidade, disponibilidade e preservando, sobretudo, a privacidade destes. A coleta dos dados aconteceu no período de julho a agosto de 2016, onde na ocasião foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitado a assinatura do colaborador de modo a formalizar a aceitabilidade deste em

participar voluntariamente do estudo.

3. 4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi representada por todos os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico nos setores de Quimioterapia e Oncopediatria do HUAC/UFCG. A amostra por sua vez, constitui-se de cuidadores que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: ser maior de dezoito anos, que acompanhavam tais crianças há pelo menos 3 meses e que assumisse predominantemente as responsabilidades inerentes ao cuidar desses indivíduos, acompanhando a criança em seu tratamento quimioterápico. Foram excluídos os cuidadores que não acompanhavam a criança desde o início de seu tratamento.

3. 5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizou-se o questionário Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Trata-se de um instrumento autoaplicável, contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas 20 questões, sugerindo nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental, não discriminando, portanto, um diagnóstico específico (SANTOS et al, 2010).

O Self Reporting Questionnaire (SRQ) é um dos instrumentos mais utilizados no Brasil para investigar o sofrimento psíquico, pois é curto e de fácil aplicação e não há a necessidade de o entrevistador ser especialista em saúde mental. Tal questionário possui perguntas sobre sintomas físicos e mentais que, em seu conjunto, permitem formar um escore que indicaria a presença ou não de um provável transtorno mental (VIEIRA, 2015).

Na década de 70 a Organização Mundial de Saúde (OMS), delineou um estudo colaborativo em estratégias para atendimento em saúde mental no intuito de validar métodos de baixo custo para rastreamento psiquiátrico. Nessa perspectiva se deu a efetivação do SRQ-20 no Brasil em 1986, quando o mesmo foi comparado a uma entrevista psiquiátrica de rotina. Sendo assim, hoje se recomenda seu uso na atenção primária e em estudos comunitários devido à fácil aplicação e seu baixo custo (BARAZZETTI, 2013).

Considerado objetivo e de rápida aplicação, é um instrumento padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho satisfatórios no que se refere à sensibilidade, especificidade e valores preditivos. Os sintomas neuróticos avaliados aproximam-se dos TMC, que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como insônia,

fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Na literatura internacional há diversas pesquisas que avaliam o desempenho satisfatório deste instrumento (SANTOS et al., 2010).

3. 6 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar e processar os dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva simples a partir da construção de um banco de dados no Microsoft Excel, de modo a dispor os resultados na forma de gráficos e tabelas que subsidiaram a interpretação dos achados.

A estatística descritiva tem o objetivo de compilar valores que possuem uma mesma ordem, proporcionando a visualização de um panorama desses números ou indicadores, sistematizando e retratando os dados sob três enfoques principais: através de gráficos, tabelas e enquanto medidas descritivas (GUEDES et al., 2011).

3. 7 ASPECTOS ÉTICOS E RESOLUÇÃO 466/12

O presente estudo obedeceu aos princípios éticos regidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa selecionado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, juntamente com os documentos obrigatórios para a submissão: Anuência: Coordenação do serviço de quimioterapia (ANEXO A), Anuência da direção do HUAC/UFCG (ANEXO B), Termo de compromisso dos pesquisadores (ANEXO C), Termo de autorização institucional (ANEXO D).

A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 49029815.6.0000.5182, e a participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e, por conseguinte, mediante a permissão do participante após assinatura do TCLE, sendo este, um documento que faz alusão à concordância do colaborador em fazer parte da pesquisa, de modo que este também foi assegurado quanto ao sigilo de seus dados e quanto aos benefícios esperados da pesquisa que deve prevalecer sobre os malefícios previsíveis.

Mediante à necessidade do sigilo e tomando por base a Resolução 466/12, compreende-se que existem riscos inerentes à todas as pesquisas que envolvem seres humanos

podendo ser eles imediatos ou tardios e, portanto, a presente pesquisa poderia apresentar o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. Entretanto, para que não acontecesse tal fato, a pesquisadora adotou os cuidados necessários para evita-los, através da preservação da privacidade dos sujeitos; pelo uso exclusivo das informações colhidas apenas para a execução do projeto em questão, e; pelo agendamento e duração da aplicação dos questionários com os participantes conforme a disponibilidade dos mesmos, respeitando todos os quesitos constantes na referida Resolução e suas complementares, na execução deste estudo.

Nessa perspectiva, os participantes foram informados sobre a proposta da presente investigação e posteriormente foi solicitado que assinassem o TCLE enquanto documento no qual era explicitado o consentimento do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, a partir de uma linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento acerca da pesquisa. Assim os participantes da pesquisa tiveram suas identidades preservadas e mantidas em sigilo. Cabe destacar que a autorização por escrito é um dos requisitos éticos para utilizar esse material com a finalidade de estudo.

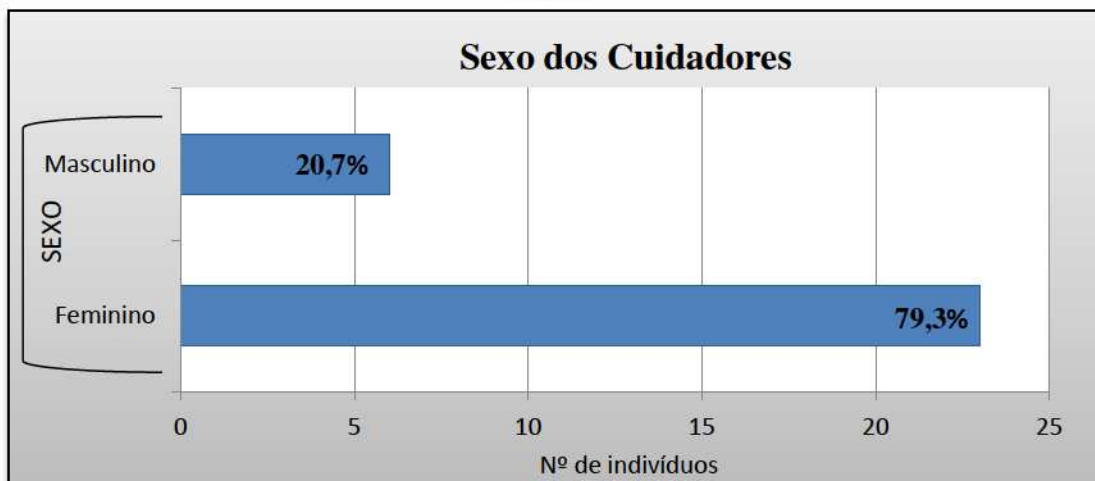
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos da amostra, serão aqui descritos os gráficos e tabelas correspondentes ao sexo, grau de parentesco do cuidador com o paciente, ocupação, município e idade. A amostra de cuidadores que acompanhavam as crianças em tratamento quimioterápico no HUAC foi composta por 30 pessoas que assumiam o cuidado das crianças há mais de 3 meses. No entanto, foram entrevistados somente 29 cuidadores, pois 1 se recusou a participar da pesquisa.

Dentre os cuidadores, a maioria foi do sexo feminino (79,3%); quem assumia predominantemente a responsabilidade do cuidar eram as mães representando 72% e em se tratando da ocupação, 62% se declararam como donas de casa. Quanto ao município de origem dos cuidadores, verificou-se que 76% advinha de outras cidades, sendo 100% destas, cidades, do interior do estado da Paraíba, onde não há suporte e recursos para o tratamento quimioterápico de crianças. A faixa etária foi de 21 a 64 anos. E ao serem questionados sobre o nível de escolaridade, identificou-se que 76% possuíam ensino fundamental incompleto.

Gráfico 1 – Sexo dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O gráfico 1 aponta para a predominância do sexo feminino na prática do cuidado com representação de 79,3%, corroborando com os estudos de Santos e Borges (2015) e Anjos et al. (2015) que apontaram a supremacia do sexo feminino na função de provedoras de cuidado,

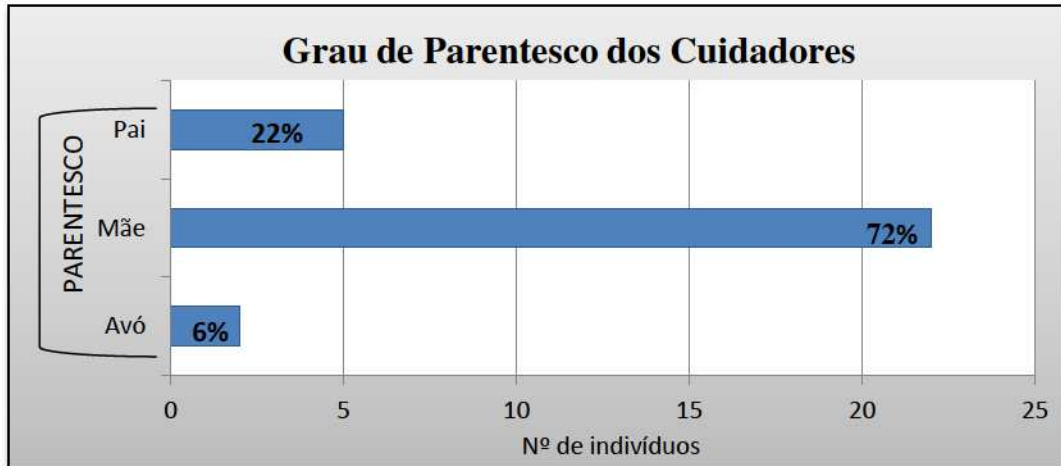
numa porcentagem de 95,7% e 84,5% respectivamente. Maluf (2010) salienta que a dominância do sexo feminino referente ao cuidado se deve à extensão das atividades domésticas, uma vez que historicamente e culturalmente tais papéis são atribuídos frequentemente às mulheres.

