UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Características de personalidade e recursos adaptativos de crianças e adolescentes com câncer

Ana Luísa Carvalho Guimarães

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

RIBEIRÃO PRETO - SP

ANA LUÍSA CARVALHO GUIMARÃES

Características de personalidade e recursos adaptativos

de crianças e adolescentes com câncer

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Regina Pasian

RIBEIRÃO PRETO - SP

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Guimarães, Ana Luísa Carvalho

Características de personalidade e recursos adaptativos de crianças e adolescentes com câncer. Ribeirão Preto, 2016.

178 f.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Pasian, Sonia Regina.

1. Oncologia Pediátrica. 2. Personalidade. 3. Recursos Adaptativos.

Nome: Guimarães, Ana Luísa Carvalho Título: Características de personalidade e recursos adaptativos de crianças e adolescentes com câncer. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre Ciências, Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento Aprovado em: Banca Examinadora Instituição: _____ Assinatura: ____ Instituição: _____ Assinatura: _____

Instituição: _____ Assinatura: ____



Agradecimentos

Aos meus pais, **Claudia e Nélio**, meu porto seguro nos momentos de tempestades e calmarias, tornando a minha jornada muito mais plena com as suas presenças vívidas e permanecendo ao meu lado, amorosamente e pacientemente, independente de como eu estivesse.

Ao meu irmão, **Arthur,** que desde minha infância foi incentivo para que eu começasse a andar, brincar e estudar. Você se uniu a mim em meus projetos e me fortaleceu com suas habilidades e conhecimentos valiosos, tornando-se, desta forma, um parceiro imprescindível para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos **meus familiares**, que se fazem presentes na proximidade, na distância e nas ternas lembranças dos que já partiram. Todos os meus passos só foram possíveis por ter o precioso e constante apoio de vocês.

Ao **meu avô Ivan**, que me inspira com suas conversas filosóficas, contos curiosos e, sobretudo, com sua história de vida, dedicando-se a uma incessante busca pela conhecimento com intensidade, sensibilidade e seriedade

À **Prof.**^a **Dr**^a **Sonia Regina Pasian**, pela sabedoria que, desde a graduação, tanto me fez crescer. Graças aos seus conhecimentos técnicos, pude desenvolver um olhar sensível, reflexivo e cuidadoso ao outro. Graças ao seu envolvimento, pude voltar este olhar também para mim, descobrindo e me apropriando de meus próprios recursos enquanto pesquisadora e pessoa.

Ao **Bruno e sua família,** pela experiência de amor, carinho e companheirismo que imprimiu marcas permanentes em mim e neste trabalho.

À **Heloísa**, com quem comecei a desbravar o oceano que é a Psicologia Hospitalar. Sua amizade, presença e determinação jamais me deixarão esquecer os motivos pelos quais continuamos explorando este mar.

À Emília, querida amiga, pela disposição de caminhar ao meu lado independente do trajeto escolhido, tornando todos os percursos mais prazerosos, significativos e bem menos solitários.

À Ana Claudia de Barros, pelo equilíbrio entre as palavras as amorosas e os questionamentos, percebendo e cuidando de minhas capacidades, dificuldades e demandas antes mesmo de mim.

Aos que acompanharam meus primeiros passos na Oncologia Pediátrica, **Nichollas, Tânia** e **Úrsula**, pelo carinho e lucidez que guiam seus olhares. Vocês me inspiraram a realizar esta pesquisa e, certamente, continuarão inspirando meu caminho futuro, em qualquer contexto onde estiver.

Ao Grupo de Apoio à Criança com Câncer e a todos os profissionais e voluntários da Casa de Apoio, por me apresentarem aos frutos que podemos trazer quando nossas mãos se entrelaçam, principalmente quando a união é pautada pelo genuíno desejo de ajudar o outro.

Aos colegas do Centro de Pesquisas e Psicodiagnóstico (CPP), pela construção de um espaço protetor e promotor do fortalecimento profissional, no qual foi possível realizar inúmeras trocas de experiências, conhecimentos e questionamentos.

À Prof^a. Dr^a. Sonia Regina Loureiro e ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pelas preciosas contribuições oferecidas no Exame de Qualificação deste trabalho e por me oferecem modelos de atuação que instigam meu desejo de continuar investindo em nossa profissão.

À querida **Erika Arantes**, com quem a parceria evoluiu para uma amizade, onde encontro conforto, estímulo e resgato o amor pela Psicologia que reinventamos diariamente no Hospital.

À amiga **Carmem**, pelo incentivo ao meu desenvolvimento profissional e pessoal, com carinho, prontidão e acolhimento ajudando na compreensão e enfrentamento dos desafios acadêmicos.

Às minhas caras amigas e parceiras no trabalho hospitalar **Karla**, **Juliana**, **Thalita** e, sobretudo **Carol**, por sua generosidade em partilhar seus conhecimentos em inglês. Obrigada por tornarem meus dias mais coloridos e leves, me ajudando a persistir nos momentos de dificuldades e comemorando comigo as conquistas realizadas.

Ao grupo de amigos da pós-graduação carinhosamente apelidado de "Mecanismos de Defesa". **Paula, Rosária, Isabel, Gabriel, Yurin**: Privilégio é poder compartilhar as angústias e descobrir os caminhos do mestrado ao lado de pessoas como vocês.

Aos membros da **Unidade de Terapia Imunológica**, na qual ingressei há dois anos. Entre vocês, encontrei um lar receptivo e caloroso, que potencializou meus esforços de desenvolvimento enquanto psicóloga e minha sensibilidade enquanto pessoa.

Às crianças, adolescentes e famílias que conheci trabalhando na Oncologia Pediátrica e aos que participaram deste estudo. Obrigada por me receberem em seus quartos hospitalares, em suas casas e, em última instância, em suas vidas. Sem dúvida, carregarei comigo as lembranças, o carinho e os aprendizados que compartilhamos.



RESUMO

Guimarães, A. L. C. (2016). Características de personalidade e recursos adaptativos de crianças e adolescentes com câncer. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O adoecimento oncológico pode ser compreendido como significativo fator de risco ao desenvolvimento infanto-juvenil, fazendo-se relevante compreender as estratégias de organização psíquica diante do câncer e seu tratamento, para oferecer adequada assistência profissional a crianças e adolescentes com neoplasias. Em revisão sistemática da literatura científica nacional e internacional, notou-se que predominavam, nas pesquisas da área, temas relativos a dificuldades vivenciadas pelas crianças/adolescentes, dinâmica familiar, intervenções focais e enfrentamento do adoecimento, porém com diversidade de parâmetros e métodos, dificultando adequada avaliação das variáveis influentes no processo adaptativo de indivíduos em desenvolvimento acometidos pelo câncer. Nesse contexto, este trabalho teve por objetivo avaliar características de personalidade e recursos adaptativos de criancas e adolescentes em tratamento oncológico. Foram avaliados 40 escolares, de sete a 17 anos de idade, de ambos os sexos, residentes no interior do Estado de São Paulo, divididos em dois grupos: Grupo Clínico (G1, n=20, pacientes em tratamento oncológico em hospital-escola público) e Grupo de Comparação (G2, n=20, crianças e adolescentes com desenvolvimento típico, selecionados por balanceamento a partir das características etárias e de escolaridade de G1). Os participantes foram voluntários devidamente autorizados a participar do estudo por seus pais/responsáveis, bem como assentiram livremente com a pesquisa. Os instrumentos Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e o Questionário de Dificuldades (SDQ) foram aplicados individualmente Capacidades pais/responsáveis, em ambiente adequado. O Teste das Matrizes Progressivas de Raven, Método de Rorschach (Escola Francesa) e Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister foram aplicados com as crianças e adolescentes, também em sessões individuais realizadas em ambiente adequado. Os resultados foram sistematizados conforme respectivos padrões técnicos dos instrumentos utilizados, realizando-se análises descritivas (média e desviopadrão) e análises inferenciais (Teste t de Student ou Teste chi-quadrado, utilizando-se nível de significância de 5%), comparando G1 e G2. Os principais resultados indicaram predominância de semelhanças entre crianças e adolescentes que vivenciam o adoecimento oncológico e seus pares saudáveis, em termos de funcionamento psicológico geral. Foi verificado que, diante das demandas impostas pelo adoecimento e seu tratamento, crianças e adolescentes desenvolvem restrições em relação às manifestações emocionais, priorizando o autocontrole a partir da exacerbação do funcionamento lógico, com sinais de maior inibição e intelectualização nos participantes de G1. Depreende-se, portanto, que apesar do impacto do adoecimento oncológico, crianças e adolescentes em tratamento evidenciaram indicadores de manutenção do funcionamento adaptativo e preservação dos recursos familiares. Neste contexto, a inibição ou supressão de aspectos emocionais pareceu configurar possível fator protetor ao desenvolvimento, na medida em que os demais elementos do funcionamento mental, essenciais para adaptação ao tratamento oncológico, sinalizaram-se preservados.

Palavras-chave: Oncologia pediátrica; Personalidade; Recursos Adaptativos.

ABSTRACT

Guimarães, A. L. C. (2016). Características de personalidade e recursos adaptativos de crianças e adolescentes com câncer. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introduction: Cancer may affect child development. Therefore, it is important to understand strategies of psychic organization experienced when children and adolescents face oncological treatment, aiming to improve professional assistance. In a systematic review of national and international bibliographic databases, some themes prevailed, such as difficulties experienced by children/adolescents; family dynamics; focus interventions; and coping. Also evidenced were the diversity of parameters and methodologies used in researches, especially in the field of chronic illness management. Objective: This study aimed to assess personality characteristics and adaptive resources of children and adolescents facing cancer treatment. Method: 40 children and teenagers, aging from 07 to 17 years, from both genders, living in the state of São Paulo, Brazil, were evaluated and divided into two groups: Clinical Group (G1, n=20, patients under oncological treatment in a public university hospital) and control group (G2, n=20, children and adolescents with typical development, selected to match age and schooling characteristics of G1). Participants freely consented to participate as volunteers and were properly authorized by their respective parents/guardians. The instruments Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, Brazilian Criteria of Economic Classification), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF, Perception of Family Support Inventory), Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF, Home Environment Resources Scale) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) were applied individually to parents/guardians in a suitable environment. The Raven's Progressive Matrices Test; Rorschach (French School) and Pfister Colored Pyramids Test were applied to the children and adolescents, also in individual sessions and in proper environment. Results are presented according to technical patterns created by the employed instruments. Data were analyzed by descriptive (mean and standard deviation) and inferential tests (Student's t test or chi-square test) and significance levels were fixed at 5% for comparisons between groups (G1 and G2). Results: The main results of this study indicate predominance of similarities between children and adolescents who experience oncological diseases and their healthy peers, in terms of overall psychological functioning. More specific analyses show that given the demands imposed by disease and treatment, subjects are found to develop restrictions in emotional manifestations, with control mostly based on logical function. Conclusions: Our results suggest that despite possible deleterious impact of the disease, children and adolescents facing cancer are able to maintain the adaptive function and preserve family resources. In this context, inhibition or suppression of emotional aspects may be considered as a protective factor for development, while other elements of mental functioning, essential for coping with cancer treatment, are preserved.

Keywords: Pediatric Oncology; Personality; Adaptive Resources

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Ensaio de termos e palavras para determinar revisão na Web of Science
Tabela 2. Distribuição dos estudos identificados na revisão bibliográfica em função do foco temático e ano de publicação
Tabela 3. Caracterização dos participantes do estudo em função do sexo e idade
Tabela 4. Distribuição (em frequência simples e porcentagem) dos participantes em função do desempenho intelectual, origem escolar, composição familiar e classificação econômica
Tabela 5. Distribuição dos particpantes do grupo clínico em função da faixa etária e de variáveis e procedimentos clínicos
Tabela 6. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos domínios da RAF
Tabela 7. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos domínios do IPSF 95
Tabela 8 . Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos domínios SQD. 97
Tabela 9. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função da produtividade e ritmo no Rorschach
Tabela 10. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos modos de apreensão do Rorschach
Tabela 11. Resultados médios e comparação estatística dos grupos nos determinantes das respostas ao Rorschach. 102
Tabela 12. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos conteúdos relacionados a figura humana e animal no Rorschach
Tabela 13. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos demais conteúdos no Rorschach. 108
Tabela 14. Distribuição dos participantes dos grupos nas fórmulas vivenciais e na fórmula da angústia do Rorschach. 109
Tabela 15. Distribuição dos participantes dos grupos e sua comparação estatística na primeira e na segunda fórmula da afetiva do Rorschach
Tabela 16. Resultados médios e comparação estatística dos grupos na terceira fórmula afetiva, fórmula da angústia e banalidades do Rorschach.

Tabela 17. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função das cores do Teste de Pfister. 115
Tabela 18. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função das síndromes cromáticas no Teste de Pfister. 117
Tabela 19. Distribuição dos participantes e sua comparação estatísica em função do padrão normativo nascores do Teste de Pfister
Tabela 20. Distribuição dos participantes e sua comparação estatísica em função do padrão normativo nas síndromes cromáticas do Teste de Pfister
Tabela 21. Resultados médios e comparação estatística dos grupos na Fórmula Cromática do Teste de Pfister. 122
Tabela 22. Distribuição dos participantes e sua comparação estatísica em relação à amplitude, variabilidade e desvio da Fórmula Cromática do Teste de Pfister
Tabela 23 . Distribuição dos participantes e sua comparação estatísica em relação ao processo de execução, modo decoloração e aspecto formal no Teste de Pfister125
Tabela 24. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliados em função da faixa etária dosparticipantes
Tabela 25. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliados em função do sexo dos participantes
Tabela 26. Distribuição dos modos de coloração no Pfister e sua comparação estatística em função do sexo. 130
Tabela 27. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliados em função da faixa etária dos participantes do grupo clínico
Tabela 28. Distribuição dos tipos de formação no Pfister e sua comparação estatísica em função da faixa etária do grupo clínico.
Tabela 29 . Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função do sexo dos participantes do grupo clínico
Tabela 30. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função do tempo de diagnóstico oncológico nos participantes do grupo clínico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Número de artigos selecionados na presente revisão da literatura científica, em função de sua década de publicação	
Figura 2. Percurso amostral do grupo clínico.	65
Figura 3. Percurso amostral do grupo de comparação	69
Figura 4. Distribuição dos participantes em função da classificação econômica	74
Figura 5. Tempo entre o diagnóstico e a realização da avaliação psicológica, em meses, nos participantes do Grupo Clínico	
Figura 6. Distribuição dos participantes em relação aos níveis de percepção de suporte familiar	
Figura 7. Distribuição dos participantes a partir da classificação no SQD.	98
Figura 8. Distribuição de frequência das escolhas cromáticas dos grupos no Pfister 1	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.1. Desenvolvimento humano na perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvim	
seus principais conceitos	
1.2. Adoecimento Oncológico	
1.3. O processo adaptativo na Oncologia Pediátrica	29
2. OBJETIVOS	59
2.1. Objetivo Geral	59
2.2. Objetivos Específicos	59
3. MÉTODO	61
3.1. Delineamento do estudo	61
3.2. Participantes	62
3.2.1. Grupo Clínico (G1, n=20)	63
3.2.2. Grupo de Comparação (G2, n = 20)	66
3.2.3. Características gerais das crianças e adolescentes avaliados	69
3.2.4. Características específicas das crianças e adolescentes do Grupo Clínico	75
3.3. Materiais	77
3.3.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	77
3.3.2. Termo de Assentimento (TA)	78
3.3.3. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	78
3.3.4. Teste das Matrizes Progressivas de Raven	78
3.3.5. Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)	80
3.3.6. Inventário da Percepção de Suporte Familiar (IPSF)	81
3.3.7. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	82
3.3.8. Psicodiagnóstico de Rorschach	83
3.3.9. Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister	84
3.4. Procedimentos	86
3.4.1. Aspectos Éticos	86
3.4.2. Coleta de dados	87
3.4.2.1. Grupo Clínico (G1, n=20)	87
3.4.2.2 Grupo de Comparação (G2. n=20)	88

3.4.2.3. Aplicação dos instrumentos em ambos os grupos	89
3.4.3. Análise dos Resultados	90
4. RESULTADOS	93
4.1. RAF - Recursos do Ambiente Familiar	93
4.2. IPSF - Inventário de Percepção do Suporte Familiar	95
4.3. SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades	97
4.4. Método de Rorschach.	99
4.5. Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister	114
4.6. Análises do efeito do sexo, da idade e do tempo de diagnóstico do câncer	127
5. DISCUSSÃO	137
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
7. REFERÊNCIAS	157
8. APÊNDICES E ANEXOS	165

1. INTRODUÇÃO

1.1. Desenvolvimento humano na perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento e seus principais conceitos

0 desenvolvimento caracteriza-se humano como complexo processo, multidimensional e multidirecional, permeado por contínuas mudanças, onde variáveis como maturação biológica, meio ambiente, demandas culturais e diferenças individuais interagem entre si, produzindo fatores protetores ou vulnerabilidades. Na literatura científica a respeito do desenvolvimento, a infância e a adolescência são apontadas como períodos sensíveis e decisivos para a formação e cristalização da personalidade do indivíduo, posto que os registros das experiências vivenciadas nestas etapas da vida influenciam fortemente o processo de desenvolvimento psicossocial. Dentre as múltiplas variáveis envolvidas no desenvolvimento humano, os traços de personalidade configuram uma tendência, relativamente estável, no modo de pensar, perceber e relacionar-se com o mundo e consigo próprio, exercendo relevante papel nesse processo (Papalia, Olds & Feldman, 2006; Bee, 1996).