A figura feminina está associada essencialmente às ocupações incorporadas à maternidade, à infância e ao zelo com o corpo doente. Uma vez que o ato de cuidar se elaborou historicamente, a mulher desde o alastramento do cristianismo em Roma, acabou por persuadir parcelas imponentes de mulheres da nobreza romana a se empenharem nos cuidados da plebe e dos enfermos, transfigurando uma parte de seus palácios em uma espécie de hospital (NUNES, 2011).

A idealização da imagem materna é motivada nas meninas desde os primeiros anos de vida, através de práticas lúdicas durante a infância, as quais são conhecidas por feminização e masculinização durante as brincadeiras e com os brinquedos que, são culturalmente divididos em brinquedos de meninas, como casinhas, bonecas, panelinhas, roupinhas, fraldas, que indicam sutileza e fragilidade e os brinquedos de meninos, como imagens de super-heróis, carrinhos, bolas, os quais trazem um perfil masculino forte e protetor. Diante disso, a menina já é instruída desde criança a assumir a missão de gerar e de promover cuidados para a sua família (SANTOS; COSTA; MARTINS, 2015).

Contudo, atualmente as mulheres vem buscando e alcançando postos de prestígio e de chefia em seus trabalhos. No entanto, a dominação masculina ainda é mantida como norma pelo poder institucional diante de uma situação de hierarquia construída ao longo dos anos em termos de poder. Assim, a mulher e a criança sujeitam-se à autoridade do homem. Deste modo, a questão da maternidade ainda é considerada como dominante para justificar a desigualdade, mesmo as mulheres já constituindo um campo próprio do saber, autônomo e independente (PRAUN, 2011).

Gráfico 2 – Grau de Parentesco dos Cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme expressa o gráfico 2, quando questionados sobre o grau de parentesco mantido com as crianças que realizavam tratamento quimioterápico, constatou-se que 72% dos cuidadores que assumiam o cuidado há mais de 3 meses eram as mães, seguido pelos pais, com 22% e as avós, com 6%. A pesquisa de Andrade et al. (2014) coaduna com os achados deste estudo, visto que 82,6% de sua amostra era composta pela figura materna, uma vez que as mães assumiam predominantemente o comando e a responsabilidade do cuidado.

Nessa conjuntura, Pinto e Marcon (2012) apontam que a mãe durante o ciclo gravídico puerperal nutre um sentimento especial que a faz compreender as instâncias de seus filhos, preparando-se para exercer eficientemente o cuidado materno. Cuidado esse que deve ser garantido pelo espaço em que ela está posta, já que a mãe também carece de apoio para aperfeiçoar suas habilidades e atender às necessidades de seus filhos.

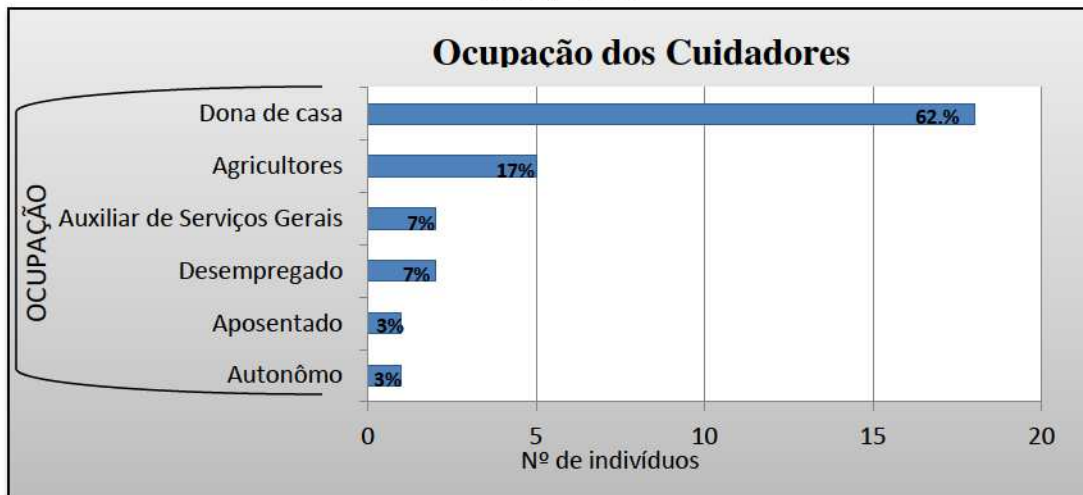
A maternidade e suas conseqüentes responsabilidades durante séculos foi pertencente apenas à figura feminina, uma vez que a mesma é quem possui a capacidade de parir e amamentar. O processo de cuidar que associa a maternidade foi elaborado pela ciência através da medicina, psicologia e filosofia, as quais adicionam o amor de mãe e os hábitos do cuidado à uma visão espontânea que teria sido correlacionado com sensibilidade, ternura e delicadeza, as quais são peculiaridades da mulher (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010).

O familiar cuidador é àquele sujeito indicado para auxiliar no processo de cuidar, uma vez que quando adoece algum menor de idade na família, a mãe geralmente é quem se responsabiliza como a principal cuidadora já que esses menores são considerados seres mais frágeis e indefesos além de que a figura materna possui moralmente e historicamente o dever de cuidar e acompanhar sua criança ao hospital. Com isso, ela é eleita entre seus familiares enquanto defensora maior (ANGELO; MOREIRA; RODRIGUES, 2012).

A paternidade e a função paterna ainda são objetos pouco pesquisados quando se relaciona ao papel da mãe e sua função, pois o pai mesmo com todo o desenvolvimento da sociedade moderna ainda é visto como provedor do status socioeconômico. Porém, já estão sendo observadas transformações nas rotinas de homens e mulheres que tem influenciado esses papéis sociais, dentre eles o de ser pai. Contudo, o homem enquanto pai ainda possui dificuldade para realizar o cuidado, por acreditar que a mãe o executa com maior excelência, uma vez que culturalmente já são preparadas para desenvolver essa função (ARRUDA; LIMA, 2013).

Ademais, as novas práticas familiares estão sendo configuradas pelo despertar dos homens pelo uso de rotinas de trabalho ajustáveis, capazes de possibilitar a disponibilidade para se envolverem diretamente no cuidar de seus filhos. Na esfera social, a inserção do pai na família revela consciência e aceitação de que acolheram suas crianças com comprometimento além do seu papel de provedor familiar. O estudo de Cavalcanti, Barbosa e Caldeira (2012) revela que quando questionados sobre a responsabilidade no cuidado dos filhos, 22% dos entrevistados foram representados por homens, estando como cuidadores exclusivos há mais de 3 meses na atenção e prestação de cuidados de suas crianças.

Gráfico 3 – Ocupação dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

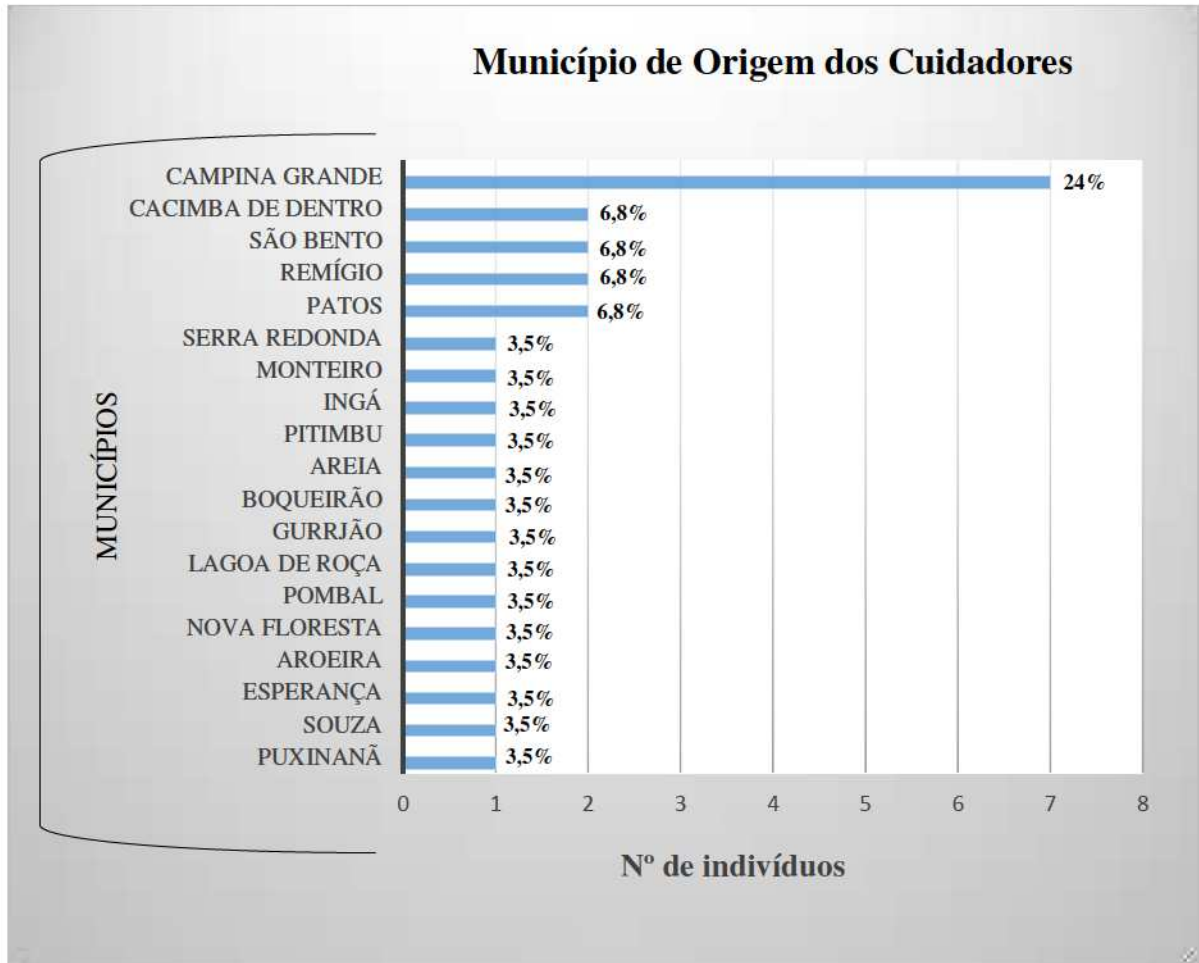
No que diz respeito às características referentes à ocupação dos cuidadores, 62% se apresentou como donas de casa, 17% relataram assumirem a ocupação de agricultor, 7% se declararam como auxiliar de serviços gerais, 7% como desempregados, 3% como aposentados, e os outros 3% como autônomos.

Os apontamentos levantados na pesquisa de Nascimento (2014), revelam que os cuidadores familiares após receberem a notícia de que sua criança foi acometida por uma doença grave/crônica, acabam adequando a sua realidade à do filho e por consequência disso, ficam sem tempo para exercerem outras funções, ou seja, passam a dedicar-se aos cuidados com a criança enferma e com o lar, dificultando a conciliação entre a manutenção do emprego e o suporte na assistência ao enfermo.

As famílias após a notícia de uma doença crônica sofrem intensa dor diante da possibilidade de perda, acabando por desenvolver momentos de desconforto e vulnerabilidade. Durante esse estágio os familiares cuidadores começam a se dedicar por completo à criança adoecida, deixando de lado por várias vezes os outros filhos, o casamento, o lar e os vínculos empregatícios, passando a viver em casa e/ou no hospital, de acordo com a necessidade do menor (FAGUNDES et al., 2015).

Os cuidadores de crianças acometidas por câncer desenvolvem na maioria das vezes sentimento de impotência e tristeza, uma vez que além de todo o enfrentamento da doença e de seu tratamento, chegam a enfrentar conflitos sociais, pessoais e financeiros, como separações conjugais, a saída do emprego por não conseguirem mais trabalhar por falta de tempo e o adoecimento psíquico por fatores estressantes resultantes da rotina do cuidar (FAGUNDES et al., 2015).

Gráfico 4- Município onde residem os cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que se refere ao município onde residem os cuidadores, constata-se que a maior parte não reside em Campina Grande - PB, município esse, onde é realizado o tratamento quimioterápico, mas sim em outras cidades do estado da Paraíba. A pesquisa aponta que apenas 24% dos entrevistados são domiciliados na cidade de Campina Grande e 76% no total advém de outros municípios circunvizinhos ou distantes.

Nesse interim, o INCA (2015) aponta que as cidades do estado da Paraíba onde se encontram uma rede Oncologica de atendimento se localizam nas cidades de Campina Grande, no HUAC (Unacon serviço de Oncologia Pediátrica) e no Hospital da Fundação Assistência da Paraíba/FAP (Unacon com serviço de Radioterapia) e e na cidade de João Pessoa no Hospital Napoleão Laureano (Cancon com serviço de Oncologia Pediátrica) e no Hospital São Vicente de Paula/Instituto Walfredo Guedes Pereira (Unacon). Conforme ao citado acima, os centros que podem oferecer tratamento oncológico se localizam em grandes centros urbanos da paraíba, um que é a capital do estado e outro que é a sua cidade do interior mais desenvolvida, e devido a isso como todos os pacientes não residem apenas nessas cidades, acabam por enfrentar viagens em busca de atendimento e tratamento do câncer.

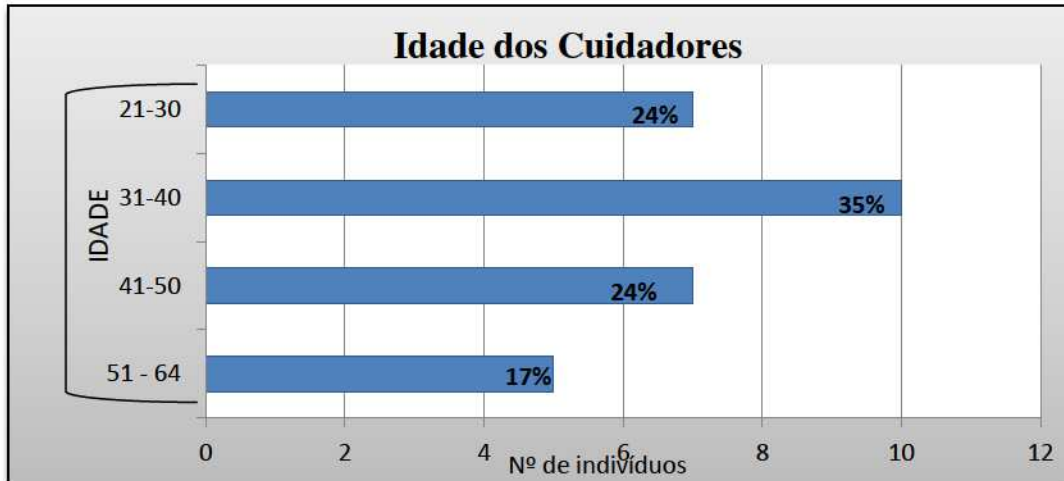
O estudo de Silva et al. (2009) assemelha-se aos achados desta pesquisa ao revelar que 55,6% dos familiares entrevistados são provenientes de cidades distantes e deslocam-se para municípios maiores a fim de realizarem o tratamento quimioterápico, enfrentando dificuldades para se locomoverem até o local onde acontece a terapêutica, tendo que enfrentar viagens e vários desafios, além da mudança de lar.

O tratamento quimioterápico provoca limitações na saúde das crianças acometidas por câncer e acaba por exigir desses pacientes que são oriundos de outros municípios, uma permanência na cidade onde se oferece o tratamento. Para tanto, existem entidades filantrópicas que se destinam a suprir essa necessidade, são as chamadas “Casas de Apoio”, que buscam oferecer uma assistência e cuidado aos pacientes e aos seus cuidadores que carecem de acolhimento. Essas instalações são destinadas a proporcionar um ambiente que busque agradar a todas as famílias, propiciando conforto e paz equivalentes aos encontrados em suas residências, definindo assim também uma terapêutica ambulatorial (NASCIMENTO, 2014).

Os danos à saúde tanto física quanto emocional dos cuidadores de crianças oncológicas são diversos e podem crescer mais ainda quando o tratamento ocorre longe de seus lares, uma vez que os hospitais de referência em oncologia se localizam em centros urbanos maiores e grande parte das pessoas que fazem tratamento, advém de cidades menores que não possuem esses centros especializados para realizar a terapêutica (SÉLOS; COSTA; TOLEDO, 2014).

A imprescindibilidade do apoio familiar durante a estadia nas casas de apoios em virtude da terapêutica do parente adoecido é de suma importância, uma vez que o cuidador absorverá agora diversos eventos estressores que podem fazer com que ele adoça emocionalmente, já que esses locais passam a se tornar agora o lar dessas famílias, e a redefinição do papel dos cuidadores com seus parentes será drasticamente modificada (SÉLOS; COSTA; TOLEDO, 2014).

Gráfico 5 - Idade dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016.