Diante da diversidade de abordagens teóricas possíveis para se compreender o desenvolvimento humano, a proposta da "Psicopatologia do Desenvolvimento" possui destaque na literatura científica da área. Segundo Bee (1996), trata-se de abordagem teórica e empírica que se ocupa dos desvios desenvolvimentais e de suas possíveis causas, avaliando fatores e experiências que influenciam a trajetória do desenvolvimento de forma positiva e negativa. Nesta perspectiva, a diferenciação entre individualidades no curso do desenvolvimento e eventuais problemas de adaptação torna-se essencial. Isso permite auxiliar as crianças e seus familiares na superação de possíveis dificuldades, oferecendo condições

para o pleno desenvolvimento das capacidades, dentro das respectivas individualidades de cada ser humano (Bee, 1996). Segundo as considerações de Dumas (2011), com base nessa perspectiva teórica, o desenvolvimento anormal ou patológico da criança ou adolescente poderia ser avaliado pelos seguintes critérios: (1) excesso ou insuficiência significativa de comportamentos esperados para a faixa etária; (2) infração às normas esperadas no contexto familiar, social ou cultural; (3) atraso ou defasagem que dificulte o desenvolvimento; (4) entrave ao funcionamento adaptativo, causando evidente e impactante sofrimento na vida da criança ou adolescente, afetando a dinâmica familiar como um todo. Em síntese, seriam investigados os pontos de fragilidade desenvolvimental (vulnerabilidade), bem como recursos e potenciais do indivíduo e de seu contexto de vida (resiliência) para favorecer o crescimento e a adaptação.

Desse modo, os conceitos de resiliência e vulnerabilidade são estudados, nesta concepção teórica, como capacidades ou vivências que alteram uma tendência desenvolvimental. Enquanto a resiliência se relaciona à condição de superação de circunstâncias contrárias ou de risco, a vulnerabilidade está associada a maior probabilidade de surgimento de psicopatologias significativas diante destas situações (Bee, 1996; Saur, 2012; Walsh, 2005).

A origem do conceito de resiliência foi associada à invencibilidade e à hipótese da existência de dois grupos de indivíduos: resilientes e não resilientes. Esta tese foi refutada em pesquisas posteriores, sendo que o construto resiliência é empregado atualmente como representativo de capacidade de enfrentamento e de adaptação do indivíduo a seu contexto, o que é variável de acordo com o estressor e com a própria pessoa (Pinheiro, 2004; Silva, Elsen, & Lacharité, 2003; Souza & Cerveny, 2006; Yunes, 2003). De acordo com Walsh (2005), a resiliência é processo ativo de resistência e reestruturação individual em resposta a uma crise, sendo relacionado, na literatura científica, a características de personalidade marcadas por

flexibilidade, boa inteligência, otimismo, boa capacidade de estabelecimento de vínculos significativos, além de positiva autoestima e autoeficácia. A autora aponta para a importância da rede de apoio familiar como recurso favorecedor de estratégias resilientes de adaptação ao contexto, sobretudo diante de dificuldades, desmistificando a hipótese da invulnerabilidade de alguns indivíduos ou da existência de capacidades adaptativas inatas ou biológicas.

O processo adaptativo, portanto, se dá entre o indivíduo e o ambiente, diante de determinados estressores. As estratégias utilizadas nesse contexto pressupõem percepção, interpretação e significação do fenômeno por quem o vivencia, mobilizando esforços para manejar as demandas externas e internas que se apresentam (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira; 1998). Uma forma de acesso às variáveis relacionadas ao processo adaptativo diante de estressores pode se dar por meio da avaliação psicológica, permitindo não apenas a identificação das dificuldades de cada indivíduo, mas também o exame de seus recursos, potenciais e capacidades, considerando suas condições pregressas e atuais, a partir da utilização de conjunto de procedimentos técnico-científicos, teoricamente fundamentados (Cruz, 2004; Pacheco, 2005).

Compreender a resiliência a partir de perspectiva desenvolvimental implica, portanto, no reconhecimento da influência de processos multideterminados ao longo do tempo que podem ser disparadores de crise e, consequentemente, de diferentes estratégias adaptativas em resposta. Para além das crises naturalmente processadas em cada faixa etária e etapa do desenvolvimento, os eventos que implicam em maiores prejuízos e sofrimento são os considerados não-normativos, ou seja, acontecimentos que não são esperados para determinados momentos da vida ou que não são socialmente compartilhados (Walsh, 2005).

Com base nessa concepção teórica, os fatores chamados protetores são recursos pessoais ou de suporte social que se contrapõem à vulnerabilidade, podendo atenuar o impacto de um evento adverso. Frente às dificuldades encontradas no decorrer do processo do

desenvolvimento, o indivíduo e seus familiares podem empregar diferentes estratégias adaptativas, preservando a condição necessária para o desenvolvimento saudável. A resiliência pode ser compreendida, desse modo, como a capacidade de manejar recursos pessoais e de apoio social, disponíveis naquele contexto e momento de vida, de modo a favorecer respostas aos fatores de risco e adaptação às exigências cotidianas (Bee, 1996).

O construto "fator de risco", por sua vez, passa a ser utilizado para descrever e auxiliar na compreensão da origem e desenvolvimento de transtornos psicopatológicos, sobretudo ao se pensar nas etapas da infância e da adolescência. Assim, de acordo com Haggerty, Sherrod, Gamezy e Rutter (2000), os fatores de risco ao desenvolvimento infantil podem ser classificados em fatores biológicos, cognitivos ou sensórios, culminando na condição de vulnerabilidade e implicando em estressores biológicos e psicossociais. Apesar do grande número de estudos acerca de fatores de risco para o desenvolvimento na infância e na adolescência (Maia & Williams, 2005; Saur, 2012; Sapienza & Pedromônico, 2005; Walsh, 2005; Yunes, 2003), não é possível prever os efeitos de uma grande incidência de fatores de risco. No entanto, sabe-se que a natureza dos fatores de risco tem maior influência no processo do desenvolvimento, em contraponto ao acúmulo destes fatores, o que, por si só, não determina a ocorrência de uma psicopatologia (Bee, 1996; Dumas, 2011). Com base nessas linhas gerais, pode-se pensar na questão do desenvolvimento diante do adoecer oncológico, refletindo sobre seu eventual impacto, como proposto no próximo tópico desse trabalho.

1.2. Adoecimento Oncológico

Dentre os fatores que oferecem risco considerável ao desenvolvimento no período da infância e adolescência, destaca-se o adoecimento físico do indivíduo como um evento crítico, devido a seu possível impacto no desenvolvimento psicossocial, prejudicando, no geral, a

capacidade de realização das tarefas esperadas para cada faixa etária. Uma doença grave impõe demandas físicas e psicológicas para a criança e/ou adolescente e sua família, resultando no aumento da vulnerabilidade do núcleo familiar como um todo. O adoecimento e a morte na velhice são fenômenos que, apesar de esperados, mobilizam temores, fantasias, angústias e sofrimento. Porém, quando a ameaça da terminalidade se apresenta na infância ou adolescência, esta vivência torna-se mais adversa, pelo seu caráter de evento não-normativo, ou seja, distinto das expectativas cronológicas ou sociais (Walsh, 2005).

O câncer é destacado como uma das doenças que acarreta importante risco ao desenvolvimento. Cientificamente denominado de neoplasia, o câncer ocorre quando há uma proliferação desordenada e anormal das células. O câncer infanto-juvenil corresponde ao grupo de doenças ocorridas no período da infância e/ou adolescência que têm em comum a alteração no ritmo do crescimento celular, podendo ocorrer em diferentes órgãos e tecidos do organismo (Camponero, 2008).

Apesar de ser considerado raro em comparação ao câncer na idade adulta, o câncer infantil representa a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos de todas as regiões do Brasil, correspondendo de 1% a 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. Apresenta características histopatológicas próprias, tendo, em sua maioria, curtos períodos de latência, maior agressividade e rápido crescimento, porém tende a uma melhor resposta ao tratamento (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2014).

Estimou-se para o Brasil, no ano de 2014, cerca de 11.840 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos. De acordo com os dados referentes ao ano de 2011, as neoplasias ocuparam a segunda posição de óbitos nesta faixa etária, perdendo somente para óbitos por causas externas e configurando-se, assim, como a doença que mais mata. Esta é uma tendência percebida em países mais desenvolvidos, na medida em que diminui a incidência de mortes decorrentes de doenças infecciosas conforme o investimento em cuidados de saúde básica (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2014).

No Brasil, é destacado o predomínio das Leucemias como as neoplasias mais frequentes, com maior incidência em crianças com idade de um a quatro anos, atingindo 31,6% do total de diagnósticos oncológicos realizados na infância e na adolescência. Nos Linfomas, a ocorrência é maior em adolescentes de 15 a 18 anos, atingindo aproximadamente 35,6% dos casos de câncer. Os tumores de sistema nervoso ocorrem principalmente em crianças menores de 15 anos, com um pico na idade de 10 anos, sendo o mais frequente tumor sólido na faixa etária pediátrica (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2008, 2014).

O complexo tratamento oncológico demanda longos períodos de acompanhamento médico, incluindo internações hospitalares periódicas, exposição recorrente a procedimentos médicos invasivos, com destaque para a quimioterapia e a radioterapia que, por sua vez, implicam em efeitos colaterais debilitantes para os pacientes. Estes são forçados a um processo de reorganização da dinâmica familiar, exigindo nova adaptação social da família como um todo, enquanto o casal parental vivencia períodos de elevados estresse psicológico, nos quais conflitos familiares tendem a se potencializar. Crianças e adolescentes podem ainda vivenciar eventos agudos de sofrimento, com possibilidade de sequelas neurológicas e até amputações (na evolução de alguns quadros da neoplasia), além de precisarem enfrentar o forte impacto da ameaça da morte (Landolt, Vollrath, Niggli, Gnehm & Sennhauser, 2006; Pai et al., 2007; Rodrigues & Polidori; 2012; Woodgate, 1999). Nesse contexto, as adversidades mobilizam a utilização de recursos adaptativos e podem culminar no desenvolvimento da resiliência, na medida em que, na busca pela qualidade de vida e pela cura do câncer, os pacientes e suas famílias se deparam com incertezas e temores referentes às perdas ocorridas no decorrer do tratamento (concretas ou simbólicas).

1.3. O processo adaptativo na Oncologia Pediátrica

Poucos são os trabalhos que investigam possíveis relações entre estratégias de adaptação ao câncer infanto-juvenil e características de personalidade. Trabalhos de revisão de literatura acerca da Psico-Oncologia apontam para as limitações e divergências metodológicas como os principais obstáculos a avanços na área, que tem como linha de destaque a Psiconeuroimunologia, ou Psicoimunologia. Nessa linha investigativa procura-se avaliar características de personalidade enquanto fatores de risco para o adoecimento (Dura & Ibañez, 2000; Levin & Kissane, 2006; McDonald, O'Connell, & Lutgendorf, 2013).

O artigo de revisão elaborado por McDonald, O'Connell e Lutgendorf (2013), acerca das principais produções e avanços na área da Psiconeuroimunologia, apresenta descobertas, mudanças em paradigmas e inovações metodológicas ocorridas entre 2003 e 2013, em relação à interação entre aspectos biológico-comportamentais e o câncer. Descrevem que as investigações iniciais da área focavam as modulações psicossociais na resposta imunológica e destacam a associação entre o risco genético para desenvolvimento de câncer e anormalidades na resposta endocrinológica ao estresse, bem como relações entre depressão, apoio social e atividade celular em pacientes com câncer. Trata-se de uma área, portanto, que examina possíveis influências de fatores psicossociais no surgimento e tratamento de doenças, principalmente neoplasias. Fatores de riscos biológico-comportamentais, como adversidades sociais, estresse crônico, depressão e isolamento social, poderiam estimular o funcionamento cerebral de tal forma que este, atuando como mediador junto ao sistema imunológico, influenciaria no surgimento de doenças. Estes fatores, portanto, são estudados como aspectos que comprometem a resposta do indivíduo ao adoecimento, implicando em aumento da morbidade e mortalidade (McDonald, O'Connell, & Lutgendorf, 2013).

Dura e Ibañez (2000) também apresentam, em seu trabalho de revisão da literatura científica, as principais áreas de pesquisa dentro da Psico-Oncologia, destacando três importantes linhas de investigação: a associação entre características de personalidade e desenvolvimento e/ou progressão do câncer; os programas de intervenção psicossocial dirigidos aos pacientes oncológicos; e os aspectos psicológicos implicados na prevenção do adoecimento. A Psico-Oncologia, de acordo com estes autores, teve seus primórdios associados à tentativa de compreensão psicodinâmica do câncer, buscando associar o tipo e local da neoplasia com o psiquismo e a personalidade do paciente. Os cuidados paliativos e a importância da informação na assistência emergiram com os avanços ocorridos na década de 1960 e, em seguida, com o aumento nos índices de curas, surgiram demandas relacionadas aos sobreviventes, como as repercussões que o tratamento gera em longo prazo, para além de marcas físicas.

Posteriormente, as estratégias de enfrentamento tornaram-se um dos principais tópicos de estudo da área. Os pesquisadores tentaram examinar quais estratégias de enfrentamento ou características da personalidade poderiam predizer melhor a reintegração social e a preservação da saúde mental após o término do tratamento. Neste sentido, a personalidade foi estudada a partir da influência que exerce na adaptação ao tratamento e no ajustamento psicológico dos sobreviventes, ao invés de um conjunto de características que predispõe ou protege frente ao adoecimento. Apenas nas décadas de 1970 e 1980 se iniciaram pesquisas sobre o papel do estresse e de fatores ambientais no surgimento das neoplasias, a partir da proposição de um mecanismo de atuação psíquico sobre o sistema imunológico. Estas pesquisas tornaram-se ponte para interlocuções com o conceito de qualidade de vida enquanto um aspecto a ser priorizado ao longo de todo o tratamento (Dura & Ibañez, 2000).

Em relação ao construto personalidade, Durá e Ibañez (2000) apontaram que ainda não há consenso a respeito de como características de personalidade influenciam no surgimento

ou no agravamento de neoplasias, o que associam à diversidade de parâmetros metodológicos e teóricos adotados pelos pesquisadores. Em seu artigo, destacaram a teorização de 'tipos de personalidade' que seriam mais propensos ao desenvolvimento de câncer. Entre esses, estariam características de desamparo/desesperança, reduzido suporte social, e reduzida expressão de afetos e emoções negativas como associadas ao adoecimento. Entretanto, os autores apontaram para a existência de controvérsias na literatura científica da área sobre o tema. Argumentaram, inclusive, acerca da labilidade emocional que os pacientes podem apresentar e a influência desta nos resultados dos estudos, reforçando importância de pesquisas empíricas que possam avaliar, com rigor e precisão, as implicações desses construtos teóricos no campo.

Levin e Kissane (2006) também desenvolveram uma revisão sistemática da literatura buscando mapear a produção cientifica da área até 2006, atentando para os principais aspectos que estão envolvidos no adoecimento oncológico. Em relação aos estilos de enfrentamento, a revisão conclui que não há associação entre as estratégias empregadas pelos pacientes e a sobrevivência, sugerindo a diminuição da chamada "tirania do pensamento positivo", que implica em cobranças da manutenção de otimismo, indiscriminadamente. A constatação de graves problemas metodológicos é novamente mencionada, limitando a interpretação dos resultados na revisão. Os autores ponderam que as mudanças em características da personalidade ou a vivência de eventos adversos não implicam em alterações biológicas e que, dessa forma, não há indícios suficientes que suportem a associação destas com o desencadeamento de doenças oncológicas. É valorizado, por outro lado, o suporte e acompanhamento psicológico como forma de promoção da qualidade de vida e de assistência aos pacientes diante de conflitos existenciais, temores, e sofrimento emocional advindo do adoecimento.