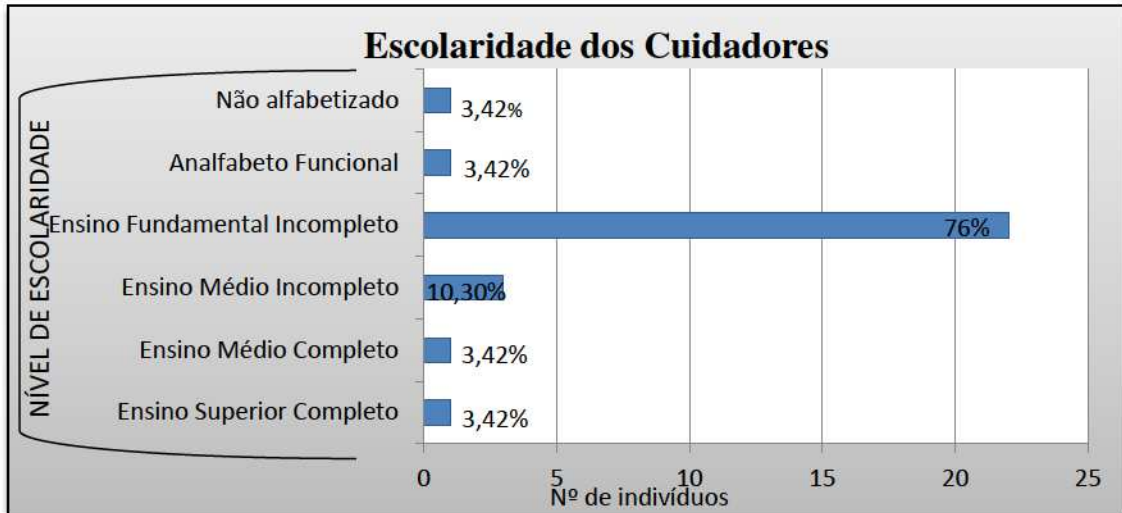
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O gráfico 5 refere-se à idade dos cuidadores entrevistados, indicando que 35% dos entrevistados têm idade entre 31 a 40 anos, com média total de 35 anos. No estudo de Pereira et al. (2009), verifica-se um predomínio da faixa etária entre 20 a 35 anos, representando 76,5% de sua amostra, o que se assemelha parcialmente aos achados desta pesquisa.

A inevitabilidade de abster-se de seu cotidiano e das transformações em sua vida afetiva, social e familiar, acompanhadas do medo diante da possibilidade de morte do filho que está em tratamento de câncer, deixam os pais, que em sua maioria são os principais cuidadores, em situação de intensa fragilidade (OLIVEIRA et al., 2010).

Segundo a pesquisa de Pawlowski et al. (2010) realizada com cuidadores de pessoas acometidas por doenças crônicas, releva que um transtorno pode acometer pessoas em qualquer idade, e o que fundamenta essa ocorrência são os eventos estressores que podem desencadear o transtorno mental, uma vez que a periodicidade dos transtornos mentais se relacionam de acordo com a faixa etária e a gravidade dos sintomas depressivos nesta população.

Gráfico 6 – Nível de escolaridade dos cuidadores entrevistados. Campina Grande – Paraíba, Brasil. Julho, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O nível de escolaridade dos cuidadores que prevaleceu foi o ensino fundamental incompleto com 76% dos participantes, dado semelhante ao encontrado na pesquisa de Gomes e Mello (2012), cujos entrevistados demonstraram possuir predominantemente o ensino fundamental incompleto, representando 80% da amostra. Nesse sentido Gomes e Mello (2012) ainda afirmam que certas características dos cuidadores apontam para o aumento de sobrecarga gerada, como a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico.

No que se refere à escolaridade, Maragno et al. (2016) inferem que a mesma amplia as chances de uma melhor qualidade de vida, além de induzir índices mais elevados de autoestima, estimulando a busca e a conquista de novos saberes, capazes de impulsionar condutas mais coerentes. Nesse sentido, como um de seus resultados, cabe citar a menor ocorrência de danos à saúde psicológica dos sujeitos que adquirem conhecimentos científicos.

Dessa forma, Fonseca Filho (2014) afirma em sua pesquisa que adultos com pouca escolaridade acabam por dispor de uma mão-de-obra pouco qualificada e mal remunerada, sendo caracterizados desde então por ser uma população de baixa condição sócio econômica e assim acabam por não dispor de recursos financeiros para pagar plano de saúde, e optam pela rede pública em busca de um atendimento digno nos hospitais públicos espalhados por território brasileiro.

4. 2 OCORRÊNCIA DE TMC CONFORME O SRQ-20

Segundo a OMS, atualmente mais de 400 milhões de indivíduos são acometidos por distúrbios mentais ou comportamentais e em razão do envelhecimento populacional e da

degradação das questões sociais, existe a possibilidade de que o número de diagnósticos se eleve ocasionando a incapacidade do indivíduo e perdas econômicas (JUNIOR; AMARANTE, 2015).

Os TMC atingem pessoas em várias faixas etárias além de acarretarem danos nas relações sociais e emocionais dos indivíduos. Contudo, o reconhecimento prévio desses quadros e de suas principais fontes de danos, podem colaborar para a formulação de intervenções específicas capazes de melhorar o prognóstico e reduzir questões como desigualdades, exclusão e sofrimento que os TMC trazem consigo (LEVATTI et al., 2015).

Os TMC nessa pesquisa foram identificados por meio do instrumento SRQ-20, que permite identificar a suspeição de casos, uma vez que é um instrumento de rastreamento. Nesse sentido, o presente tópico apresenta os dados referentes a esse quadro em cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico no HUAC.

Tabela 1 - SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016.

| Transtorno Mental Comum (TMC) | N | % |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Sim | 27 | 93,1% |
| Não | 2 | 6,9% |
| TOTAL | 29 | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A partir dos resultados expressos no quadro acima, constata-se que a maioria dos cuidadores (93,1%) apresenta algum tipo de TMC, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Peixoto (2013) que demonstrou uma prevalência de 74,7% de sua amostra acometida por quadros de TMC. A obtenção desse achado, retrata que a ocorrência de TMC é preocupante, já que esses cuidadores são indivíduos que exercem a função exclusiva do cuidado de crianças com o diagnóstico de câncer, e perante a esse acometimento, acabam por necessitar de atenção e apoio emocional.

Nesse contexto, cabe destacar que grande parte dos sintomas que acometem as pessoas com TMC são de natureza subjetiva, não influenciando imediatamente as condições físicas desses sujeitos, o que leva a uma desassistência por parte dos serviços de saúde. Outro dado relevante é que o TMC representa uma das problemáticas que mais leva à medicalização.

Sendo assim, os profissionais de maneira geral, normalmente não possuem o preparo necessário para abordar o sujeito em sofrimento, visto que as condutas assistenciais e biomédicas não são tão eficazes para esse tipo de tratamento, contribuindo para aumentar os índices de TMC no contexto da saúde (BRAGA, CARVALHO, BINDER, 2010).

Os quadros a seguir apresentam os resultados referentes à porcentagem de respostas a cada item da escala SRQ-20. Pode-se observar que houve maior frequência de respostas positivas (“sim”) em detrimento às negativas (“não”). A maior frequência (96,5%) de respostas positivas ocorreu para a questão contemplada na dimensão Humor depressivo/ansioso com a pergunta: “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?”. Em segundo lugar, houve uma ocorrência de 93,1% de respostas “sim” voltadas também à essa dimensão do SRQ-20, com a questão: “Tem se sentido triste ultimamente?”. Com relação às respostas negativas, a questão que apresentou maior frequência, com 82,8% foi a voltada para a categoria de Pensamentos Depressivos com a seguinte pergunta: “Tem tido ideias de acabar com a própria vida?”, seguida da questão também voltada para Pensamentos Depressivos apresentando 79,4% com a pergunta: “Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? ”.

Tabela 2 – Humor depressivo/ansioso SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia – HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016.

| Perguntas do SRQ-20 | Sim | | Não | |
|--|-----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Humor depressivo/ansioso | | | | |
| Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? | 28 | 96,5% | 1 | 3,5% |
| Tem se sentido triste ultimamente? | 27 | 93,1% | 2 | 6,9% |
| Tem chorado mais do que de costume? | 23 | 79,3% | 6 | 20,7% |
| Assusta-se com facilidade? | 12 | 41,3% | 17 | 58,7% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No quadro 2, verifica-se uma considerável porcentagem de respostas “SIM” dos entrevistados, para a categoria de Humor depressivo/ansioso. A pergunta que revelou maior índice foi: Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? Com 96,5% de respostas positivas, semelhante aos achados do estudo de Moreira (2010) que apresentou maior

frequência de respostas “SIM” para esta mesma pergunta, expressando uma amostra de 70% de respostas positivas dos cuidadores entrevistados.

Pesquisas apontam que a desconfortabilidade emocional dos cuidadores está vigorosamente agregada à sobrecarga, e que a mesma está relacionada à causa de ameaça para o desconforto emocional. Portanto, é pertinente considerar essa problemática, visto que a sobrecarga que o cuidado proporciona, pode desencadear vários impasses na vida dessas pessoas, propagando sintomas de desconforto emocional representados por cefaleia, insônia, inapetência, tristeza, ansiedade, dentre outros (GRATÃO et al., 2012).

Tabela 3 - Sintomas Somáticos. SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016.

| Perguntas do SRQ-20 | Sim | | Não | |
|---------------------------------|-----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Sintomas Somáticos | | | | |
| Dorme mal? | 19 | 65,5% | 10 | 34,5% |
| Cansa-se com facilidade? | 18 | 62% | 11 | 38% |
| Tem dores de cabeça frequentes? | 17 | 58,6% | 12 | 41,4% |
| Tem tremores nas mãos? | 13 | 44,8% | 16 | 55,2% |
| Tem má digestão? | 10 | 34,4% | 19 | 65,6% |
| Tem falta de apetite? | 10 | 34,4% | 19 | 65,6% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que diz respeito às variáveis de Sintomas Somáticos apresentados no quadro 3, as perguntas que apresentaram maiores percentuais de respostas afirmativas foram: Dorme mal? Representando 65,5%; cansa-se com facilidade? Com 62% e tem dores de cabeça frequentes? Com 58,6%. Os achados do estudo de Guirado e Pereira (2016) corroboram com as informações obtidas nesta pesquisa, pois também apresentaram nos resultados frequências maiores para Sintomas Somáticos nas seguintes questões: “Tem dores de cabeça frequentemente?” E “Você dorme mal?”, respectivamente.

Esse maior percentual de respostas positivas voltadas à dimensão dos Sintomas Somáticos retrata a realidade dos cuidadores que acompanham as crianças em tratamento quimioterápico no HUAC, uma vez que a maioria advém de municípios diferentes, demandando longas viagens, o que por vezes desencadeia desgastes de ordem física e

psíquica. Além disso, esses cuidadores normalmente precisam se hospedar em casas de apoio cedidas pelo hospital, passando a ter sua rotina modificada, o que influencia diretamente na qualidade de vida ao interferir nos padrões de sono, habilidade e estado de saúde desses cuidadores.

Tabela 4 - Decréscimo de energia vital. SRQ-20. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016.

| Perguntas do SRQ-20 | Sim | | Não | |
|--|-----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Decréscimo de energia vital | | | | |
| Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)? | 22 | 75,8% | 7 | 24,2% |
| Sente-se cansado (a) o tempo todo? | 21 | 72,4% | 8 | 27,6% |
| Tem dificuldades para pensar com clareza? | 18 | 62% | 11 | 38% |
| Encontra dificuldades para lidar com satisfação suas atividades diárias? | 18 | 62% | 11 | 38% |
| Tem dificuldades para tomar decisões? | 16 | 55,1% | 13 | 44,9% |
| Tem sensações desagradáveis no estômago? | 14 | 48,2% | 15 | 51,8% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que se refere à dimensão de Decréscimo de energia vital, cinco perguntas se destacaram por apresentarem mais de 50% de respostas positivas por parte dos entrevistados. Apenas a pergunta: Tem sensações desagradáveis no estômago? Apresentou uma porcentagem sutilmente inferior a 50%. Contudo, as principais questões que se sobressaíram pelo elevado percentual foram: Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)? Com 75,8% de respostas afirmativas e sente-se cansado (a) o tempo todo? Com 72,4% de respostas positivas.

Tais resultados podem dialogar com as informações evidenciadas no estudo de Cardoso, Galera e Viera (2012), ao ressaltarem que o familiar/cuidador por ser submetido a diversos eventos estressantes durante o exercício do cuidado, como a impossibilidade de se ocupar com as tarefas diárias ou no ambiente de trabalho em função das responsabilidades

assumidas com o familiar doente, acaba por desenvolver prejuízos à sua saúde com adição de sintomas desagradáveis como o cansaço, o desânimo e outros desconfortos físicos resultantes da sobrecarga e responsabilidade do cuidado.

Nessa mesma perspectiva os estudos de Albuquerque, Cintra e Bandeira (2010); Amendola, Oliveira e Alvarenga (2010), Gratão et al. (2012) também apontam inúmeras mudanças nos âmbitos físico, psicológico e social que o cuidador passa a vivenciar diante dos altos níveis de sobrecarga que o cuidado os impõe.

Tabela 5 – SRQ-20. Pensamentos Depressivos. Ocorrência de Transtorno Mental Comum em Cuidadores, Setor de Quimioterapia, HUAC, Campina Grande – Paraíba, Brasil, 2016.

| Perguntas do SRQ-20 | Sim | | Não | |
|---|-----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Pensamentos Depressivos | | | | |
| Tem perdido o interesse pelas coisas? | 20 | 68,9% | 9 | 31,1% |
| É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | 15 | 51,7% | 14 | 48,2% |
| Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? | 6 | 20,6% | 23 | 79,4% |
| Tem tido ideias de acabar com a vida? | 5 | 17,2% | 24 | 82,8% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que tange aos achados do quadro 5, de acordo com a dimensão de Pensamentos Depressivos merecem destaque as seguintes questões: Tem perdido o interesse pelas coisas? Apresentando maior percentual de respostas positivas (68,9%), o que coaduna com os achados da pesquisa de Guirado e Pereira (2016), que também obteve maior resultado positivo para essa pergunta (44,5%). E em se tratando da questão: É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? O percentual de 51,7%, foi similar ao encontrado no estudo de Carmo (2007), que apresentou um valor de 64,1%.

Na população estudada, verificou-se uma menor frequência de pensamentos como “Ideias de dar acabar com a vida” (17,2%) e de “Se sentirem inúteis e/ou sem préstimo” (20,6%), apresentando os menores números de respostas positivas de todo o questionário. Deste modo, verifica-se que a partir dos achados apresentados, os cuidadores do HUAC revelaram um perfil de sujeitos que são acometidos predominantemente por quadros de Humor depressivo/ansioso e em menor escala, por Pensamentos Depressivos.

Tal resultado referente a questão do instrumento: “ Ideias de dar acabar com a vida”, mesmo que tenha menor percentual, indica uma ideação ao suicídio e deve servir de alerta, uma vez que a pesquisa de Almeida et. al. (2010), afirma que o tratamento e a sensação de culpa da doença, e a sobrecarga que a acompanha, traduzida pela dependência do paciente, possibilita uma tensão cotidiana no cuidador que faz com que eles se sintam como se nunca estivessem plenamente tranquilos, encontrando-se em uma situação limite o que acaba por conduzir a ideais suicidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, considera-se que os aspectos sociais, econômicos e psicológicos da vida dos cuidadores foi afetado a partir da sobrecarga e das mudanças drásticas e dolorosas que lhes foram atribuídas durante a atividade do cuidar de crianças acometidas por câncer, uma vez que, a percepção deles a respeito da doença e da sua dura jornada causam um incômodo significativo que chega a acometer ainda mais a sua saúde, o zelo pessoal e sua relação com os menores adoecidos; o que pode possibilitar por sua vez, o desenvolvimento de transtornos mentais comuns.

A avaliação dessa pesquisa indicou que parte dos fatores relacionados aos TMC são passíveis de intervenção preventiva. Diante disso, é necessário inserir subsídios para o desenvolvimento de uma rede de suporte direcionada a ações de prevenção, reabilitação e tratamento que venham a otimizar a saúde física e mental de familiares cuidadores, uma vez que constatada a presença de sobrecarga e sofrimento durante a atividade do cuidar, é necessário estabelecer estratégias que venham a reduzir esses fatores, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos cuidadores de crianças que realizam tratamento quimioterápico.

Diante disso, enfatiza-se que é necessária uma assistência de enfermagem direcionada aos cuidadores de crianças submetidas a tratamento quimioterápico, uma vez que o enfermeiro deve buscar inserir esses sujeitos como foco de sua práxis diária e como parte integrante do seu cuidar, buscando detectar evidências de TMC e amenizar os fatores de risco a que estes cuidadores estão expostos para que se possa prestar um cuidado integral e resolutivo aos mesmos.

Ademais, o presente estudo buscou incrementar a discussão da temática em tela, tendo em vista a escassez na disponibilidade de material científico. Por fim, destaca-se que os objetivos propostos foram alcançados e espera-se que os resultados apresentados possam impulsionar novos desdobramentos voltados a consolidar cada vez mais a atenção ao cuidador de crianças com câncer submetidas a tratamento quimioterápico

Destarte, tendo em vista a complexidade da sobrecarga proveniente do ser-cuidador de crianças em tratamento quimioterápico, este estudo me permitiu obter uma rica fonte de informações para embasamento teórico no desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas a saúde mental dos mesmos, além de que apresentou como dado preocupante e de alerta a fragilidade de rede de atenção voltadas as pessoas com câncer no estado da Paraíba, uma vez

que os centros de tratamento quimioterápico se localizam apenas na capital de estado, João Pessoa, PB, e em Campina Grande, PB. Assim, deixo como sugestão, a ampliação da rede de atendimento as pessoas com câncer, a partir da construções de centro especializados em atendimento e tratamento quimioterápico nas cidades interioranas do referido estado para que se possa facilitar o acesso e diminuir as dificuldades inerentes de ter que ir para outras cidades, o que seria ideal para essas crianças e cuidadores.