Um exemplo desse tipo de estudo foi realizado por De Clercq, De Fruyt, Koot e Benoit (2004), avaliando relações entre qualidade de vida e personalidade em sobreviventes de câncer infanto-juvenil. A amostra da pesquisa contava com 67 duplas de pais-crianças sobreviventes do adoecimento oncológico, e 81 duplas de pais-criança que não vivenciaram o câncer. Para avaliar a personalidade foi utilizado um inventário direcionado para crianças ("Hierarchical Personality Inventory for Children"), que avalia traços considerados dominantes na personalidade. Os pesquisadores conseguiram apresentar evidências empíricas consistentes e confirmadoras de que o nível de qualidade de vida sofre influência dos traços de personalidade, independente da experiência do adoecimento. Nesse sentido, fortalecem um caminho investigativo promissor, relativo à busca de conhecimentos sobre mecanismos individuais de resposta e de adaptação diante de fatores de risco ao desenvolvimento, como no caso de experiências de câncer na infância e na adolescência.

A partir dessas evidências e ponderações, considerou-se adequado realizar revisão sistemática da literatura científica, buscando mapear a produção científica existente acerca das estratégias adaptativas desenvolvidas por crianças e adolescentes frente ao adoecimento e tratamento oncológico. A revisão foi realizada em bases ou portais referentes à área da Saúde, ao campo de conhecimento da Psicologia, e em bases multidisciplinares, a saber:

- <u>BVS Biblioteca Virtual em Saúde</u>: Considerado como um Portal de Evidências, a BVS reúne, organiza e permite o acesso integrado a informações e conteúdo acerca de intervenções na área da Saúde. Na BVS, é possível acessar estudos disponíveis nas bases de dados: LILACS; IBECS; MEDLINE; COCHRANE; e SciELO.
- PsycINFO: Base de dados associada à American Psychological Association (APA), que reúne mais de 2.500 publicações de revistas no campo da Psicologia, abrangendo diversos temas nesta área de conhecimento.
- Scopus e WebOfScience: Bases de dados multidisciplinares, que oferecem acesso às pesquisas realizadas nos campos de Ciência, Tecnologia, Medicina, Ciências Sociais, Artes e Humanidades.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram selecionadas de modo a se obter o maior número possível de artigos. Compreendendo que as palavras e os descritores são utilizados de forma diferente em cada base de dados, e que os descritores não são necessariamente mais eficazes que as palavras-chave, foram realizados ensaios com palavras identificar e descritores differentes, buscando qual combinação termos/palavras/descritores resgataria a produção bibliográfica da área de forma mais completa. As palavras-chave e/ou descritores elencados deveriam se relacionar diretamente aos três aspectos presentes na questão da revisão: criança; câncer; recursos adaptativos. Os testes realizados para a definição da combinação de termos que seria utilizada para a revisão encontram-se exemplificados na Tabela 1, com a combinação final apresentada em sua última linha

Tabela 1. Ensaio de termos e palavras para determinar revisão na Web of Science.

Pesquisa de termos: Web of Science	Resultados
Cancer	2.068.362
Oncology	1.271.879
Neoplasm*	3.102.573
Cancer OR Oncology OR Neoplasm*	3.746.886
"Child Development"	44.140
"Psychological Adaptation"	1.277
Coping	142.519
"Psychological Adaptation" OR Coping	143.376
(Cancer OR Oncology OR Neoplasm*) AND ("Child Development") AND ("Psychological Adaptation" OR Coping)	16

Nota-se grande número de publicações em cada tema (adaptação/enfrentamento; desenvolvimento infantil; oncologia), porém pesquisas que unam estes três temas ainda são em pequeno número. Uma possível explicação para este quadro é que o tratamento oncológico, inicialmente, apresentava poucos índices de cura e sobrevida, sendo a maior parte das pesquisas voltadas ao desenvolvimento do tratamento medicamentoso. Com o avanço da Medicina, as chances de cura tornaram-se cada vez mais elevadas, e o número dos chamados 'sobreviventes' aumentou. Assim, foi possível identificar outras demandas, representadas nas consequências que o tratamento trazia para os pacientes, para além do nível orgânico, e nas dificuldades enfrentadas pelos sobreviventes.

Após a busca nas bases de dados, os procedimentos adotados na presente revisão da literatura científica seguiram a seguinte ordem: leitura dos títulos, leitura dos resumos, e leitura dos textos na íntegra. Neste processo foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, buscando selecionar os artigos que estivessem de acordo com a pergunta elaborada no presente trabalho.

- <u>Critérios de inclusão</u>: Artigo científico que, direta ou indiretamente, abordou o processo adaptativo de crianças e/ou adolescentes frente ao câncer, compreendendo os mesmos enquanto ativos diante do fenômeno que vivenciam. Optou-se por incluir artigos de revisão da literatura buscando o melhor mapeamento da produção do campo.
- <u>Critérios de exclusão</u>: Artigo científico que se refere exclusivamente ao processo adaptativo de outrem (que não a criança/adolescente) ou que não aborda esse processo diante de neoplasias em crianças e adolescentes, independentemente de realização de avaliação com familiares ou com os próprios pacientes. Optou-se por não incluir a data como critério de exclusão, devido ao número reduzido de artigos encontrados.

A partir dos procedimentos descritos, foi possível encontrar 111 publicações, sendo 35 advindas da *BVS*, 33 do *PsycINFO*, 16 da *Web of Science* e 27 do *Scopus*. Excluindo as 17 duplicatas identificadas, o total obtido foi de 94 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionados 37 e excluídos 57 outros trabalhos do conjunto inicialmente identificado. Os artigos excluídos não abordavam o processo adaptativo da

criança/adolescente (reações de crianças frente adoecimento de outrem, processo adaptativo da família, terapia de casal, divórcio, sequelas do processo de adoecimento) ou não configuravam artigo científico (livros, notas, dissertações, erratas).

Foi possível obter acesso ao texto na íntegra em 31 artigos, dentre os 37 selecionados, mesmo após inúmeras estratégias de busca aos originais. Desta forma, as análises basearam-se em 31 artigos, sendo um destes obtidos pelo contato pessoal com o autor (Fritz & Williams, 1988). As publicações destes 31 artigos analisados variavam de 1979 a 2016, como mostra a Figura 1.

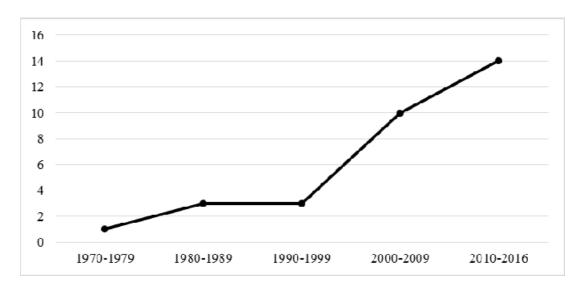


Figura 1. Número de artigos selecionados na presente revisão da literatura científica, em função de sua década de publicação.

A disposição quantitativa das publicações nos primeiros anos foi relativamente estável, sendo o padrão um ou nenhum artigo por ano. Porém, verificou-se aumento exponencial dos artigos selecionados ao longo das décadas, sendo que 64,5% das publicações (n=20) concentram-se nos últimos 10 anos, entre 2006 e 2016. Esta constatação reflete o crescimento da área, que tem sido explorada em maior intensidade e diversidade. Houve maior número de artigos publicados em 2008 e 2014 (quatro artigos por ano).

Apesar desta relativa estabilidade no número de publicações, seguido pelo crescimento nos últimos anos, foi possível avaliar a presença de mudanças em relação ao conteúdo e propostas dos estudos. Nos artigos mais antigos, percebeu-se esforço em caracterizar, de forma descritiva e global, a experiência das crianças e adolescentes diante do adoecimento, iniciando a delimitar problemas, dificuldades e vivências que apresentam importante mobilização emocional nos pacientes e em suas famílias, mapeando o campo. Aos poucos os artigos caminharam, em sua maioria, para objetivos mais focais, passando a investigar aspectos específicos do adoecimento, intervenções e estratégias de enfrentamento dos pacientes diante do câncer.

Em relação ao local e idioma de publicação, verificou-se que, apesar de inexistir aqui filtro dos artigos a partir do idioma, apenas três artigos encontrados não estavam redigidos em inglês, sendo dois em português e um em espanhol. Os países nos quais os trabalhos foram publicados não coincidiram, necessariamente, com os países nos quais os estudos foram desenvolvidos, com predomínio de publicações em periódicos norte-americanos ou revistas eletrônicas (em língua inglesa). Os artigos avaliados apresentaram objetivos diversos, sendo que nem todos tinham como proposta principal investigar ou revisar questões referentes processo adaptativo de crianças e adolescentes com câncer. Esses trabalhos, no entanto, destacavam a necessidade de exame desse complexo tema em termos de investigação científica.

A seguir, os artigos identificados serão apresentados de acordo com sua proposição principal, buscando compreender, a partir do foco estabelecido pelos autores, evidências empíricas e teóricas acerca do enfrentamento e de recursos adaptativos empregados por crianças e dos adolescentes que vivenciam o adoecimento oncológico. A distribuição dos artigos identificados na atual revisão da literatura científica (n=31) em função de seu tema principal está apresentada na Tabela 2. É importante ressaltar que um trabalho classificado em

determinada categoria pode, ao mesmo tempo, abordar questões relacionadas a outros temas, ainda que não seja seu foco do estudo.

Tabela 2. Distribuição dos estudos identificados na revisão da literatura científica em função do foco temático e ano de publicação.

Tema estudado	Ano	Autores			
1 Cilia Cstudado	1979	Geist			
	1986	Koocher			
	1986	Van Dongen-Melman e Sanders-Woudstra			
Dificuldades	1988	Fritz e Williams			
Vivenciadas	1989	Baum e Baum			
VIVCIICIAGAS	1998	Eiser			
	2008	Askins e Moore			
	2014	Phipp et al.			
	2014	i nipp ct ai.			
	1996	Banner, Mackie e Hill			
Dinâmica	2002	Giammona e Malek			
Familiar	2008	Sanjari, Heidari, Shirazi e Salemi			
	2010	Wolfe-Christensenet et al.			
	2001	Ishibashi			
	2004	Motta e Enumo			
	2008	Robb et al.			
Intervenções	2008	Silva, Cabral e Christoffel.			
Focais	2009	Fan e Eiser			
	2013	Castellano et al.			
	2013	Lam, Cohen e Roter			
	2014	Götte, Taraks e Boos			
	2005	Gil			
	2006	Decker			
	2011	Engvall, Cernvall, Larsson, Von Essen e Mattsson			
	2011	Li, Chung, Ho, Chiu e Lopez			
Processo	2012	Last e Grootenhuis			
Adaptativo /	2012	Turner-Sack, Menna e Setchell			
Enfrentamento	2014	Harper et al.			
	2014	Janse et al.			
	2014	Rosenberg, Yi-Frazier, Wharton, Gordon e Jones			
	2015	Castellano-Tejedor			
	2015	Cho e Park			

Dificuldades vivenciadas pelas crianças e adolescentes diante do câncer

Dentre o total de 31 trabalhos integralmente recuperados nesse levantamento da literatura científica, oito artigos investigaram dificuldades vivenciadas pelas crianças e adolescentes com câncer em decorrência do tratamento (Askins & Moore, 2008; Baum & Baum, 1989; Eiser, 1998; Fritz & Williams, 1988; Geist, 1979; Koocher, 1986; Phipps, Klosky, Long, Hudson, & Huang, 2014; Van Dongen-Melman & Sanders-Woudstra, 1986).

Seis artigos consistiam em revisão acerca do tema, quer seja revisão sistemática de literatura, ou reflexões e apontamentos decorrentes da experiência em serviços especializados de oncologia pediátrica (Askins & Moore, 2008; Baum & Baum, 1989; Eiser, 1998; Geist, 1979; Koocher, 1986; Van Dongen-Melman & Sanders-Woudstra, 1986). De forma breve, serão descritos os principais achados desses trabalhos, seguindo-se sua ordem cronológica de publicação.

Há mais de três décadas, Geist (1979) discorreu sobre as intervenções psicológicas com crianças e adolescentes em tratamento para doenças crônicas, relatando a experiência como um psicólogo no campo da Psico-Oncologia pediátrica. O autor aponta os lutos vivenciados pela criança com câncer, bem como seus medos, preocupações, raivas, frustrações. A partir disso, oferece possibilidades de intervenção psicológica com esses pacientes, favorecendo a adaptação e a elaboração do luto pelas diversas perdas vivenciadas por meio da ressignificação e integração de um novo senso de identidade que emerge diante das transformações ocorridas. É ressaltada a importância de tolerar e conviver com a agressão e a agressividade no contexto da Psico-Oncologia pediátrica, na medida em que os pacientes podem desenvolver fantasias autodestrutivas na tentativa de proteger seus familiares, o que estaria relacionado intimamente com o surgimento de sintomas depressivos. Por outro lado, o autor argumenta que as dificuldades vivenciadas pelos pacientes promovem precoce amadurecimento, inclusive como tentativa de controle do ambiente e de seus próprios impulsos destrutivos.

Van Dongen-Melman e Sanders-Woudstra (1986) associam as vivências das crianças e adolescentes com câncer ao caráter ameaçador da vida que essa doença carrega, bem como às características de seu tratamento, como a realização frequente de procedimentos invasivos, recorrentes hospitalizações, mudanças corporais e dificuldades no retorno à escola. Os autores ressaltam a importância do significado que é atribuído ao adoecimento enquanto elemento que fortemente influencia vivências de separação-perda ou controle-competência. Neste sentido, destacam a negação enquanto mecanismo de defesa que favorece a adaptação ao tratamento, auxiliando a preservar perspectivas futuras e rotinas diárias saudáveis. Referem ainda que a maioria das famílias desses pacientes mantém seu funcionamento preservado, o que não significa ausência de dificuldades ou problemas emocionais, na medida em que estes não são sempre observáveis.

Koocher (1986) realiza revisão da literatura científica da área e descreve cinco principais aspectos psicológicos que merecem atenção do decorrer do adoecimento e tratamento oncológico: a) ruptura com o desenvolvimento normal ou esperado; b) realização de procedimentos médicos dolorosos; c) controle de efeitos colaterais da quimioterapia; d) problemas familiares; recusa do tratamento; e) incertezas quando ao futuro. Frente a estes aspectos, o autor apresenta possibilidades de intervenção profissional que amenizem o impacto da mobilização emocional gerada diante do sofrimento dos pacientes. Destaca a influência dos estilos adaptativos dos pais sobre a resposta do paciente ao tratamento de câncer. Desse modo, identificou que a recusa ao tratamento ocorreu em pacientes com traços de severa ansiedade, em contraponto a casos com sinais de estado ansioso. Segundo os achados desse autor, para se distanciarem de situações ameaçadoras ou aversivas, estes pacientes tendem a localizar o controle da vida a algo externo, como sorte, destino ou Deus, podendo ocorrer até o desengajamento do tratamento.

Ao focalizar possíveis problemas vivenciados por sobreviventes do câncer infantil, Fritz e Williams (1988) avaliaram 41 adolescentes que vivenciaram o tratamento oncológico quando crianças. Usaram uma escala avaliativa de sintomas depressivos (*Children's Depression Rating Scale*) e outra escala voltada ao exame do autoconceito (*Piers-Harris Self Concept Scale*), além da realização de entrevistas com os adolescentes e seus pais, separadamente. Os autores constataram que os participantes apresentavam indícios de preservação de seus recursos e de adequada adaptação psicológica, integrando a vivência do adoecimento em suas vidas sem maiores prejuízos desenvolvimentais. As principais dificuldades que os sobreviventes encontravam foram associadas à ocorrência de recidivas. Foram verificadas alterações no que concerne à percepção de vigor e capacidade física, oscilando entre a sensação de vulnerabilidade ou fragilidade, até ao senso de invencibilidade, o que poderia levar os participantes a desenvolverem comportamentos de risco. Além disso, os resultados do estudo apontam que a maior parte dos participantes mostrou resguardo, receio e desconforto frente a relacionamentos amorosos, o que os autores associam à evitação do confronto com a possibilidade de esterilidade.

Ao mapear os principais desafíos vivenciados por crianças e adolescentes em tratamento oncológico, Baum e Baum (1989) buscaram diferenciar as dificuldades em função do estágio desenvolvimental no qual o paciente se encontra. Em pré-escolares, verificaram a ansiedade de separação ou medo de abandono, que podem ser potencializados quando a família precisa mudar de cidade para realizar o tratamento e, assim, distancia-se da rede de apoio social até então conhecida. Como resposta à mobilização emocional, identificaram sinais de isolamento, tristeza, agitação ansiosa, pânico diante procedimentos, comportamento negativo e descargas emocionais. Já no período de latência, os pacientes sofrem em decorrência da perda da autonomia e do senso de controle, com prejuízo na autoimagem e autoconceito. Tais aspectos podem gerar oposição, recusa a engajar-se em atividades,

passividade, receio de contato social pelo prejuízo na autoestima, e comportamento regredido diante de estresse. Por fim, em adolescentes, são destacados fatores associados à análise comparativa com pares, preocupação com aparência e aceitação social, ou seja, questões identitárias. Nesta faixa etária, os autores apontam como vivências frequentes: sensação de vulnerabilidade, prejuízo na autoimagem, isolamento, depressão, desesperança e recusa a aceitar ajuda ou tratamento. Diante deste quadro geral, as ações profissionais dirigidas ao atendimento das necessidades dos pacientes deveriam: a) considerar seu estágio desenvolvimental; b) conquistar a confiança e estabelecer vínculo; c) reconhecer os recursos adaptativos pessoais disponíveis; d) falar a verdade; e) estimular o envolvimento ativo da criança no tratamento.