Por fim, esse estudo contribuiu para que, eu como futura enfermeira, possa aprimorar ainda mais meu modo de prestar assistência. E no que tange à relevância pessoal, esta pesquisa permitiu, que eu, enquanto ser humano no mundo, desenvolva melhor a minha capacidade de ser resiliente, solidária e prosperar na minha fé perante às adversidades da vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito; KURASHIMA, Andréa Yamaguchi. **Estresse relacionado ao cuidado:** o impacto do câncer infantil na vida dos pais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(1). jan-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a10.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.
- ALBUQUERQUE, E. P. T; CINTRA, A. M. O; BANDEIRA, M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2010. p. 308-316.
- ALBUQUERQUE, Ellen Pinheiro Tenorio de; CINTRA, Ana Maria de Oliveira; BANDEIRA, Marina. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores**. *J Bras Psiquiatr*, [S.l.]. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/07.pdf>> Acesso em: 06 jun 2015.
- ALMEIDA, M. Machado, et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria*. Rio Grande do Sul - RS. 2010
- ALMEIDA, M. D; SANTOS, A. P. A. L. **Câncer infantil:** o médico diante de notícias difíceis - uma contribuição da psicanálise. *Mudanças–Psicologia da Saúde pelo Instituto Metodista de Ensino Superior CGC*. 2013. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/viewArticle/4060>>. Acessado em: 18 abr 2015.
- ALMICO, Thatianne; FARO, André. **Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia**. *Psicologia, saúde & doenças*. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/14psd150313>>. Acesso em: 22 ago 2016.
- ALVES, Ana Paula, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):64-9.
- AMENDOLA, F. OLIVEIRA, M. A. C., & ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2011. p. 884-889.
- ANDRADE, Samkya F. de O. **Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer**. *Revista de Psicologia: Ciência e Profissão*. UFPB. João Pessoa, 2014.
- ANGELO, Margareth; MOREIRA, Patrícia Luciana; RODRIGUES, Laura Maria Alves. **Incertezas diante do câncer infantil:** compreendendo as necessidades da mãe. *Escola Anna Nery*. São Paulo, 2010.
- ANJOS, Karla Ferraz dos; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; PEREIRA, Rafael; PEDREIRA, Larissa Chaves; VILELA, Alba Benemerita Alves; SANTOS, Vanessa Cruz; ROSA, Darci de Oliveira Santa. **Associação entre apoio social e qualidade de vida de Cuidadores familiares de idosos dependentes**. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.20, n 5. Rio de

Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.1419201>>
Acesso em: 22 Jun 2015.

ARAGÃO, Júlio. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. Revista práxis ano III, nº 6 - agosto 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 08 jun 2015.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio demográficas e o trabalho doméstico. **Revista Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, p. 337-348, jul. / set. 2005.

ARAÚJO, Telma Siqueira Oliveira de. **Câncer de mama: Estado Psicológico e Sexualidade de Mulheres Mastectomizadas**. Cáceres/MT, 2013. Projeto de conclusão - Universidade Do Estado De Mato Grosso – Unemat. Cáceres/MT, 2013.

ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya; LIMA, Manuela Caroline Ferreira. **O novo lugar do pai como cuidador da criança**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, 2013.

AVANCI, Barbara Soares; CAROLINDO, Fabiano Mizael; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; NETTO, Nina Paula Cruz. **Cuidados Paliativos à Criança Oncológica na Situação do Viver/Morrer: a ótica do cuidar em enfermagem**. Escola Anna Nery. São Paulo, 2009.

BARAZZETTI, Lidiane. **Relação entre transtornos psiquiátricos menores e sintomas do climatério em mulheres atendidas em um ambulatório do sul do brasil**. 2013. 124F. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) Universidade do Vale do Rio dos Sinos, programa de pós-graduação em saúde coletiva, são Leopoldo/RS, 2013.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. **Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento**. [S.I.:s.n.]. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709/pdf>> Acesso em: 03 jun 2015.

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; DOLINA, Janderléia Valeria; MUSQUIM, Cleciene dos Anjos; CORRÊA, Geovana Hagata de Lima Souza Thaines. **O cuidado familiar na situação crônica de adoecimento**. Cuiabá – MT, 2015.

BIANCHIN, Maysa Alahmar; SILVA, Roberta Danza; FUZETTO, Laís Abrão; SALVAGNO, Vinícius. **Sobrecarga e depressão em cuidadores de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico**. Arq. Ciência. Saude. 2015. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/245/pdf_54> Acesso em: 23 jun 2015.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010.

BRATEIBACH, V, et al. Sintomas de pacientes em tratamento oncológico. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 102-109, mai./ago. 2013.

CAMPOS JUNIOR, Ailson; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro. 2015.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari; VIEIRA, Mariana Verderoce. **O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica.** Acta Paul Enferm. 2012.

CARLOTTO, Mary Sandra; Barcinski, Mariana; FONSECA, Rosália. **Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero.** Estud. pesqui. psicol. vol.15 no.3 Rio de Janeiro nov. 2015.

CARMO, Maria Beatriz Barreto do. **Transtornos mentais comuns em cuidadores de crianças Asmáticas: um estudo transversal.** Salvador, 2007. 41f. Dissertação de mestrado (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

CARVALHO, Carla Novaes. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J. bras. psiquiatr.** vol.62 no.1. Rio de Janeiro, 2013.

CASTRO JUNIOR, Gilberto de; SARAGIOTTO, Daniel Fernandes. TAKAHASHI, Tiago Kenji. SEGALLA, José Getúlio Martins. HOFF, Paulo Marcelo Gehm. **Oncologia Clínica: atuação na fronteira entre a melhor evidência e os ensaios clínicos.** **Revista Medicina.** São Paulo, 2012. p. 56-9.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon; BARBOSA, Claudia de Faria; CALDEIRA, Bárbara Maria dos Santos. **Ética do cuidar e relações de gênero? Práticas familiares e representações da divisão do tempo.** Estud. sociol., Araraquara, 2012.

COSTA, Francisca Flávia Loureiro. **Câncer infantil: sentimentos, vivências e saberes do familiar/cuidador.** Campo Grande – MS, 2012. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica dom Bosco, Campo Grande – MS. 2012.

COUTINHO, Leticia Maria Silva; MATIJASEVICH, Alícia; SCAZUFCA, Márcia; MENEZES, Paulo Rossi. **Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH).** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014.

CURVO, Hélen Rosane Meinke; PIGNATI, Wanderlei Antônio; PIGNATTI, Marta Gislene. **Morbimortalidade por câncer infanto-juvenil associada ao uso agrícola de agrotóxicos no Estado de Mato Grosso, Brasil.** Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro 2013. P. 10-7.

DANTAS, Giovana, et al. **Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária.** [S.I.:s.n.]. 2011.

DUTRA, Wagner Honorato; CORRÊA, Rosa Maria. **O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho.** Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília, 2015.

FAGUNDES, Celina Suely Oliveira, et al. **“Senti culpa, muita tristeza e vontade de chorar”** - percepções sobre o câncer para mães e cuidadores de crianças em tratamento oncológico. *Revista Bionorte*, [S.l.]. 2015.

FONSECA FILHO, Cláudio. **Saúde Pública no Brasil e o Precário Atendimento à População de Baixa Renda**. Rio de Janeiro – RJ, 2014. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Escola Superior de Guerra. Rio de Janeiro – RJ. 2014.

GARCES, S. B. B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2012. p. 335-352.

GOLDBERG, David; HUXLEY, Peter. **Common mental disorders: a biosocial model**. London: Routledge, 1992.

GOMES, Lauren Beltrão; GONÇALVES, Jadete Rodrigues. **Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica**. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/2178-4582.2015v49n2p118/30842>>. Acesso em: 12 set 2016.

GOMES, Mariana Silva; MELLO, Rosâne. **Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família**. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [S.l.]. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49596/53671>> Acesso em: 26 abr 2015.

GRATAO, Aline Cristina Martins, et al. **Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2>> Acesso: 27 jun 2015.

GUEDES, Terezinha Aparecida, et al. **Estatística descritiva**. 2011. Projeto de ensino aprender fazendo estatística. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Estatística, 2011. Disponível em: <http://www.des.uem.br/rojetos/Estatistica_Descritiva.pdf>. Acesso em: 26 jun 2015.

GUERRERO, Giselle Patrícia; ZAGO, Márcia Maria Fontão; SAWADA, Namie Okino; PINTO, Maria Helena. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm**. Brasília, p. 53-9. Jan./fev. 2011.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida. **Cuidadores familiares de pacientes oncológicos pediátricos em fases distintas da doença: processo de enfrentamento**. PUC- Campinas, 2015. 217f. Tese (doutorado em psicologia como profissão e ciência). Pontifícia Universidade Católica de Caminas, centro de Ciências da vida, Pós-graduação em Psicologia. Campinas, 2015.

GUIRADO, Gunther Monteiro de Paula; PEREIRA, Nathalia Mendrot Pinho. **Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP**. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-92.pdf>> Acesso em: 13 jun 2016.

HOSTERT, Paula Coimbra da Costa Pereira; ENUMO, Sônia Regina Fiorim; LOSS, Alessandra Brunoro Motta. Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. **Revista Psicologia: Teoria e Prática** São Paulo, jan.-abr. 2014. P. 127-140.

IGNACIO, Michele Gutierrez, et al. **Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer:** revisão de literatura. *Psicologia Hospitalar*, [S.l.]. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v9n1/v9n1a03.pdf>>. Acesso em 01 set 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente.** Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2015:** incidência de câncer no Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2015.

JESUS, Jozzilene Teodoro de. **Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de um hospital oncológico.** 2013. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), 2013. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

KANDA, Márcia Helena, et al. **A percepção dos familiares cuidadores sobre o tratamento quimioterápico em crianças e adolescentes.** *Cogitare Enferm.* Colina, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35962/22171>>. Acesso em: 01 set 2016.

KIRCHNER, Luziane de Fátima; LÖHR, Suzane Schmidlin; GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt. **Avaliação das habilidades sociais de mães de crianças em tratamento de doenças onco-hematológicas.** *Journal of human growth and development.* [S.l.]. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_10.pdf>. Acesso em: 12 set 2016.