Eiser (1998) procurou sistematizar informação a respeito dos efeitos tardios do câncer na infância e adolescência. Identificou consequências psicológicas de caráter desfavorável ao desenvolvimento, destacando problemas no funcionamento cognitivo (associados a efeito de medicações e procedimentos médicos, além das ausências escolares), no funcionamento neurológico (radioterapia com efeito prejudicial no amadurecimento do sistema nervoso central) e no funcionamento social (presença do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em sobreviventes). Entretanto, a autora questiona se a constatação dos chamados "problemas de ajustamento" decorrem, de fato, de dificuldades, ou se estes advêm de um processo de ressignificação da vida, em consequência do adoecimento e tratamento. Esse processo implica na reorganização de prioridades na vida e pode refletir em indicadores dissonantes em relação ao esperado na população em geral quanto a relacionamentos interpessoais e carreira.

Ao pensar em processos de acompanhamento profissional dos casos de câncer infantojuvenil, Askins e Moore (2008) descrevem um serviço de oncologia pediátrica que existe há 50 anos, e apresentam os desafíos vivenciados pelas crianças e adolescentes em tratamento. Citam possibilidades de intervenção da equipe de saúde diante das demandas dos casos, como

a oferta de informações, estímulos artísticos, suporte na reinserção escolar, orientação vocacional, dentre outras. A diversidade de ferramentas e estratégias que os profissionais empregam, na percepção dos autores, responde à complexidade inerente ao tratamento e ao adoecimento. Destacam que o tratamento oncológico acaba se associando a ausência escolar, distanciamento de familiares, problemas com imagem corporal, e sensação de vulnerabilidade, o que pode afetar negativamente o ajustamento psicológico. Para além do papel de assistência oferecido pelos profissionais da equipe de cuidado, os autores ressaltam também a forte relação entre o bem-estar psicológico dos pais e o desenvolvimento de adequadas estratégias de adaptação da criança ao câncer e a seu tratamento.

Phipps et al. (2014) realizaram estudo empírico para examinar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças com câncer, comparando com pares saudáveis. Avaliaram 255 crianças com câncer (estratificadas de acordo com o tempo de diagnóstico) e 101 pares, usando entrevistas semiestruturadas com as crianças e o relato dos pais, além de escalas específicas investigar Transtorno Estresse Pós-Traumático para de (dificuldades/crescimento) e desenvolvimento psicológico. Os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, constatando reduzidos níveis de estresse pós-traumático. Assim, os autores indicaram a possibilidades de manutenção do ajuste psicológico em crianças com câncer, sem maiores rupturas desenvolvimentais, ao contrário do apontado pela literatura.

Na tentativa de explanar seus achados frente ao conhecimento acumulado na área, Phipps et al. (2014) questionam a presença de vieses metodológicos nas pesquisas desenvolvidas até o momento. Nesse sentido apontam, por exemplo, que muitos estudos investigam o impacto do adoecimento apenas com questões diretas sobre esse tópico com os pacientes ou sobreviventes, o que poderia gerar supervalorização de aspectos traumáticos associados a doença e tratamento. Desta maneira, a adoção de métodos de coleta de dados que

ampliem o repertório de conteúdos avaliados com os participantes (não apenas o adoecimento), considerando aspectos de saúde mental, poderia lançar luz à resiliência, crescimento e recursos adaptativos disponíveis ou potencializados pela vivência do câncer e seu tratamento. Esses elementos não são aspectos explicitamente referidos pelas crianças e adolescentes, porém talvez por falhas no processo de coleta de dados, sugerindo fortemente revisão e ampliação metodológica nas pesquisas desse campo.

Esse conjunto de artigos indicou, de forma geral, que crianças e adolescentes em tratamento oncológico vivenciam situações e emoções que suscitam intensa mobilização, demandando o desenvolvimento de estratégias adaptativas e a assistência da equipe e da família. As principais dificuldades identificadas relacionaram-se a: luto pelas perdas (não se limitando à morte), raiva, procedimentos invasivos, dolorosos e recorrentes, preocupação consigo e com cuidadores, percepção de vulnerabilidade, frustração, sensação de perda de controle, mudanças na imagem corporal, isolamento, ausências na escola, restrições de atividades físicas e de lazer/atividades cotidianas realizadas anteriormente ao adoecimento.

<u>Dinâmica Familiar</u>

Quatro artigos dentre o conjunto de trabalhos aqui considerados tinham como objetivo avaliar a família de crianças e adolescentes com câncer, a saber: Banner, Mackie e Hill (1996); Giammona e Malek (2002); Sanjari, Heidari, Shirazi e Salemi (2008); Wolfe-Christensen et al. (2010). Os dois primeiros realizaram revisão da literatura científica, investigando as demandas familiares que surgem no período de transição entre adolescência e a fase adulta de sobreviventes do câncer infanto-juvenil (Banner et al., 1996), e formas como as crianças de cada idade vivenciam o adoecimento, bem como as principais dificuldades ou recursos encontrados, e a influência da família em cada situação (Giammona & Malek, 2002). Esses trabalhos apontaram que a família se configura como mediadora do desenvolvimento do paciente, podendo ser considerada como contexto de risco (caso não seja possível readaptar-se às novas demandas que emergem durante ou após o tratamento, restringindo a autonomia da criança ou do adolescente) ou como via de fortalecimento (possibilidade de momentos de maior concentração na unidade familiar e de investimento conjunto na adaptação ao ambiente externo). Dessa forma, a flexibilidade da família para se adaptar às novas configurações e demandas impostas pelo tratamento é assinalada como variável claramente associada a desfechos positivos em sobreviventes. Destacaram ser necessário realizar futuras pesquisas para melhor compreender a relação entre estes aspectos. Além disso, Giammona e Malek (2002) enfatizam a importância do apoio social e familiar ao cuidador da criança ou adolescente em tratamento enquanto um fator promotor da positiva adaptação dos envolvidos, apesar da efetividade deste recurso depender da possibilidade do cuidador aceitar o suporte ofertado por seus familiares ou por rede social.

O estilo de enfrentamento do câncer adotado por pais e seus filhos em tratamento médico foi examinado por Sanjari et al. (2008), avaliando possíveis influências parentais sobre o desenvolvimento infantil. Foram avaliadas 120 duplas de pacientes (11 a 18 anos) e seus pais, por meio de instrumento de avaliação de estratégias de enfrentamento (*Coping Strategies Inventory*). De forma geral, verificou-se que os pacientes e seus pais tendem a utilizar, em maior frequência, estratégias de enfrentamento baseadas no engajamento, buscando ativamente desenvolver esforços de adaptação. Entretanto, quando foram comparados os participantes mais novos (11 a 14 anos) com os mais velhos (15 a 18 anos), constatou-se diferença estatisticamente significativa em relação à utilização da estratégia de enfrentamento de desengajamento "pensamento positivo" (*wishful thinking*), sendo esta mais comum nos pacientes mais novos. Os estilos de enfrentamento das crianças e adolescentes mostraram-se dependentes do estilo adaptativo utilizado por seus pais. As estratégias de engajamento dos pais com os problemas exerceram maior efeito quando os pacientes eram

mais novos, enquanto as estratégias que os pais utilizavam visando o distanciamento da adversidade influenciaram em maior intensidade os pacientes mais velhos.

Ao investigar a família enquanto fator de risco ou de proteção para adaptação de crianças ao contexto do câncer, Wolfe-Christensen et al. (2010) avaliaram 36 mães que tinham filhos em tratamento oncológico. Foram investigadas relações entre a percepção que os pais tinham do estresse que vivenciavam (PSI-Short Form), o cuidado que lhes era demandado (The Care of My Child With Cancer Scale) e o ajustamento psicológico da criança ou do adolescente criança (Behavior Assessment System for Children-Second Edition e Social Skills Rating System), avaliado por escala que mensura presença de problemas internalizantes, externalizantes e comportamentos pró-sociais Os autores concluíram que as crianças apresentavam melhor ajustamento psicológico em situações onde havia alta demanda pelos cuidadores e baixo nível de estresse destes. Os achados apontaram que mães que intensamente se envolvem no cuidado de seu filho, mas que não se sentem sobrecarregadas pela situação, favorecem melhor ajustamento e funcionamento emocional para a criança. Além disso, o estudo alerta que a reorganização familiar diante do câncer deve ser flexível o bastante para permitir que o paciente mantenha sua busca por autonomia, preservando seu desenvolvimento e a readaptação posterior ao adoecimento.

Assim, nota-se que os trabalhos encontrados convergem na afirmação da influência dos pais enquanto cuidadores, bem como de seu estilo pessoal de adaptação ao contexto do câncer, podendo favorecer (ou não) o desenvolvimento emocional das crianças frente ao adoecimento. Constatada a importância da dinâmica familiar no enfrentamento do câncer pela criança e compreendendo que o adoecimento exige uma reorganização familiar, percebe-se a importância de incluir os pais ou cuidadores na rede de assistência profissional, fortalecendoos em seus respectivos papéis como meio de favorecer a recuperação infantil. Vale ressaltar que, neste sentido, a assistência à família não se deve apenas à constatação da real e significativa mobilização emocional vivenciada pelos membros familiares diante do adoecimento, mas sim pela compreensão que contemplar a rede familiar na assistência é uma forma de assistir e de favorecer o cuidado oferecido ao próprio paciente, sendo esta uma intervenção de cuidado direcionada não apenas à família, mas também ao paciente.

Intervenções Focais

Oito artigos dentre os 31 aqui considerados apresentavam propostas de intervenção ou reflexão acerca de aspectos focais relacionados ao enfrentamento do câncer pela criança. Os trabalhos abordaram os seguimentos aspectos: importância da informação (Ishibashi, 2001), o brincar em situação de internação (Motta & Enumo, 2004; Silva, Cabral, & Christoffel, 2008), intervenções com estímulos musicais (Robb et al., 2008), influência da imagem corporal (Fan & Eiser, 2009), grupos focais com intervenções em blogs e criação de camisetas (Lam, Cohen, & Roter, 2013), práticas esportivas (Castellano et al., 2013; Götte, Taraks, & Boos, 2014). Esse conjunto de trabalhos divulgou a ideia de que o processo adaptativo pode ser compreendido de diversas formas, estimulado por diferentes intervenções, e influenciado por uma constelação de aspectos presentes na vida da criança.

Ao revisar a literatura científica acerca da importância da oferta de informação para crianças e adolescentes como estratégia promotora de adaptação, Ishibashi (2001) enfatizou que essa ferramenta ameniza medos dos pacientes frente a procedimentos invasivos e a incertezas ou fantasias quanto ao tratamento. Além disso, a desmistificação a respeito do câncer tende a favorecer a interação social e facilitar a reinserção escolar. De acordo com o autor, os profissionais de saúde deveriam oferecer informações proporcionais ao desejo e ao preparo do paciente em absorvê-las, adequando a comunicação para cada faixa etária e fazendo uso de analogias, imagens ou metáforas.

O brincar enquanto recurso lúdico favorecedor da adaptação infantil foi investigado tanto em situações de internações prolongadas (Motta & Enumo, 2004), quanto em contextos de acompanhamento ambulatorial (Silva, Cabral, & Christoffel, 2008). A permanência na enfermaria por tempo prolongado estaria associada a riscos no desenvolvimento associados a vivências de despersonalização, depressão, medo, angústia, falta de controle e vulnerabilidade. No tratamento ambulatorial as preocupações que interferem no desenvolvimento infantil pareceram vinculadas ao processo de desospitalização da criança. Os autores destacam que as interações estabelecidas no brincar representam importante função no desenvolvimento dos recursos potenciais das crianças e adolescentes, sendo constatada manutenção do pensamento abstrato e do caráter exploratório na criação dos cenários lúdicos possíveis (Silva, Cabral, & Christoffel, 2008). Além disso, Motta e Enumo (2004) indicam que a atividade lúdica, utilizada tanto como recurso terapêutico, quanto como distração, promove o positivo desenvolvimento por permitir a aproximação da criança de sua realidade prévia ao adoecimento, preservando a sensação de continuidade, de possibilidade de alteração do ambiente, e auxiliando na busca por informações e na compreensão do tratamento.

Robb et al. (2008), neste mesmo sentido, investigaram a relação entre o estímulo musical estruturado e a condição adaptativa da criança ao câncer e ao seu tratamento. Realizaram estudo experimental, com três grupos submetidos a diferentes intervenções com música/som: a primeira envolveu direta interação com música e estímulo humano; a segunda, apenas com a música; e a terceira com áudio livros. A avaliação se deu por meio de filmagens e identificação de expressões faciais denotando afeto, engajamento ativo no ambiente, e iniciativa. Os resultados mostraram maior frequência de expressões de afeto, engajamento e iniciativa da criança após a intervenção, principalmente no primeiro grupo, no qual era realizada a intervenção com a música somada ao estímulo humano. Segundo os autores, os estressores vivenciados por estas crianças devem-se, de forma geral, à percepção de perda de autonomia, à inserção em ambientes caóticos e à negligência. Assim, o estímulo musical estruturado e mediado por outrem esteve associado com adequada adaptação ao contexto do câncer e seu tratamento, promovendo um ambiente estruturado à criança, que lhe permite exercer a sua autonomia amparada por cuidadores (familiares e equipe).

Dentre os artigos que avaliaram componentes que podem influenciar nas estratégias adaptativas dos pacientes, está a revisão da literatura conduzida por Fan e Eiser (2009), a respeito da imagem corporal. Os autores se referem ao ajustamento psicológico e a relação deste com a imagem corporal que os pacientes detêm de si. Foram avaliados 32 artigos, constatando que a percepção negativa da imagem corporal estava relacionada com submissão ao Transplante de Medula Óssea, quimioterapia, recaídas, hospitalização prolongada, efeitos colaterais do tratamento, sequelas físicas e mudanças na aparência. A preservação da imagem corporal estava associada aos sobreviventes de leucemia (em contraponto a sobreviventes de tumores sólidos) e à melhora no tratamento. O acompanhamento psicológico durante todo o tratamento seria importante para favorecer a elaboração e significação das transformações corporais, visando promover a percepção positiva (ou ao menos integrada) da imagem corporal.

Lam, Cohen e Roter (2013) investigaram, em adolescentes com câncer, o engajamento e a autopercepção sobre suas necessidades adaptativas. Os adolescentes participavam de grupos focais, eram convidados a criarem um blog (privativo) e tinham a oportunidade de customizarem uma camiseta como formas expressivas. As principais demandas identificadas nos participantes foram relacionadas a: (i) inclusão social e física; (ii) percepções sociais; (iii) consequências físicas do tratamento / estética e funcional; (iv) necessidades na comunicação relacionada à saúde e ao tratamento. Os autores destacaram a inovação metodológica enquanto interessante oportunidade e recurso mediador para os adolescentes posicionaram-se de forma mais ativa diante do tratamento e de suas necessidades.

Os efeitos da prática de esportes no processo adaptativo de crianças e adolescentes com câncer foi tema dos estudos de Castellano et al. (2013) e Götte et al. (2014). Ambos os estudos partiram do pressuposto de que a positiva adaptação dos indivíduos a ao contexto de tratamento do câncer é pautado por um senso de continuidade, normalidade, e manutenção da qualidade de vida. Castellano et al. (2013) avaliaram 42 sobreviventes do câncer infantojuvenil, todos entre 12 e 19 anos, com mais de um ano de remissão da doença, investigando qualidade de vida (Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition), estratégias de enfrentamento (Adolescent Coping Scale), e exercício físico (adaptação do Sample Physical Activity Questionnaire to Determine State of Change). Os resultados indicaram que exercício físico e enfrentamento classificado como produtivo estavam associados com maior qualidade de vida, enquanto o enfrentamento considerado não produtivo (pensamento positivo, preocupar-se, isolar-se, reduzir a tensão) foi associado a índices mais baixos em qualidade de vida.

Por sua vez, Götte et al. (2014) realizam revisão da literatura científica sobre o tema oncologia pediátrica e esportes. Constataram que, especialmente para tumores ósseos, ocorria a interrupção de atividades físicas nos pacientes. No entanto, estas atividades são, em sua maioria, consideradas parâmetros para a vida saudável, associadas ao brincar, ir à escola, entre outras tarefas típicas do desenvolvimento. Os achados derivados dessa revisão de literatura apontaram que o distanciamento de práticas esportivas relaciona-se a piora na qualidade de vida. Desta forma, torna-se importante avaliar o potencial de cada paciente e os riscos a que estaria exposto ao praticar atividades físicas. Desse modo seria possível propor atividades que respeitem as limitações das crianças, mas que as ajudem a enfrentar o adoecimento.