LEVATTI, Giovanna Eleutério, et al. **Considerações sobre a inclusão de pessoas com diagnóstico de transtorno mental no trabalho.** *R. Laborativa*, [S.l.]. 2015. Disponível em: <<http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>>. Acesso em: 04 jun 2015

LOPES, Rita de Cássia Sobreira; PROCHNOW, Laura Pithan; PICCININI, Cesar Augusto. **A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade.** *Psicologia em estudo, maringá*, v. 15, n. 2, p. 295-304, abr./jun. 2010.

LUCCHESI, Roselma et al. **Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária.** *Acta Paul Enferm.* 2014.

MALUFF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabu. **Novas modalidades da família na pós-modernidade.** São Paulo, 2010. 44f. Tese de doutorado (Direito) - Faculdade de direito da USP, São Paulo. 2010.

MARAGNO, Luciana, et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006.

MARTINS, Lilian Cristina Xavier. **Prevalência de transtornos mentais comuns, estresse no ambiente de trabalho e atividade física em militares.** Rio de Janeiro, 2012. 123f. (Tese de Doutorado em saúde coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

MEDEIROS, Eduarda Gayoso Meira Suassuna de; LEITE, Rosana Farias Batista; RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; ALMEIDA, Layze Amanda Leal. Repercussões do câncer infantil no cotidiano do familiar cuidador. **Revista Rene.** mar-abr. 2014. p. 233-9.

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto. **Transtornos mentais comuns na população atendida pelo Programa Saúde da Família.** São João del-Rei, 2010. 71f. (Tese de Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei, 2010.

MONTEIRO, Ana Claudia Moreira; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo; PIMENTA, Luana Sena. **A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos.** Rio de Janeiro, [S.n.]. 2014.

NASCIMENTO, Jaqueline Dias do. **A vivência do cuidado em casas transitórias de apoio por familiares de crianças em pós transplante de células tronco hematopoiéticas.** Curitiba, 2014. 157f. Tese (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal Do Paraná. Curitiba, 2014.

NÓBREGA, Kenya Idamara Mendonça da; PEREIRA, Carlos Umberto. **Psicologia: Teoria e Prática.** Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão – SE – Brasil – 2011. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/3223/2872>>. Acesso em: 12 maio 2015.

NUNES, Silvia Alexim. **Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar.** Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, Ivone Alves de; PAZ, Carlos Eduardo Dias Oliveira da; Atuação do psicólogo junto ao paciente oncológico infantil e seus familiares. **Revista científica da faculdade de educação e meio ambiente.** [S.I.]. p. 172-192, jan./jun. 2015.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo de; CIRILO, Lívia Sales; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família. **Revista Baiana de Saúde Pública.** [S.I.].v.37, n.1, p.164-178 jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, Rafaela Rodrigues de; SANTOS, Leidiene Ferreira; MARINHO Katiane Costa; CORDEIRO, Jacqueline Andréa Bernardes Leão; SALGE, Ana Karina Marques; SIQUEIRA, Karina Machado. **Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica.** [S.I.:s.n.]. 2015.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler, et al. **Familiares cuidadores e a terminalidade: tendência da produção científica na área de saúde.** [S.I.:s.n.]. 2011.

PAULA, Juliana Maria de; SAWADA, Namie Okino. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rev Rene.** Ribeirão Preto – SP, p. 106-13jan-fev. 2015.

- PAWLOWSKI, Josiane, et al. **Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial.** Estudos de Psicologia, [S.l.]. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/epsic>. Acesso em: 25 ago 2016.
- PEIXOTO, Maristela Jaqueline Reis. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em cuidadores de usuários de um caps infanto-juvenil.** Santa Maria, 2013. 95f. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Federal De Santa Maria, centro de ciências sociais e humanas, Santa Maria. 2013.
- PEREIRA, Vivian Palo, et al. **Percepção das mães sobre a importância das práticas alimentares no tratamento da constipação crônica funcional.** Rev Paul Pediatr [S.l.]. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n1/06.pdf>> Acesso em: 14 abr 2015.
- PINTO, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca; MARCON, Sonia Silva. **A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos.** Cienc Cuid Saude. [S.l.]. 2012. Disponível em: <[10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17070](http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17070)>. Acesso em: 07 set 2016.
- PRAUN, Andrea Gonçalves. Sexualidade, gênero e suas relações de poder. **Revista Húmus.** [S.l.]. n 1, p. 11-50. mar/abr. 2011.
- RAILDA, Samkya F. de O. Andrade, et al. **Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer.** Psicologia: ciência e profissão. Paraíba. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-370002332013>>. Acesso em: 14 ago 2016.
- RAMOS, Marília Patta. **Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: Lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais.** [S.l.:s.n.] 2013.
- ROCHA, Maria Cristina Pauli da, et al. **Necessidades e dificuldades de famílias que vivenciam a experiência de ter uma criança com hidrocefalia.** Saúde rev., Piracicaba, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v15n40p49-66>> Acesso em: 11 set 2016.
- ROCHA, Saulo Vasconcelos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de; ARAÚJO Tânia Maria de; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol.** [S.l.]. 2010; p. 630-40.
- ROMANO, Ana Luiza; DEMARCHI, Clovis. Análise Do Direito À Saúde E Em Especial Dos Direitos Da Pessoa Portadora De Neoplasia Maligna (Câncer). **Revista Eletrônica Ponto de Vista Jurídico.** Caçador n.1, p. 5-34. jan./jun. 2015.
- RUBIRA, Elizete Aparecida, et al. **Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico.** Acta Paul Enferm. 2012.
- SALES, Catarina Aparecida, et al. Presença familiar no olhar existencial da pessoa com câncer: compreendendo o fenômeno à luz heideggeriana. **Revista Eletronica de Enfermagem.** [S.l.]. p. 30-6. jan./mar. 2015.

SANTANA, Anabela Maurício de. Mulher mantenedora/homem chefe de família: uma questão de gênero e poder. **Revista fórum identidades**. Itabaiana: Gepiadde, n 4, jul-dez de 2010.

SANTOS, Cristiane Cimelle da Silva; COSTA, Lucinalva Ferreira da; MARTINS, Edson. A prática educativa lúdica: uma ferramenta facilitadora na aprendizagem na educação infantil. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET**. Dez. 2015. p. 16.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. **Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica**: Estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20) Revista bahiana de saúde pública [S.n.] 2010.

SANTOS, Michelle Didone dos; BORGES, Sheila de Melo. **Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer**: visão do paciente e seu cuidador. Rev. Bras. Geriatr. Geronto. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14154>> Acesso em: 05 jun 2015.

SÉLOS, Priscila Ramos; COSTA, Paula Cristina Pereira da, TOLEDO, Vanessa Pellegrino. **Vivendo em casa de apoio durante o tratamento do câncer infantil**: percepções maternas. Ver. Enferm. UFPE on line. Recife, 2014.

SILVA, Eli Borges de Freitas, et al. **Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009**. [S.l.: S.n.]. 2010.

SILVA, Fernanda Aldrigues Crispim; Et al. **Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares**. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a14>> Acesso em: 24 abr 2015.

SILVA, Talitha Carneiro de Oliveira; BARROS, Viviane Farias; HORA, Edilene Curvelo. **Experiência de ser um Cuidador Familiar no Câncer Infantil**. Rev Rene, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a11v12n3.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

SILVEIRA, Raquel dos Anjos; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **O cotidiano do familiar/acompanhante junto da criança com doença oncológica durante a hospitalização**. Rev Rene, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a12v12n3.pdf>. Acesso em: 01 set 2016.

SOUZA, Leonardo Lemos de, et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. Ciências & Cognição, Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar, 2014. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>> Acesso em: 28 abr 2015.

SOUZA, Luís Paulo Souza, et al. **Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico**. Rev Rene. Montes Claros, Minas Gerais, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. **Aprova o Regimento do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC**. [S.l.:s.n.] 2006. Disponível em:

<http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/orgaos_suplementares/hu/documentos/regimento_huac.pdf>. Acesso em: 6 jun 2015.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; AMARA, Bruna; FERREIRA, Daniel Pícoli; DIAS, Isabela Maria Franco; VILELA, Luana Azevedo; FRANCO, Luisa Rosa. **Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire**. J. bras. psiquiatr. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000027>> Acesso em: 15 mai 2015.

VIEIRA, Júlia Lelis. **Transtorno Mental Comum e lazer entre estudantes da área da saúde do Campus de Botucatu – UNESP**: um estudo transversal. Dissertação de mestrado (pos-graduação saúde coletiva – FMB) Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, 2015.

VINHAL, Laura Meneses; COSTA NETO, Sebastião Benício da. Aspectos psicológicos de mães de crianças em tratamento oncológico. Vinhal LM, Neto SBC. Aspectos psicológicos de mães de crianças em tratamento oncológico. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano** [S.l.]. Mai. 2013 p. 27-38.

WAKIUCHI, Julia, et al. **Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia**. Acta Paul Enferm. Maringá, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO: “OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM
CUIDADORES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO”**

Eu,....., atuante na profissão de, residente e domiciliado em, portador da Cédula de identidade RG, e inscrito no CPF/MF, nascido(a) em ___/___/___, estou sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **‘Ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC) em cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico’**, que tem como pesquisador responsável: **Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho**, professora orientadora e **Jhébica Rawane Araújo de Medeiros**, orientanda. A mesma será desenvolvida no Hospital Universitário Alcides Carneiro, a partir dos seguintes objetivos: Descrever o perfil sócio demográfico de cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico; Realizar o rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC) entre os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico, com base na aplicação do SRQ 20 e Evidenciar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) entre os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico, na perspectiva do SRQ 20. E se justifica, pois os cuidadores de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico sofrem bruscas mudanças no contexto e em sua qualidade de vida a partir do diagnóstico e tratamento da crianças, sendo essas questões responsáveis por desencadear sentimentos como solidão, inconformismo, revolta e insegurança frente ao despreparo e ao medo dos desdobramentos que poderão acompanhar essa trajetória, levando ao desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Tomando-se por base a Resolução 466/12, todas as pesquisas que envolvem seres humanos envolvem riscos, sejam eles imediatos ou tardios, dessa forma a pesquisa em tela tem o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. No entanto, a pesquisadora adotará todos os cuidados necessários

para evitar tais situações, como: preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados, garantindo-lhes o anonimato; as informações serão utilizadas exclusivamente para a execução do projeto em questão; as entrevistas com os colaboradores serão previamente agendadas conforme disponibilidade do participante respeitando-se todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto. Quanto aos possíveis benefícios: ao término dessa pesquisa espera-se: contribuir para que os serviços, gestores e instituições de saúde, sobretudo as destinadas ao tratamento quimioterápico de crianças, possam considerar a importância de uma abordagem voltada não apenas à criança com câncer, mas uma abordagem capaz de fomentar redes de apoio e suporte úteis a esses cuidadores que muitas vezes são negligenciados no processo de cuidar fazendo com que as crianças sofram diretamente as consequências de um cuidador que padece juntamente com ela.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e ética, conforme preconizado na resolução 466/12, revelando os resultados sempre que solicitados pelo participante ou pela Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité (local este selecionado enquanto cenário da pesquisa) e ao término da investigação.

Ainda considerando a resolução 466/12, destaca-se que o pesquisador responsável conhece e respeita devidamente as exigências constantes nos itens IV.3 e IV.4 da referida resolução, conforme se expressa nos esclarecimentos que seguem.

Foi-me esclarecido que:

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo placebo, visto que não haverá procedimentos terapêuticos neste trabalho científico.
- Minha participação é voluntária e não remunerada.
- Poderei recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto sem necessidade de justificativa, não havendo penalização ou prejuízo para mim.
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, inclusive após sua finalização.
- Serei acompanhado e informado adequadamente quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento e minha colaboração com o estudo.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho assegurando assim a minha privacidade neste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável. Entretanto, quando da existência

- de dispêndio de minha parte, serei ressarcido devidamente ou em casos de danos decorrentes de minha participação, serei indenizado adequadamente pelo aluno pesquisador (orientando);
- Após minha leitura e/ou leitura da pesquisadora ou aluna participante da pesquisa acerca desta pesquisa, assinarei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será minha e outra via ficara com a pesquisadora.
 - Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento poderei contar com a equipe científica no número: (83) 98719-3134 e com o respectivo e-mail: mary_albernaz@hotmail.com.
 - Foi me repassado que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro/HUAC/UFCG (situado na Rua: Carlos Chagas, S/N, bairro: São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande/PB. Contato: 2101-5545), bem como possíveis denúncias.
 - Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse, e a outra com o pesquisador responsável. Todas as folhas serão rubricadas por mim e pelo pesquisador, apondo as assinaturas na última folha.
 - Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

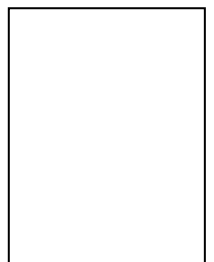
Campina Grande, _____ de _____, de _____.

Participante

Testemunha

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora/Pesquisadora

Jhébica Rawane Araújo de Medeiros
Orientanda



Impressão
Dactiloscópica

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Primeiro momento: Caracterização sócio demográfica do cuidador

Identificação: _____
 Sexo: _____
 Idade: _____
 Escolaridade: _____
 Grau de parentesco do cuidador: _____
 Formação e Ocupação: _____
 Há quanto tempo acompanha a criança: _____

Segundo momento: Aplicação do SRQ-20

SRQ (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO

| DADOS PESSOAIS | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|-------|
| NOME | _____ | | |
| ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE | | | |
| RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE. | | | |
| 1. Tem dores de cabeça frequentes? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 2. Tem falta de apetite? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 3. Dorme mal? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 4. Assusta-se com facilidade? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 5. Tem tremores de mão? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 7. Tem má digestão? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 8. Tem dificuldade para pensar com clareza? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 9. Tem se sentido triste ultimamente? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 10. Tem chorado mais do que de costume? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 12. Tem dificuldades para tomar decisões? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [1] | _____ |
| 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 15. Tem perdido o interesse pelas coisas? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 17. Tem tido idéias de acabar com a vida | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| 20. Cansa-se com facilidade? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] | _____ |
| TOTAL: | | | _____ |
| | | | |
| NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE | _____ | | |
| DATA | _____ | | |

ANEXOS

ANEXO A - ANUÊNCIA: COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José.
CEP: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5511

DECLARAÇÃO

Eu, ANGELA CRISTINA FARIAS DOS S. COSTA, chefe do setor de Quimioterapia do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/ UFCG, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “*Ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC) em cuidadores de crianças submetidas a tratamento quimioterápico*”, que será realizada no setor de Quimioterapia Pediátrica, com abordagem quantitativa no referido Hospital, no período de outubro a novembro de 2015, tendo como orientadora a prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho e orientanda Jhéssica Rawane Araújo de Medeiros, acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Campina Grande, 21 de Julho de 2015.

Angela C. F. Santos
ENFERMEIRA
CRM 102996

Chefe do Setor de Quimioterapia - HUAC/ UFCG

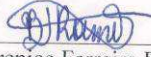
ANEXO B - ANUÊNCIA - DIREÇÃO DO HUAC/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n. São José.
CEP: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5511

DECLARAÇÃO

Eu, Berenice Ferreira Ramos, diretora do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/ UFGG, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: *“Ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC) em cuidadores de crianças submetidas a tratamento quimioterápico”*, que será realizada no setor de Quimioterapia Pediátrica, com abordagem quantitativa no referido Hospital, no período de outubro a novembro de 2015, tendo como orientadora a prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho e orientanda Jhébica Rawane Araújo de Medeiros, acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande (UFGG).

Campina Grande, 31 de julho de 2015.



Dr.^a Berenice Ferreira Ramos
Diretora do HUAC/ UFGG

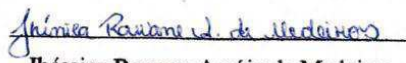
Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora Geral - HUAC/UFGG
Matrícula SIAFE 1680351

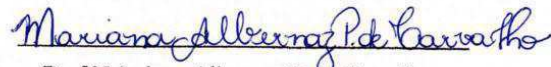
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)**Termo de Compromisso do(s) Pesquisador(es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**Ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC) em cuidadores de crianças submetidas a tratamento quimioterápico**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.


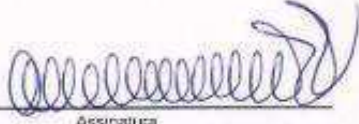

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 21 de Julho de 2015.


Jhessica Rawane Araujo de Medeiros
Autora da Pesquisa


Prof.^a Mariana Albermaz P. de Carvalho
Orientadora

ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

|  MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Projeto de Pesquisa: OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM CUIDADORES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO | | 2. Número de Participantes da Pesquisa: 60 | |
| 3. Área Temática: | | | |
| 4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde | | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | |
| 5. Nome: Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho | | | |
| 6. CPF: 061.991.374-69 | | 7. Endereço (Rua, n.º): SAC GONCALO 116 MANAIRA apartamento 201 JOAO PESSOA PARAIBA 58038330 | |
| 8. Nacionalidade: BRASILEIRO | | 9. Telefone: (83) 8719-3134 | 10. Outro Telefone: |
| | | 11. Email: mary_albernaz@hotmail.com | |
| 12. Cargo: | | | |
| <p>Termo de Compromisso. Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> | | | |
| Data: ____ / ____ / ____ | | Assinatura: _____ | |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE | | 14. CNPJ: | 15. Unidade/Orgão: Universidade Federal de Campina Grande |
| 16. Telefone: (83) 2101-5545 | | 17. Outro Telefone: | |
| <p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> | | | |
| Responsável: <u>RAMILTON MARINHO COSTA</u> | | CPF: <u>308 636 784 91</u> | |
| Cargo/Função: <u>PROFESSOR / DIRETOR</u> | | | |
| Data: <u>13</u> / <u>08</u> / <u>2015</u> | | Assinatura:  | |
| PATROCINADOR PRINCIPAL | |  Ramilton Marinho Costa Diretor do CEB tel. (83) 3372-3300 | |
| Não se aplica. | | | |

ANEXO E - CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 49029815.6.0000.5182, Número do Parecer: 1.313.872 intitulado: **OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM CUIDADORES DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Januse Nogueira de Carvalho

Januse Nogueira de Carvalho
Coordenadora CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 24 de Maio de 2016.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br