Este último grupo de artigos se ocupou de aspectos específicos vinculados a possibilidades de intervenção com crianças e adolescentes em situação de tratamento de câncer. Este conhecimento é particularmente valioso ao se considerar a diversidade de formas como cada criança/adolescente vivencia e busca resolver as exigências de seu tratamento. Assim, é importante que o profissional possa dispor de diversas estratégias para se aproximar e assistir estes pacientes, compreendendo o processo adaptativo como complexo e mediado por múltiplos fatores, exigindo apoio externo para sua efetivação.

■ *Enfrentamento*

Onze artigos dentre os 31 considerados na presente revisão da literatura científica trataram diretamente das estratégias de enfrentamento dos pacientes diante do adoecimento (Castellano-Tejedor, 2015; Cho & Park, 2015; Decker, 2006; Engvall, Cernvall, Larsson, von Essen, & Mattsson, 2011; Gil, 2005; Harper et. al, 2014; Janse et al., 2014; Last & Grootenhuis, 2012; Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011; Turner-Sack, Menna, & Setchell, 2012; Rosenberg, Yi-Frazier, Wharton, Gordon, & Jones, 2014). Buscar-se-á uma breve síntese de seus achados, de modo a visualizar indicadores relativos às estratégias de enfrentamento do câncer utilizadas por crianças e adolescentes.

Três trabalhos consistiam em revisões de literatura sobre o tema, sendo duas delas sistemáticas (Decker, 2006; Gil, 2005) e outro reuniu reflexões baseadas na literatura e na experiência dos pesquisadores, com exposição de casos clínicos (Last & Grootenhuis, 2012). Gil (2005) fez revisão da literatura científica, partindo da seleção de 11 artigos e focalizando a estratégia de enfrentamento denominada repressiva-defensiva, que é caracterizada como a inibição de estressores, mantendo possíveis fontes de angústia inconscientes. Verificou que os adolescentes que tinham alguma doença crônica e que utilizavam desta estratégia de enfrentamento reportavam menos ansiedade, depressão e raiva que a população em geral e em relação a indivíduos que utilizavam outras formas de enfrentamento. No entanto, o autor argumenta que ainda fica em aberto o quanto esta estratégia é benéfica ou prejudicial, visto

que, a depender de sua intensidade e período, poderia acarretar obstáculos no desenvolvimento da criança e do adolescente. Isto, pois, a partir da inibição do estressor, o processo de elaboração vivenciado pela criança ou adolescente não permite o enfrentamento da doença a partir de situações realísticas, podendo se tornar inadaptado.

Decker (2006), por sua vez, não delimitou uma estratégia de enfrentamento específica para sua revisão de literatura, oferecendo um panorama geral sobre os construtos relacionados ao termo coping e as principais lacunas da área, a partir da análise de 12 artigos. Sua conclusão apontou que adolescentes com câncer sinalizaram padrões de estratégias de enfrentamento que diferem de seus pares saudáveis, apesar de não ser possível ainda compreender como se dá esta diferenciação e quais aspectos podem influenciar neste processo. Além disso, problematizou fragilidades metodológicas em pesquisas desenvolvidas nessa área, visto que muitos achados derivam de amostras demasiadamente restritas, muitas vezes segmentadas por idade, gênero, ou tempo de diagnóstico, o que dificulta compreender o campo. Propõe estudos com amostras maiores e métodos detalhadamente descritos nos trabalhos, de forma que possam ser replicados em diversos centros investigativos.

Pautado em delineamento longitudinal sobre estratégias de enfrentamento do câncer, Engvall et al. (2011) desenvolveram estudo com 32 adolescentes, entre 13 a 19 anos, recorrendo a entrevistas semiestruturadas (por telefone) em dois momentos: quatro a oito semanas após o diagnóstico e, posteriormente, num período de dois a quatro anos após o diagnóstico. Os resultados indicaram que estratégias de enfrentamento baseadas na busca por informação logo após o diagnóstico estiveram relacionadas com visão positiva da vida quatro anos após o diagnóstico. A ausência de estratégias de enfrentamento ativas (fighting spirit) após o diagnóstico esteve associada com baixa autoestima e vínculos fragilizados após quatro anos. Os autores destacaram que, identificando formas de enfrentamento que se associam com desfechos positivos para os sobreviventes, é possível desenvolver intervenções que visem favorecer o manejo das dificuldades vivenciadas por cada criança ou adolescente em tratamento.

No mesmo ano foi possível identificar o estudo publicado por Li et al. (2011). Avaliaram crianças e adolescentes de nove a 16 anos, em tratamento de câncer, por meio de entrevista estruturada, visando comparar as estratégias de enfrentamento em pacientes de Hong Kong com crianças/adolescentes de outros contextos. Os resultados apontaram para a utilização mais frequente da estratégia de 'autocontrole' (foco nas emoções), ou seja, o esforço ativo para manter a calma e o controle quando diante de estressores. Esta estratégia, de acordo com os autores, difere das mais usadas no contexto ocidental, que são pautadas pela busca por apoio social (foco no problema). Os autores avaliaram que esta variação pode decorrer de diferenças culturais, ressaltando que em Hong Kong a filosofia do Confucionismo é muito difundida, fortalecendo a noção de fatalismo, ou seja, diante de uma ameaça, não há nada para se fazer, por isto, o foco seria direcionado ao controle das emoções.

Turner-Sack et al. (2012) realizaram pesquisa com 89 sobreviventes do câncer infantil, utilizando questionários e escalas enviados por correio para avaliar estresse psicológico (*Brief Symptom Inventory*), crescimento pós-traumático (*Posttraumatic Growth Inventory*) e enfrentamento (*COPE*). Identificaram que, quanto mais jovens eram os pacientes no momento do diagnóstico, menor seu nível de estresse psicológico. De acordo com os autores, os achados podem ser compreendidos como maior prejuízo decorrente da ausência escolar em períodos nos quais a interação com os pares é prioritária para o desenvolvimento, como é o caso de adolescentes. No geral, os resultados indicaram que os participantes capazes de integrar a vivência do adoecimento em suas vidas, controlando reações impulsivas, focando aspectos positivos e controlando pensamentos negativos, conseguiram indicadores de maior crescimento após o trauma do câncer.

Ao focalizar a relação entre emoções, enfrentamento e reações comportamentais de crianças com câncer e seus familiares, Last e Grootenhuis (2012) realizaram importante investigação que ilustrou a associação entre essas variáveis. Destacaram a necessidade de se investigar o significado atribuído pelos pacientes às suas vivências e à percepção que detêm acerca do contexto no qual se encontram. Estes aspectos seriam fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento específicas a suas reais necessidades e, portanto, também essenciais para o planejamento de intervenções multiprofissionais compatíveis com suas demandas.

Harper et al. (2014), por sua vez, examinaram características disposicionais (esforço de controle - EC; resiliência do ego - ER) e sua relevância para compreender como as crianças enfrentam doenças ameaçadoras da vida (n=103 famílias). Constataram que, quanto maior a ER, maior a qualidade de vida, e quanto maior o EC, menor a quantidade de problemas cognitivos que influenciam a qualidade de vida. Ou seja, para os autores, o temperamento e a personalidade das crianças em tratamento representam componentes essenciais para favorecer (ou não) sua qualidade de vida, devendo ser investigados em estágios iniciais do tratamento. Isso permitiria identificar pacientes em risco de vivenciarem maiores dificuldades adaptativas, os quais exigiriam atenção especial em seu desenvolvimento.

Rosenberg et al. (2014) descreveram a resiliência a partir do relato de jovens adultos com câncer, procurando identificar aspectos que contribuem ou inibem a mesma (n=17). Foram identificadas cinco variáveis que exercem influência na resiliência: (a) estresse e enfrentamento; (b) metas e planejamento; (c) otimismo; (d) gratidão; (e) conexão e pertencimento. Os adolescentes referiram que estes mesmos aspectos podem beneficiar ou inibir seu processo adaptativo, de acordo com o uso dos recursos que dispõem em cada momento, indicando uma concepção do enfrentamento do câncer como fluido e dinâmico.

No mesmo sentido, Janse et al. (2014) focalizaram as estratégias de ajustes de metas em adolescentes com câncer ao longo do tratamento (n=30, avaliados após três e após 12 meses do diagnóstico). As metas que os pacientes tinham não foram, em sua maioria, alteradas após o tratamento oncológico, porém os adolescentes relataram precisar investir maior esforço para a manutenção destas no segundo momento do estudo. Os achados apontaram que o estado físico e a evolução clínica de cada participante influenciaram em suas decisões sobre mudança e ajuste de prioridades, buscando preservar suas aspirações diante das restrições do tratamento. Além disso, os autores destacaram que a elevação ou o desenvolvimento de metas ao longo do seguimento oncológico, ao contrário do que seria esperado, funcionou como indicador da manutenção de possibilidades adaptativas ou de crescimento diante da adversidade vivenciada.

Esta perspectiva foi reafirmada por estudo conduzido em Barcelona (Castellano-Tejedor, 2015), no qual foi constatado que a estratégia de enfrentamento mais utilizada por adolescentes em remissão de câncer (n=41) foi direcionada à resolução dos problemas. A autora também destacou influência do sexo na adoção de estratégias de enfrentamento do câncer (meninos tendem a ignorar problemas mais do que meninas) e da idade (mais velhos buscavam mais frequentemente o resguardo, além de se concentrarem principalmente na resolução dos problemas). O estudo ainda apontou clara e direta associação entre elevado nível de otimismo e melhores índices de qualidade de vida nesses adolescentes em remissão de câncer.

A partir de delineamento longitudinal, Cho e Park (2015) investigaram a relação entre saúde mental de adolescentes com câncer e questões identitárias (n=120 na primeira avaliação; n=84 após um ano). Os participantes identificaram-se mais frequentemente como "Alguém que teve câncer" e, menos frequentemente, como "Vítima". Os termos "Sobreviventes"; "Membro da comunidade de câncer" e "Guerreiro" (*Conqueror*) mostraram-

se associados a sinais de bom ajustamento psicológico na segunda avaliação, enquanto "Vítima" e "Paciente" estiveram negativamente associados com este tipo de ajustamento.

No conjunto de artigos presentemente comentados, emergem diversas definições acerca do que se considera estratégia de enfrentamento ou processo adaptativo diante do câncer. Para Engvall et al. (2011), a adequada adaptação seria caracterizada como o crescimento em face de eventos traumáticos, incluindo mudanças na autopercepção, relacionamentos interpessoais e filosofia de vida. Nesse sentido, as estratégias de enfrentamento do câncer favoráveis ao desenvolvimento seriam, segundo esses pesquisadores: aceitação, distração, fighting spirit, minimização, busca por informação, busca por apoio.

De acordo com Gil (2005), o enfrentamento consistiria em mecanismo de defesa inconsciente, visando à preservação do indivíduo. Constituiria seu padrão de adaptação ao contexto de vida. Por sua vez, Li et al. (2011) compreendem o processo adaptativo do indivíduo como o conjunto de respostas às demandas estressantes (externas e internas, situações e emoções), realizadas por meio de variadas formas de expressão. Assim, as formas de enfrentamento às demandas poderiam ser subdivididas em tipos: a) focadas no problema (apoio social, planejamento de soluções, confronto); b) focadas na emoção (avaliação intelectual, autocontrole, fuga-evitação, responsabilização e distanciamento). complemento a esta perspectiva, Turner-Sack et al. (2012) consideram que o processo adaptativo do indivíduo pode ser avaliado por meio de sinais de seu crescimento póstraumático, com diferentes tipos de resposta (formas de enfrentamento). Poder-se-ia, assim, apontar que a positiva adaptação estaria associada a sinais de autoconhecimento, força interna, melhoria na qualidade dos vínculos, ajuste de prioridades, senso de propósito na vida, e positivas mudanças espirituais.

É frequente que os artigos científicos da área apresentem várias definições diferentes sobre o conceito de enfrentamento do câncer e sobre o processo adaptativo daí derivado. Cada

pesquisador apropria-se de um conceito e avalia seus resultados a partir de determinada perspectiva teórico-metodológica. Desta forma, ao mesmo tempo em que os estudos se proliferam na diversidade, o que pode enriquecer o campo, também se percebe uma dificuldade de integração do conhecimento, trazendo obstáculos ao crescimento da área. Nesse contexto é que se insere o presente trabalho, buscando investir esforços nessa lacuna da literatura científica relativa à compreensão dos processos adaptativos de crianças e adolescentes ao câncer, sem estabelecer foco em estratégias de enfrentamento.

Outro destaque a ser efetivado nesse momento envolve o impacto do adoecimento no sobrevivente de câncer. Dentre os 31 estudos integralmente analisados na presente revisão da literatura científica, apenas nove (29,0%) envolveram sobreviventes do câncer, e não pacientes em tratamento; e 14 (45,2%) trataram de revisão da literatura científica, relatos de experiência ou reflexões teóricas. Assim, pode-se considerar que o estudo das maneiras de reagir e de se adaptar ao adoecimento oncológico dentro das tarefas do desenvolvimento, em crianças e adolescentes, é reconhecido como importante, embora ainda explorado de modo insuficiente.

As tentativas de se aproximar diretamente do tema ocorrem de diferentes formas. Na presente revisão da literatura científica, constatou-se a presença de estudos sobre intervenções profissionais possíveis no contexto do tratamento do câncer, como investigações voltadas aos estilos de enfrentamento da doença, a partir do ponto de vista dos sobreviventes e de pacientes em tratamento, associando-o com a readaptação social. Ambos os caminhos são válidos e oferecem perspectivas distintas sobre vivências similares, contudo a falta de consenso acerca das variáveis centrais permeia o campo, tornando difícil a tarefa de comparar os resultados devido a diferenças significativas nos parâmetros adotados para a investigação científica do tema. Dentre o total de artigos analisados, 11 (35,5%) não apresentaram, descreveram, ou explicitaram de forma adequada os materiais e os procedimentos utilizados. Percebe-se que a diversidade de parâmetros e métodos utilizados são pontos fundamentais que exigem precaução no processo interpretativo dos achados nesse campo, até o momento.

O enfrentamento do câncer é, assim, compreendido de diversas maneiras, bem como são variadas as possíveis intervenções profissionais diante das crianças e adolescentes em tratamento oncológico, lembrando que se tratam de indivíduos em pleno desenvolvimento. Nesse contexto desenvolvimental, no presente trabalho serão focalizados os recursos adaptativos dos indivíduos, buscando-se variáveis individuais e do contexto de vida (família) que poderiam facilitar ou dificultar sua maneira de vivenciar o adoecimento e os tratamentos necessários. Poucos estudos destacaram variáveis relacionadas às características de personalidade de cada criança ou adolescente, aspecto a ser destacado nesse estudo. No entanto, por se encontrarem em processo de desenvolvimento, o contexto situacional imediato também exerce forte influência, sobretudo os recursos familiares, de modo que se buscou integrar essa perspectiva de exame neste trabalho, também pouco considerada nos estudos da área até o momento.

Ao se considerar o possível sofrimento mental advindo da ocorrência de uma neoplasia na infância/adolescência e suas consequentes repercussões no decorrer da idade adulta, torna-se necessário compreender as estratégias de organização psíquica em processamento nesta etapa do desenvolvimento para que se possa ofertar uma assistência efetiva aos pacientes do tratamento oncológico, bem como a seus familiares. As experiências de vulnerabilidade física podem favorecer ou dificultar a adequada estruturação e funcionamento da personalidade, sendo este o objeto central da presente investigação. Os métodos projetivos de avaliação psicológica, neste contexto, configuram-se como ferramentas para descrever e compreender características de personalidade, buscando-se identificar seus elementos constitutivos e, principalmente, a exploração da dinâmica dos elementos existentes, integrados em um quadro global do desenvolvimento (Ocampo & Arzeno, 1994). O

conhecimento agregado a respeito desse processo poderá ser útil e relevante para a futura elaboração de intervenções fortalecedoras do desenvolvimento e da resiliência individual de crianças e adolescentes que vivenciam o câncer, contexto da presente investigação científica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar características de personalidade e recursos adaptativos de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, em comparação a grupo com desenvolvimento típico (sem problemas de saúde mental e que não se encontra em tratamento oncológico).

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar e caracterizar condições de risco e de proteção ao desenvolvimento em crianças
 e adolescentes em tratamento oncológico, comparativamente a grupo balanceado de indivíduos com desenvolvimento considerado típico.
- Identificar e descrever variáveis associadas à dinâmica familiar em crianças e adolescentes
 em tratamento oncológico, comparativamente a grupo balanceado de indivíduos com desenvolvimento considerado típico, com destaque a:
 - a) Percepção de suporte familiar apresentada pelo principal cuidador da criança ou adolescente;
 - b) Organização da rotina, interação entre as crianças ou adolescentes e seus pais ou cuidadores, e recursos disponíveis no ambiente físico.
- Avaliar e descrever características de personalidade de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, comparativamente a grupo balanceado de indivíduos com desenvolvimento considerado típico, examinando possível efeito do sexo e da idade nos resultados.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

O método utilizado em trabalhos científicos pode ser classificado de acordo com a perspectiva epistemológica que os embasa. Existem diferentes categorias para sua classificação, a depender da: (a) abordagem; (b) natureza; (c) tempo; (d) procedimento; (e) objetivos existentes na investigação (Silveira & Córdova, 2009; Cozby, 2009).

Em relação à abordagem, este estudo configura-se como quantitativo, buscando descrever e estabelecer interpretações sobre eventos identificados, comparando grupos expostos e não expostos a determinadas variáveis, utilizando de recursos preestabelecidos e instrumentos predeterminados e quantificáveis. Já em relação à natureza, trata-se de investigação de natureza aplicada, tendo como objetivo identificar e compreender variáveis que influenciam determinado fenômeno, no caso o adoecimento oncológico. Assim, trata-se de estudo de natureza aplicada, buscando ferramentas para auxiliar na compreensão de uma situação de risco (Silveira & Córdova, 2009; Cozby, 2009).

O método selecionado engloba objetivos considerados descritivos e comparativos, intentando identificar e caracterizar variáveis específicas (personalidade, recursos do ambiente familiar), mas também buscando desvendar possíveis associações entre as mesmas por meio da comparação de grupos (Silveira & Córdova, 2009; Cozby, 2009). No que se refere ao tempo, o trabalho configura-se como um estudo transversal. Prevê a coleta de dados em apenas um recorte temporal, adequando-se ao objetivo de descrição de variáveis, possibilitando a determinação da frequência dos eventos estudados e possíveis associações existentes entre fatores identificados como significativos (Newman, Browner, Cummings, & Hulley, 2008).

Em relação ao procedimento, por fim, o trabalho apresenta características de uma pesquisa de levantamento e comparativa de grupos. O aspecto de levantamento do estudo está relacionado à caracterização de grupos específicos, no caso, crianças e adolescentes que experienciam o câncer infanto-juvenil. Nesse sentido, o levantamento permite a obtenção e a sistematização das características deste grupo, ainda pouco estudado na literatura (Calais, 2007; Sisto, 2007).

O aspecto comparativo do estudo apresenta aproximações com métodos descritivos e perspectiva de compreensão das variáveis envolvidas. Este procedimento tem como objetivo identificar relações-associações entre variáveis. Ao considerarmos que a realização de análise estatística comparativa entre os grupos (clínico e não clínico) já prevê certa manipulação e controle de variáveis, o estudo apresenta características próprias de um delineamento quase-experimental (Baptista & Morais, 2007; Cozby, 2009; Silveira & Córdova, 2009).

Em síntese, o presente trabalho configura-se como estudo transversal, de natureza quantitativa, descritivo, comparativo e interpretativo de resultados obtidos a partir de instrumentos de avaliação psicológica. Caracteriza-se, portanto, como estudo quase-experimental, contrapondo achados de grupo clínico e de comparação (não clínico).

3.2. Participantes

Diante dos objetivos propostos, foram avaliados dois grupos de crianças e adolescentes na faixa etária de sete a 17 anos, de ambos os sexos, voluntários devidamente autorizados para o estudo, bem como seus respectivos pais e/ou responsáveis (mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: APÊNDICES A e B, e Termo de Assentimento: APÊNDICE C). Para tornar viável o trabalho, a amostra foi composta por conveniência, com um total de 40 participantes, sendo 20 no grupo clínico e o mesmo número

A seguir são expostas as diretrizes e o percurso amostral necessário para compor os dois grupos de participantes do estudo.

3.2.1. Grupo Clínico (G1, n=20)

Pacientes em tratamento oncológico no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP) há no mínimo um mês. Este critério foi determinado devido à grande instabilidade na dinâmica familiar e mobilização emocional que ocorre no período imediato ao diagnóstico do câncer. O tempo de um mês, com base nas experiências profissionais dos psicólogos atuantes no setor, é razoável para conhecimento dos procedimentos envolvidos no tratamento por parte dos pacientes e seus familiares, possibilitando estabelecimento de adaptação à nova rotina de vida que o tratamento impõe.

O Grupo Clínico (G1) desse estudo foi recrutado no Serviço de Oncologia Pediátrica do HC-FMRP/USP, bem como no Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) de Ribeirão Preto, sendo que ambas as instituições estavam cientes e concordantes com o presente trabalho. O Grupo de Apoio à Criança com Câncer é uma organização não governamental, de caráter assistencial e beneficente que visa garantir às crianças e aos adolescentes com câncer o atendimento integral, buscando a promoção da qualidade de vida e a preservação do desenvolvimento saudável. Na Casa de Apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer hospedam-se os pacientes, acompanhados de familiar ou responsável, que

realizam tratamento no Serviço de Oncologia Pediátrica do HC-FMRP/USP e residem em outras cidades.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2015, período no qual aproximadamente 100 pacientes estavam em tratamento no Ambulatório de Oncologia Pediátrica (AOPE) do HC-FMRP/USP, dentre crianças que já se encontram em seguimento anteriormente e casos novos que foram encaminhados ao Serviço nestes meses. Em relação aos critérios para a participação na pesquisa no G1, foram excluídas crianças e adolescentes que tinham diagnóstico de tumor no sistema nervoso central que mostrassem disfunção na percepção/cognição. Nestes casos, era realizada investigação prévia acerca da localização do tumor e possíveis consequências advindas do prejuízo em determinada área cerebral. Caso constatada alteração em processos perceptivos e cognitivos do paciente, compreendia-se que a realização da avaliação psicológica estaria em muito limitada por essa condição, excluindo-se esse caso da amostra.

Também foram excluídos do estudo os pacientes que estavam em vigência de tratamento nos seguintes estágios: cuidados paliativos, recidivas tardias, e pacientes submetidos ao transplante autólogo ou alogênico de medula óssea. Estas vivências específicas foram consideradas fases agudas do tratamento médico, de excessiva vulnerabilidade, para que os pacientes suportassem também o processo de investigação científica. Além disso, implicam na inserção de outras variáveis importantes associadas ao adoecimento e ao processo adaptativo que não poderiam ser adequadamente contempladas nas propostas de avaliação do presente trabalho.

Por fim, também não foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica, devido ao caráter de cronicidade do tratamento desta, que pode se estender demasiadamente e trazer outros desafios para as crianças, adolescentes e seus familiares. Estes critérios foram adotados na tentativa de preservar a composição de grupo

clínico com vivências similares na rotina hospitalar, mesmo dentro da complexidade envolvida no contexto do adoecimento oncológico e da decorrente necessidade de delimitação do foco do trabalho para minimizar efeitos de confundimento entre variáveis.

Assim, dentre os 100 pacientes disponíveis nos meses em que a coleta de dados foi realizada, 24 eram elegíveis para a participação na pesquisa. Destes, 23 foram contatados pessoalmente e convidados a participar do estudo, dos quais um recusou a participação e outro não finalizou sua avaliação, não sendo incluído neste trabalho. Além disso, um caso foi excluído devido à obtenção de resultados que comprometem a validade dos dados específicos em um dos instrumentos utilizados (três ou mais recusas no método de Rorschach). O percurso amostral efetivado no grupo clínico pode ser esquematicamente visualizado na Figura 2.

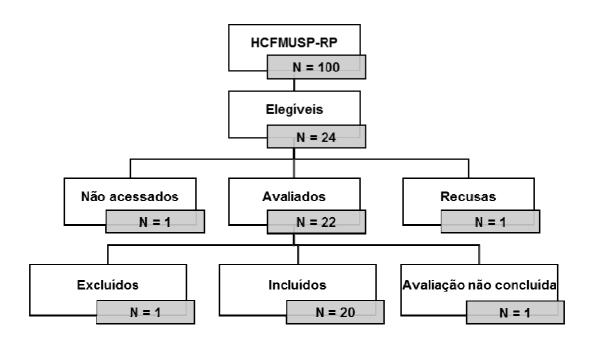


Figura 2. Percurso amostral do grupo clínico (n=20).

3.2.2. Grupo de Comparação (G2, n = 20)

A partir das características etárias e escolares dos participantes do G1, procurou-se identificar voluntários de idades e escolas similares para compor o grupo de comparação. Esses voluntários foram recrutados a partir da técnica chamada "bola de neve" (por indicações pessoais de conhecidos dos próprios participantes do estudo e da equipe de pesquisadores vinculada a este projeto), de modo a constituírem grupo balanceado a G1, em termos de idade e de origem escolar (pública ou particular). O critério de exclusão direcionado aos possíveis voluntários em G2 foi a detecção de indícios de significativos problemas de comportamento relacionados à saúde mental nas crianças e adolescentes, relacionados a: hiperatividade; sintomas emocionais; problemas de conduta; e relações interpessoais. Esta informação foi obtida por instrumento específico de avaliação psicológica, respondido pelos pais ou responsáveis dos participantes. Além disso, foram excluídos irmãos de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, considerando que o impacto desta vivência em seus familiares impossibilita que estes componham grupo adequado de comparação deste estudo.

O estabelecimento deste critério específico para o grupo de comparação implica em limitações e potencialidades para o estudo, que precisam ser identificadas. A delimitação de um grupo de comparação decorre da necessidade de se compreender como crianças e adolescentes que não vivenciam o adoecimento oncológico organizam-se afetivamente, em termos de recursos adaptativos, a partir de variáveis relacionadas a sua família e a sua personalidade em desenvolvimento. Assim, a decisão de excluir do grupo de comparação crianças e adolescentes com indícios significativos de problemas relacionados à saúde mental está relacionada à suposição que estes indivíduos estariam expostos a outros fatores de risco e adversidades importantes, refletidas nas dificuldades e nos sintomas identificados pelo instrumento utilizado. Tais configurações, caso fossem incluídas nesta pesquisa, poderiam

implicar em vieses na análise dos resultados, de forma a inviabilizar a identificação das mudanças associadas particularmente ao adoecimento oncológico, pois estaríamos comparando um fator de risco com outros, não avaliados ou classificados adequadamente.

Desta forma, espera-se que este critério atribuído ao grupo de comparação favoreça a identificação de recursos e dificuldades específicas de cada um dos grupos de crianças. Por outro lado, é importante ressaltar que crianças e adolescentes em tratamento oncológico podem também ter sido expostos a outros fatores de risco que, nestes casos, seriam acumulados ao adoecimento. Assim, reconhecemos esta limitação metodológica empregada no trabalho, porém mantida devido à percepção de maior prejuízo caso o critério de exclusão citado fosse dispensado.

Para completar o número pretendido de participantes no grupo de comparação, outras formas de recrutamento de voluntários foram adotadas, além das indicações pessoais. A pesquisa foi divulgada em mídias diversas: redes sociais, rádio universitária e em murais de instituições. Foi também estabelecida parceria com uma escola pública, a partir de contato com a equipe pedagógica e diretoria. Os pais que se mostravam acessíveis aos professores dessa escola foram contatos e convidados para uma reunião na própria instituição educacional, na qual a pesquisadora explicou o trabalho e fez o convite para a participação na pesquisa.

Os pais que concordaram em participar foram avaliados no mesmo dia da reunião, por preferência dos mesmos, em sala reservada. Posteriormente, foi agendada data, em acordo com a diretora e com os pais, para avaliar as crianças e os adolescentes. Estas avaliações ocorreram em um dia no qual os alunos estavam presentes na escola, mas não tinham aulas programadas (semana de jogos e encerramento do semestre). As avaliações foram realizadas em uma sala reservada, na própria escola.

Dentre os interessados em participar do estudo que entraram em contato com a pesquisadora por meio da divulgação midiática, dois não eram elegíveis. Um devido a criança se encontrar em início do processo de avaliação médica, com suspeita de câncer; e outro devido a criança estudar em escola particular, sendo que, no momento em que foi realizado o contato, os participantes do grupo clínico de escolas privadas já possuíam seus correspondentes balanceados no grupo de comparação.

Do total de voluntários avaliados nesse grupo de comparação foram excluídos quatro participantes que apresentaram indícios de significativos problemas de saúde mental, a partir de instrumento preenchido pelos pais ou responsáveis. Esses casos tinham sido captados para o estudo por contatos pessoais da equipe de pesquisadores e, assim que identificados os indicadores acima referidos, a situação foi devidamente esclarecida pela pesquisadora para os responsáveis, realizando-se o devido encaminhamento da criança ou do adolescente para cuidados específicos a suas necessidades.

Assim como no grupo clínico, também foram excluídos os participantes que obtiveram resultados específicos que colocaram em risco a validade dos dados de um dos instrumentos utilizados (três ou mais recusas no Método de Rorschach). No grupo de comparação, dois participantes atingiram esta condição, sendo um advindo de contatos pessoais, e um decorrente da parceria com escolas.

Em relação ao total de indivíduos contatados pela equipe de pesquisadores (n=33), quatro não foram acessados ou avaliados pela pesquisadora, mesmo após três tentativas de aproximação. Um deles era decorrente da divulgação em mídias e, os demais, de indicação da escola colaboradora do estudo. O percurso amostral efetivado no grupo de comparação pode ser esquematicamente visualizado na Figura 3.

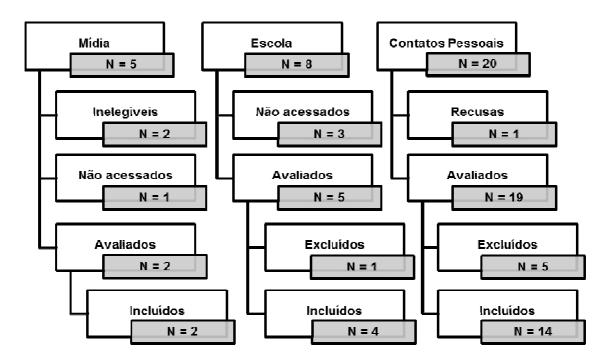


Figura 3. *Percurso amostral do grupo de comparação (n=20).*

3.2.3. Características gerais das crianças e adolescentes avaliados

A partir do emprego dos critérios de seleção previstos para o presente trabalho, foi possível compor a amostra com 40 crianças, no total, distribuídas em dois grupos. Considerando a dificuldade de parear as variáveis referentes a origem escolar, idade e sexo, foi realizado balanceamento, no qual se optou por priorizar a manutenção da similaridade em relação à faixa etária e à origem escolar. A Tabela 3 descreve a distribuição dos participantes em função do grupo, sexo e idade.

Tabela 3. Caracterização dos participantes do estudo (n=40) em função do sexo e idade.

Idade (anos)	Grupo clínico (G1, n=20)			Grupo de o	TOTAL		
	M*	F*	Total G1	M*	F*	Total G2	TOTAL
7	1	1	2	1	1	2	4
8	-	1	1	1	1	2	3
9	3	2	5	1	2	3	8
10	1	-	1	1	-	1	2
11	1	1	2	1	2	3	5
Parcial 7-11 anos	6	5	11	5	6	11	22
12	3	-	3	1	1	2	5
13	-	1	1	1	1	2	3
14	-	1	1	-	3	3	4
15	-	2	2	-	-	-	2
16	-	-	-	1	1	2	2
17	1	1	2	-	-	-	2
Parcial 12-17 anos	4	5	9	3	6	9	18
Total	10	10		8	12		

^{*}M = Masculino; F = Feminino

A amostra final do estudo foi composta, assim, por 40 crianças e adolescentes, de sete a 17 anos de idade. A idade média do conjunto total de crianças avaliadas foi de 11,74 anos ($\pm 2,9$), sendo a média para o Grupo Clínico de 11,82 anos ($\pm 3,06$) e para o Grupo de Comparação de 11,65 anos ($\pm 2,80$). Foi realizada análise estatística (teste t de *Student, p* $\leq 0,05$) para verificar possível efeito da idade na amostra, não existindo sinal de diferença significativa entre os grupos nesse quesito (t=0,17; p=0,86). Em relação ao sexo, conseguiuse razoável equiparação dos grupos quanto a essa variável, embora com leve predomínio do sexo feminino em G2.

A amplitude da faixa etária selecionada se deve ao objeto estudado (câncer infantojuvenil). Caso fôssemos restringir a pesquisa a idades específicas, não seria possível alcançar um número razoável de participantes em tempo hábil. Esta circunstância, entretanto, demanda a criação de estratégias para viabilizar a comparação entre os grupos. Dessa maneira, os grupos serão avaliados, em alguns momentos, a partir de faixas etárias específicas: (a) 07 – 11 anos e (b) 12 – 17 anos. Busca-se preservar, de um lado, grupos com características mais específicas da infância e, de outro, grupos mais próximos da adolescência, visto que, de acordo com a o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), a partir de 12 anos é dado início à adolescência, etapa do desenvolvimento que implica em características específicas em relação à infância.

A caracterização da amostra no tocante ao nível intelectual dos participantes, origem escolar, composição familiar e classificação econômica encontra-se descrita na Tabela 4. O desempenho intelectual foi avaliado a partir do Teste das Matrizes Progressivas de Raven, com o emprego da versão das Matrizes Coloridas com crianças de sete a 10 anos, e da Escala Geral com os participantes 11 a 17 anos.

A composição familiar foi investigada a partir do instrumento Recursos do Ambiente Familiar (RAF), e classificada em Monoparental ou Biparental, de acordo com a presença de apenas uma figura parental ou de ambas, respectivamente. A classificação econômica foi obtida pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Tabela 4. Distribuição (em frequência simples e porcentagem) dos participantes em função do desempenho intelectual, origem escolar, composição familiar e classificação econômica.

	Variáveis descritivas		G1*		G2*		Total	
			%	f	%	f	%	
	Nível intelectual							
I	Superior $(P \ge 95)$	1	5	3	15	4	10,0	
II+	Definidamente superior $(90 \le P < 95)$	1	5	1	5	2	5,0	
II	Superior à média $(75 \le P < 90)$	3	15	6	30	9	22,5	
III+	Média $(50 \le P < 75)$	5	25	2	10	7	17,5	
III-	Média inferior $(25 \le P < 50)$	4	20	2	10	6	15,0	
IV	Inferior $(10 \le P < 25)$	4	20	1	5	5	12,5	
IV-	Definidamente inferior $(6 \le P < 10)$	1	5	3	15	4	10,0	
V	Deficiência mental $(P \le 5)$	1	5	2	10	3	7,5	
	Origem Escolar							
	Escola Pública		90	18	90	36	90,0	
	Escola Particular		10	2	10	4	10,0	
	Composição Familiar							
	Monoparental		35	1	5	8	20,0	
	Biparental		65	19	95	32	80,0	
Classificação Econômica								
	A		-	1	5	1	2,5	
	B1		10	3	15	5	12,5	
B2		10 5	50	9	45	19	47,5	
	C1		25	6	30	11	27,5	
C2		2	10	1	5	3	7,5	
D-E		1	5	-	-	1	2,5	

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

Como o total de pontos possível de se obter no Teste das Matrizes Progressivas de Raven difere nas versões utilizadas, o escore bruto dos participantes foi transformado em escore ponderado, a fim de permitir adequada comparação entre os dois grupos avaliados. O

escore em questão varia de 0 a 100 pontos, sendo que o valor 100 corresponde ao acerto de todos os itens do teste, independente da versão utilizada.

A partir desta estratégia chegou-se ao escore ponderado médio de 57,89 para o Grupo Clínico ($\pm 12,57$) e 63,00 ($\pm 14,78$) para o Grupo de Comparação. De acordo com o Teste t de Student, inexiste diferença estatisticamente significativa em relação ao nível intelectual entre os grupos (t=-1.18; p=0.246). Apesar disso, percebe-se que metade dos participantes do Grupo Clínico está distribuída nas quatro classificações inferiores (Média inferior; Inferior; Definidamente inferior; Deficiência mental) e a outra metade, nas superiores (Superior; Definidamente superior; Superior à média; Média). No Grupo de Comparação, por outro lado, a distribuição dos participantes evidencia tendência à concentração nos níveis intelectuais superiores, agregando 60% dos participantes nas categorias na média ou acima da média (Superior; Definidamente superior; Superior à média; Média) e 40% nas classificações abaixo da média (Média inferior; Inferior; Definidamente inferior; Deficiência mental).

No tocante à origem escolar, os grupos puderam ser balanceados de forma adequada. Assim, houve o mesmo número de participantes de escola pública e particular em G1 e em G2, favorecendo sua comparação nas demais variáveis do estudo.

Quanto à composição familiar, os participantes foram classificados em famílias do tipo mono ou biparental, de acordo com a presença no lar de apenas uma figura parental ou de ambas, respectivamente. Vale ressaltar que a avaliação da presença da figura materna ou paterna não implica necessariamente na presença da mãe ou pai biológicos. Nestes casos, foi avaliado quem morava com a criança e se responsabilizava pelos cuidados principais. Em ambos os grupos houve predomínio de famílias compostas por ambas as figuras parentais, porém houve diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos nesse quesito. Em G1, as famílias biparentais compunham 65% da amostra e, em G2, a frequência desta configuração familiar alcançou 95% (*Chi-quadrado*=5,62; *p*=0,018).

Em termos econômicos, os dados obtidos com o CCEB evidenciaram similaridade na distribuição dos grupos. A maioria dos participantes foi classificada nas categorias B2 (50% em G1; 45% em G2) e C1 (25% em G1; 30% em G2). Esses dados podem ser visualizados na Figura 4, com a distribuição em frequência simples.

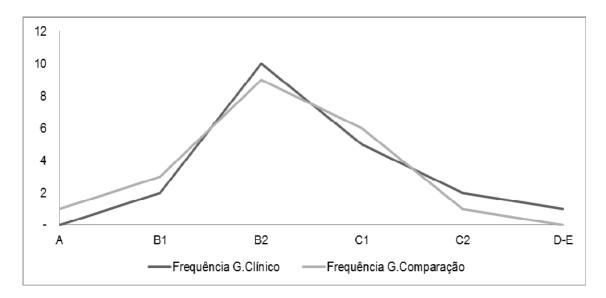


Figura 4. Distribuição dos participantes em função da classificação econômica (a partir do CCEB).

Diante dos elementos apresentados, pode-se concluir que foi possível compor dois grupos de participantes compatíveis com os objetivos delineados para o presente estudo, embora compostos a partir da estratégia de conveniência. Os grupos mostraram-se similares em termos cognitivos, de origem escolar e padrão econômico, permitindo que as demais variáveis coletadas (relativas ao funcionamento psíquico e aos recursos pessoais e familiares) possam estar relacionadas à variável presença ou não do câncer, subsidiando a comparação de G1 e G2.

3.2.4. Características específicas das crianças e adolescentes do Grupo Clínico

A diversidade de experiências relacionadas à oncologia pediátrica torna necessário descrever características específicas relacionadas ao adoecimento e procedimentos aos quais os participantes de G1 foram submetidos. Esses dados compõem a Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos participantes do grupo clínico em função da faixa etária e de variáveis e procedimentos clínicos.

Características clínicas		Faixa	Etária	Total	
Caracterist	icas cimicas	7-11 (n=11)	12-17 (n=9)	f	%
Diagnóstico	Leucemia	5	4	9	45
	Outros	6	5	11	55
Tempo de	Até um ano	4	6	10	50
Diagnóstico *	Após um ano	7	3	10	50
Quimioterapia	Sim	11	9	20	100
	Não	-	-	-	-
Radioterapia	Sim	1	1	2	10
	Não	10	8	18	90
Cirurgias	Sim	5	3	8	40
	Não	6	6	12	60
Residentes na	Sim**	4	4	8	40
Casa de Apoio	Não	7	5	12	60
Estágio do	Alta***	4	8	12	60
Tratamento*	Em andamento	5	1	6	30
	Óbito	2	-	2	10

^{*} No momento da realização da coleta dos dados deste estudo.

O diagnóstico mais frequente entre os pacientes foi Leucemia (45%), sendo os outros diversificados, dentre os quais se destacam Tumores de Células Germinativas (20%) e

^{**}Sim: pacientes que se hospedaram na Casa de Apoio do GACC ao longo do tratamento.

^{***}Alta: encaminhamento para ambulatório de "curados".

Tumores Ósseos (15%). O tempo desde o estabelecimento do diagnóstico até o momento da coleta dos dados deste estudo variou de um mês a três anos, com média de 12,7 meses (±9,97), como pode ser visualizado na Figura 5.

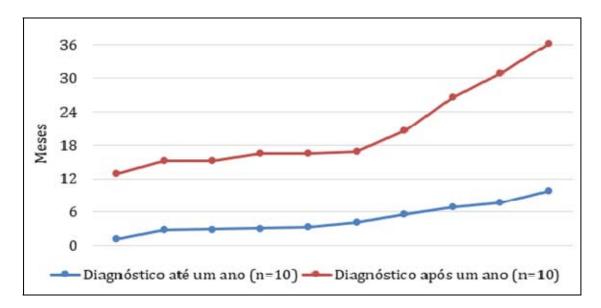


Figura 5. Tempo entre o diagnóstico e a realização da avaliação psicológica, em meses, nos participantes do Grupo Clínico (G1, n=20).

Nota-se que a distribuição dos casos foi semelhante ao considerarmos como marco o período de um ano após o diagnóstico: metade das crianças e adolescentes avaliados havia recebido o diagnóstico há menos de 12 meses e a outra metade há mais de um ano. Apesar desse aparente equilíbrio, durante a análise dos resultados essa variável (tempo de diagnóstico) será considerada.

O total de participantes do grupo clínico tinha, no momento da avaliação, realizado tratamento com quimioterápicos, enquanto apenas 10% havia vivenciado radioterapia (n=2). Procedimentos cirúrgicos foram realizados em 40% destes participantes (n=8). Os pacientes em tratamento na oncologia pediátrica tinham, em sua totalidade, oferta de ampla assistência de amparo técnico por parte de equipe multiprofissional, composta por profissionais da psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, odontologia e fisioterapia. Além

disso, 40% dos casos aqui avaliados permaneciam hospedados na Casa de Apoio (do GACC) ao longo do tratamento, o que significa que estes participantes e seus familiares residiram, por algum período, em espaço no qual a assistência psicossocial, o apoio social e a oferta de atividades de lazer é constante.

Até o momento de finalização deste trabalho, 60% das crianças e adolescentes avaliadas receberam alta clínica (n=12), ou seja, o tratamento oncológico foi considerado bem-sucedido e os pacientes foram encaminhados para ambulatório comumente denominado de "curados". Dentre os demais participantes, 30% ainda se encontram em tratamento (n=6) e 10% faleceram (n=2).

3.3. Materiais

Para o desenvolvimento do presente projeto de pesquisa, foi necessário consultar os prontuários médicos dos casos selecionados do HC-FMRP/USP e do GACC, para registro da história clínica dos participantes. Este procedimento foi devidamente autorizado e documentado, no presente momento, pela parceria estabelecida com os profissionais responsáveis por esses serviços clínicos (ANEXOS 1 e 2). Além disso, foram utilizados os materiais descritos a seguir.

3.3.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Material elaborado com a finalidade de esclarecer os objetivos da pesquisa aos pais e/ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes, de modo a poder avaliar a proposta e documentar seu espontâneo consentimento para a sua participação de seu(ua) filho(a) na pesquisa. Foram utilizados os mesmos modelos de TCLE dirigido aos pais e/ou responsáveis

3.3.2. Termo de Assentimento (TA)

Documento elaborado com objetivo de esclarecer a criança ou o adolescente acerca dos objetivos e das atividades envolvidas na pesquisa, de modo a clarificar possíveis dúvidas, garantir o sigilo e a proteção à identidade, e documentar o consentimento espontâneo (APÊNDICE C).

3.3.3. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, objetiva estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (a partir de itens existentes na casa e da escolaridade do chefe da família), abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida é de classes econômicas, permitindo considerar os seguintes níveis: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E, sendo que o nível A é de maior poder econômico, decrescendo para nível E. O instrumento foi respondido pelos pais ou responsáveis da criança/adolescente, utilizando-se o parâmetro da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015) para classificação dos resultados.

3.3.4. Teste das Matrizes Progressivas de Raven

Desenvolvido por John C. Raven, na Universidade de Dumfries, Escócia, o Teste das Matrizes Progressivas de Raven foi padronizado em 1938, publicado em 1941, e é

considerado um teste de inteligência não verbal, utilizado para avaliar a capacidade intelectual geral do indivíduo.

A forma original do instrumento, conhecida no Brasil como Escala Geral, propõe uma avaliação do desenvolvimento intelectual e da capacidade de aprendizagem em diversas faixas etárias, podendo ser aplicada em indivíduos de 12 a 65 anos de idade, independente do nível de escolaridade. Está composto por 60 itens, distribuídos em cinco séries (A, B, C, D, E) com crescente nível de dificuldade.

A versão denominada de "Matrizes Progressivas Coloridas", conhecida como Escala Especial, foi construída em 1947 e revista em 1956, sendo destinada especificamente para a aplicação em crianças, pessoas idosas ou deficientes mentais. O Teste das Matrizes Coloridas Progressivas de Raven recebe este nome exatamente por apresentar a maior parte das figuras impressas em um fundo colorido, visando atrair a atenção de crianças mais novas, e pela dificuldade progressiva dos itens (Bandeira, Alves, Giacomel & Lorenzatto, 2004). Esta versão é constituída por três séries de 12 itens: A, Ab e B, que consistem em desenhos ou matrizes com uma parte faltando. A aplicação é individual, na qual é apresentado à criança um item de cada vez, junto a seis possíveis alternativas para o preenchimento da figura, sendo que apenas uma completa corretamente a matriz, exigindo raciocínio lógico vinculado a identificar e a reproduzir relações e correlatos diferentes entre os estímulos.

Devido às alterações realizadas na revisão de 1956, o caderno do teste é fundamentado na padronização realizada por Angelini, Alves, Custódio, Duarte e Duarte (1999), na cidade de São Paulo. O estudo contou com uma amostra de 1.417 crianças e, apesar de ser circunscrito à cidade de São Paulo, os autores apontam que os resultados são representativos da população brasileira, posto o significativo fluxo migratório de diversas regiões brasileiras em direção a esta cidade.

Para o presente estudo, foi utilizada a Escala Geral para os participantes com idade entre 11 e 17 anos, tomando como referência normativa o estudo de Flores-Mendoza, Widaman, Bacelar, & Lelé (2014). Para as crianças com idade entre sete e 11 anos foi aplicada a versão das Matrizes Progressivas Coloridas, utilizando-se o parâmetro normativo de Angelini et al. (1999).

3.3.5. Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)

Elaborado por Marturano (1999), o Inventário de Recursos do Ambiente Familiar é utilizado para rastrear recursos e potenciais presentes na rede familiar, bem como para avaliar a interação das crianças com seus pais e familiares e a contribuição desta relação para seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial. É composto de três módulos, cada um subdividido em tópicos específicos. Estes módulos são delineados de forma a contemplar os recursos físicos presentes na residência; a disposição de materiais promotores do desenvolvimento; a oferta de estímulo e suporte ao aprendizado e vivência no ambiente escolar; a interação e dinâmica entre os pais e a criança; a efetividade do suporte familiar. Além disso, o inventário inclui itens relativos a composição familiar e indicadores socioeconômicos.

Sua aplicação ocorre no formato de uma entrevista semiestruturada, realizada com os pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, sendo cada tópico iniciado por uma pergunta aberta que, posteriormente, é seguida de questões fechadas. Foi utilizado o padrão avaliativo proposto por Marturano (1999), no qual a pontuação total do instrumento corresponde à soma da média dos escores de cada tópico do inventário, que derivam da divisão do escore obtido em cada uma das medidas pelo número de itens que compõem essa medida. Os escores brutos foram convertidos em escores ponderados, para favorecer a

comparação entre os diferentes domínios, podendo variar de 0 (mínimo de recursos) a 10 (máximo de recursos).

Foi necessário considerar que, desde a origem do instrumento, muitas mudanças ocorreram em relação às atividades de lazer e aos recursos, principalmente tecnológicos, disponíveis para as crianças e adolescentes. Desse modo, foram realizadas atualizações em alguns itens, com a ciência e aprovação da autora do RAF, Profa. Dra. Edna Marturano (comunicação pessoal). Tais alterações referem-se à descrição dos itens, e não sua proposição/objetivo principal. Assim, garantiu-se a preservação da estrutura e função do original do instrumento, disponível para visualização no ANEXO 3.

3.3.6. Inventário da Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

Desenvolvido por Baptista (2010), o IPSF é instrumento que se propõe a avaliar a forma como o indivíduo percebe sua relação com a família. O inventário está composto por 42 frases, escritas em primeira pessoa, que expressam sentimentos em relação à rede familiar. O respondente deve indicar a frequência na qual se sente daquela determinada maneira, num formato de escala *likert* de três pontos (com as opções: Quase nunca ou Nunca, Às vezes ou Quase sempre ou Sempre), preenchendo os itens na sequência determinada. A partir deste instrumento, é possível avaliar três dimensões de percepção de suporte familiar, a saber: (1) Afetivo-Consistente, que se refere à expressão de afetividade entre os membros da família, comunicação, acolhimento, empatia, clareza nas regras, resolução de problemas, dentre outros; (2) Inadaptação Familiar, associada a sentimentos e comportamentos negativos frente à família, tais como raiva, isolamento, vergonha, culpabilização diante de conflitos, falta de senso de pertencimento, estabelecimento de relações agressivas; (3) Autonomia, referente a questões que demonstram construção de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família.

O IPSF foi aplicado individualmente com os pais/responsáveis dos participantes de ambos os grupos, retratando, portanto, seu ponto de vista sobre a percepção do suporte familiar. Os dados foram avaliados de acordo com os parâmetros propostos por Baptista (2010).

3.3.7. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questonnaire) é um instrumento de avaliação psicológica construído em 1997 por Goodman e validado no Brasil em 2000 por Fleitlich, Cortázar e Goodman. Seu objetivo é detectar problemas de saúde mental infantil, sendo composto por 25 itens e subdividido em cinco subescalas que avaliam: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social, constituindo instrumento avaliativo amplamente utilizado no contexto brasileiro (Saur, Correia, Pasian & Loureiro, 2009). Foi utilizada a versão dirigida aos pais, de modo a permitir a identificação dos recursos pessoais e das limitações funcionais cotidianas das crianças e dos adolescentes participantes deste estudo, assim como selecionar participantes para o Grupo de Comparação (Grupo 2, composto por voluntários sem relato de dificuldades significativas a partir do SDQ). Este instrumento de avaliação foi respondido por pais e/ou responsáveis logo após sua assinatura do TCLE desta pesquisa.

A versão em português utilizada foi recuperada a partir do site http://www.sdqinfo.com/que disponibiliza gratuitamente o questionário em mais de 40 idiomas. Este mesmo endereço

oferece as instruções específicas para codificação das respostas, adotadas no presente trabalho.

3.3.8. Psicodiagnóstico de Rorschach

Desenvolvido por Hermann Rorschach (1921), consiste em método projetivo de avaliação psicológica, que possibilita a investigação da personalidade do indivíduo, possuindo parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia para uso no Brasil. Há diferentes sistemas avaliativos que podem ser empregados na coleta e na análise das respostas obtidas pelo método (Pasian, 1998). Especificamente para a realização deste trabalho foi utilizado o sistema conhecido como Escola Francesa do Rorschach (ou Escola de Paris), conforme proposição apresentada por Rausch de Traubenberg (1998) e Anzieu (1986).

O instrumento é composto por dez pranchas com manchas de tinta, de modo que é solicitado para que o respondente diga o que cada mancha pode parecer. Em etapa posterior, é feita a investigação sobre a localização, os determinantes (forma, cor, sombreado e movimento) e os conteúdos das respostas. Com base nas análises provenientes da interpretação do material obtido, é possível obter hipóteses significativas sobre características de personalidade do indivíduo. É importante esclarecer que a aplicação do instrumento é individual e os cartões são apresentados um a um, em ordem numérica crescente, resultando nas associações individuais, posteriormente classificadas e interpretadas.

Em situações específicas, nas quais os participantes venham a apresentar três ou mais recusas às pranchas do Rorschach, a redução das informações obtidas pode vir a comprometer a validade e a análise dos resultados. Portanto, optou-se por excluir os casos onde fosse constatada esta ocorrência, buscando promover a qualidade do estudo e evitar vieses técnicos.

Para aplicar e avaliar o material produzido diante do Rorschach foram necessárias folhas para o registro das respostas obtidas nas associações dos indivíduos, folha padronizada de localização das respostas e folha para a codificação das respostas. Também foi utilizado um cronômetro para registrar o tempo de produção do indivíduo, ou seja, o ritmo do trabalho associativo e interpretativo do participante. Com os participantes de idades entre sete e oito anos, a investigação para o esclarecimento da localização, determinantes e conteúdos das respostas foi realizada logo após a respectiva apresentação de cada cartão. Este procedimento foi adotado para auxiliar na manutenção da atenção da criança na atividade, evitando o cansaço ou desinteresse com a segunda apresentação do material (Jacquemin, 1976).

No presente trabalho foram utilizados os parâmetros técnicos e normativos dos estudos de Fernandes (2010), Raspantini (2010), Jardim-Maran (2011) e Cury-Jacquemin (2012), visto envolverem a faixa etária utilizada no estudo. Cada um desses trabalhos incorpora uma faixa etária específica, razão para sua utilização conjunta neste trabalho.

3.3.9. Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister

Instrumento projetivo de avaliação de características da personalidade, podendo ser aplicado em crianças até idosos. Baseia-se em atividade não verbal (construção de pirâmides a partir de pequenos estímulos coloridos) que possibilita manifestações simbólicas dos sentimentos e da organização afetiva, oferecendo indicadores técnicos relativos à autopercepção e aos contatos interpessoais. Os indicadores do teste permitem que se conheçam aspectos da dinâmica afetiva e emocional, bem como das funções estruturais e cognitivas do examinando. Anzieu (1986) ressalta, ainda, que se trata de um teste de boa receptividade, agradando aos sujeitos por seu caráter lúdico.

O material do teste está composto por três cartões (em papel de cor neutra) com um desenho de esquema de pirâmide em cada um deles, um conjunto de quadrículos coloridos de 10 cores diferentes, distribuídas em 24 tonalidades e a folha de registro dos dados. As cores que compõem o material do teste são o azul, verde e vermelho (quatro tonalidades de cada), violeta (três tonalidades), amarelo, laranja e marrom (duas tonalidades cada), preto, branco e cinza.

A aplicação é individual e leva aproximadamente quinze minutos. Consiste em solicitar ao participante que preencha três esquemas de pirâmide, utilizando os quadrículos coloridos. O examinador deve fazer anotações sobre a postura do participante frente ao teste, seus comentários e atitudes, e registrar as escolhas das cores e local da pirâmide em que são colocadas. Ao término da terceira pirâmide preenchida é realizado um inquérito para verificar a preferência do examinando pelas pirâmides.

Este instrumento psicológico apresenta resultados positivos quanto a sua validade, investigada através da validade de critério embasada na comparação entre grupos clínicos com diferentes diagnósticos psicopatológicos. No que concerne à precisão do teste, Villemor-Amaral (2005) examinou a concordância da codificação entre avaliadores independentes, obtendo 86% de concordância em relação à variável "Aspecto Formal das Pirâmides", e 92% em relação à "Fórmula Cromática", considerados adequados índices de precisão no contexto dos métodos projetivos.

Foram utilizados, para este estudo, os referenciais normativos elaborados por Villemor-Amaral (2014) em uma amostra brasileira, com normas específicas para crianças e adolescentes. O manual apresenta referenciais diferentes para crianças de sete a 11 anos (Villemor-Amaral et al., 2014) e para adolescentes de 12 a 14 anos (Pasian, Barroso, & Theodozio, 2014). Ambos foram utilizados no presente estudo, sempre referenciados aos respectivos grupos etários. O referencial disponível para adolescentes, até 14 anos, foi empregado também para os de idade entre 15 a 17 anos.

3.4. Procedimentos

3.4.1. Aspectos Éticos

Um primeiro cuidado técnico foi o envio do presente projeto para análise e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FFCLRP/USP, seguindo-se os procedimentos éticos de respeito aos voluntários e às instituições colaboradoras, de acordo com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012) e Resolução 16/00 do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2000). A aprovação do trabalho se deu em 25 de junho de 2014, como consta no ANEXO 4.

Após sua aprovação, os devidos cuidados no sentido de adequada e responsável realização do processo de coleta de dados foram efetivados, envolvendo dois serviços clínicos, a saber: Serviço de Oncologia Pediátrica do HC-FMRP/USP e Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) de Ribeirão Preto. Além disso, foi realizada a busca de voluntários com desenvolvimento típico, todos selecionados por conveniência e viabilidade prática para o desenvolvimento deste trabalho. A autorização para a coleta de dados em ambas as instituições supracitadas, HC-FMRP/USP e GACC, foram registradas a partir de documento assinado, respectivamente, pelo chefe do Serviço de Oncologia Pediátrica e pelo atual presidente do Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto.

Caso fossem identificadas dificuldades psicológicas consistentes e prejudiciais ao desenvolvimento, em qualquer etapa da realização do estudo, a pesquisadora cuidou de orientar os responsáveis e encaminhar a criança ou adolescente (de qualquer um dos grupos) para atendimento psicológico específico na rede de saúde de sua cidade. Cabe destacar, no entanto, que os participantes do Grupo Clínico (G1) já possuíam, pela rotina de seu tratamento, equipe multidisciplinar envolvida, contanto com intervenção psicológica específica, pautada por suas necessidades e de seus familiares ou responsáveis.

Dentre os participantes avaliados em ambos os grupos, quatro participantes do Grupo de Comparação (G2)apresentaram indícios de dificuldades significativas desenvolvimento, a partir da avaliação realizada pelo Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Em dois casos, a pesquisadora esclareceu os responsáveis acerca das particularidades identificadas, orientando e encaminhando-os para serviços de atendimento psicológico, disponíveis e acessíveis às famílias. Em relação aos outros dois participantes, um já se encontrava em psicoterapia, e outro havia realizado psicoterapia anteriormente, sendo então orientado a retornar ao seguimento. De forma geral, a demanda identificada na pesquisa foi confirmada pela percepção dos pais, reforçando a indicação para busca por atendimento psicológico. Outros participantes demonstraram interesse no processo psicoterapêutico, apesar de não apresentarem indícios de problemas de saúde mental ou de dificuldades no desenvolvimento. A estes participantes foi realizada uma breve explanação sobre a psicoterapia, no intuito de acolher a curiosidade manifestada, e indicados centros de atendimento à comunidade que os mesmos poderiam recorrer.

3.4.2. Coleta de dados

3.4.2.1. Grupo Clínico (G1, n=20)

Primeiramente, foi realizada a análise de prontuário dos pacientes do Serviço de Oncologia Pediátrica do HC-FMUSP/RP para avaliar o preenchimento dos critérios de exclusão e inclusão definidos para o presente trabalho. Caso o paciente possuísse as condições pré-estabelecidas no estudo, era realizado o convite para sua participação. A pesquisadora abordava, em primeiro lugar, o familiar ou responsável pela criança ou adolescente, podendo realizar esse contato no contexto hospitalar ou institucional (Casa de Apoio do GACC), explicando os objetivos do trabalho e apresentando o convite a sua participação.

Com a autorização inicial dos pais ou responsáveis, a criança ou o adolescente era procurado pela pesquisadora, de modo a explicar-lhe o estudo e solicitar sua participação. No caso de concordarem com a pesquisa, foi planejado, juntamente com o familiar responsável pelo paciente, as datas, o local, e os horários para aplicação dos instrumentos de coleta de dados dessa pesquisa.

A avaliação psicológica das crianças e dos adolescentes foi realizada, idealmente, em uma única sessão individual, previamente agendada com os voluntários. Em duas situações específicas, nas quais os participantes demonstraram importante mobilização emocional ou referiram mal estar físico, interrompeu-se a aplicação dos instrumentos, a qual foi finalizada em outro momento, sempre na tentativa de preservar o bem-estar das crianças e adolescentes participantes da pesquisa.

No Grupo Clínico (crianças e adolescentes em tratamento oncológico), a aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica ocorreu em sala apropriada, num dos seguintes locais: ambulatório ou enfermaria da Oncologia Pediátrica do HC-FM-RP, na Casa de Apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer, ou, em caso de preferência dos participantes por outro ambiente que não o de tratamento, a avaliação ocorreu no domicílio familiar.

3.4.2.2. Grupo de Comparação (G2, n=20)

A partir das características de faixa etária, sexo e condição econômica dos participantes do G1, foram recrutados os participantes que compuseram o Grupo de Comparação (G2). As crianças e adolescentes deste grupo possuíam indicadores de desenvolvimento típico para sua idade, avaliado pelo Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

A avaliação psicológica dos participantes do G2 ocorreu em sala apropriada em um dos seguintes locais: no contexto escolar, na residência dos voluntários, ou em sala reservada no Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). A opção por cada local era determinada de acordo com o planejamento realizado entre a pesquisadora e os pais ou responsáveis pela criança ou adolescente.

3.4.2.3. Aplicação dos instrumentos em ambos os grupos

No primeiro momento do encontro agendado com os participantes, a pesquisadora apresentava aos pais/responsáveis do possível voluntário os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) e explicava os objetivos e possíveis riscos envolvidos na participação da pesquisa, certificando-se do caráter voluntário e esclarecido do consentimento e garantindo as condições de sigilo profissional. Posteriormente, era apresentado à criança ou ao adolescente o Termo de Assentimento (APÊNDICE C), visando, da mesma forma, a clarificação acerca dos objetivos da pesquisa e da proteção de identidade, bem como a concordância voluntária da participação. Após esta etapa, os instrumentos Critério de Classificação Econômica Brasil, Inventário de Percepção de Suporte Familiar, Inventário de Recursos do Ambiente Familiar e o Questionário de Capacidades e Dificuldades foram aplicados com os pais ou responsáveis, individualmente, em ambientes adequados para a tarefa. Foram respeitados os específicos padrões técnicos previstos na aplicação de cada instrumento avaliativo, como informado nos materiais deste estudo.

A aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica com as crianças/adolescentes seguiu a sequência: Teste das Matrizes Progressivas de Raven; Método de Rorschach e Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Foram seguidas as recomendações técnicas específicas para aplicação de cada um desses materiais de avaliação psicológica, presentes em seus respectivos manuais ou estudos de padronização. A duração destes encontros foi de aproximadamente 90 minutos. Contudo, priorizou-se o respeito às condições físicas e emocionais dos participantes e, caso fosse necessário, a aplicação era interrompida e continuada em outro encontro, como ocorrido com dois participantes do Grupo Clínico.

3.4.3. Análise dos Resultados

Os dados foram sistematizados de acordo com as proposições disponíveis nos respectivos manuais dos instrumentos utilizados, de modo a investigar as especificidades de produção dos participantes, a partir de suas diretrizes técnico-científicas e referenciais normativos. Desse modo, cada instrumento foi avaliado, categorizado e classificado, conforme padrões técnicos específicos, seguindo-se os parâmetros informados na seção relativa aos materiais utilizados neste trabalho.

Em relação ao método de Rorschach, cada caso foi codificado por dois examinadores independentes para posterior verificação de sua precisão. Devido à questão do sigilo profissional, os protocolos foram registrados apenas por um código, sendo a identidade dos participantes conhecida apenas pela pesquisadora do estudo. Nos casos em que ocorreram discordâncias na classificação das variáveis entre os juízes independentes, a orientadora deste estudo atuou como terceira examinadora, visando atingir uma codificação final apropriada para cada resposta das crianças e adolescentes avaliados, o que configurou como classificação final da produção no Método de Rorschach.

Este trabalho contou com três colaboradores para o processo de classificação da produção no Rorschach. Todos são psicólogos com experiência prévia em processos de avaliação psicológica e membros do Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP) da

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com adequado treino na Escola Francesa do Rorschach. Já haviam participado como avaliadores de protocolos do Rorschach em outros projetos existentes no Grupo de Pesquisa, encontrando-se adequado nível de concordância nas quatro principais categorias de codificação do Método de Rorschach, segundo a Escola Francesa, conforme achados de Coury (2015), vinculados ao *Kappa*: Índice Geral (médio) = 90,0%; Localização = 87,8%; Determinantes = 79,7%; Conteúdos = 95,1%; Banalidades = 100,0%. A análise dos valores dos índices Kappa a partir dos dados obtidos no presente estudo reafirmou o adequado nível de concordância nas categorias avaliativas do Rorschach. Foram encontrados os seguintes índices Kappa no presente trabalho: Índice Geral (médio) = 87,5%; Localização = 83,6%; Determinantes = 84,9%; Conteúdos = 85,8%; Banalidades = 95,8%. Esses valores certificam a qualidade do processo avaliativo realizado para com as variáveis do Método de Rorschach, atribuindo-lhes sinais de adequada precisão técnica.

No tocante ao Teste de Pfister, além de sua sistematização padronizada conforme previsto no manual do instrumento, foi realizada a classificação do padrão de respostas de G1 e G2 em função das expectativas normativas. Assim, nas variáveis quantitativas do Teste de Pfister (escolhas e síndromes cromáticas), cada indivíduo foi classificado como abaixo da média, na média ou superior à média. Cabe destacar que, nessa análise, foram considerados os referenciais normativos específicos de cada faixa etária avaliada, utilizando-se a norma para crianças (Villemor et al., 2014) nos casos da faixa etária de sete a 11 anos, e o padrão normativo de adolescentes (Pasian, Barroso & Theodozio, 2014) para a faixa etária de 12 a 17 anos. Foi considerado como desviante da norma (acima ou abaixo da média normativa) quando o dado do participante se encontrava maior ou menor que 20% em relação à expectativa normativa disponível. Dessa forma, os indivíduos foram classificados como "abaixo da média", "na média" ou "acima da média" em relação a cada cor e a cada síndrome cromática do Pfister.

Com o término da coleta e codificação dos instrumentos utilizados, foi elaborado banco de dados computacional, em planilha do Programa *Microsoft Excel*, integrando os resultados dos instrumentos utilizados com crianças, adolescentes e seus pais ou cuidadores, bem como os dados sociodemográficos e clínicos dos mesmos. Posteriormente, esta planilha foi transposta para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0, considerando-se o Grupo Clínico (G1) e Grupo de Comparação (G2).

Foram realizadas análises descritivas (medidas de tendência central e de variabilidade) e análises estatísticas comparativas entre os grupos, a fim de caracterizar dados relativos aos recursos familiares e aos indicadores de personalidade das crianças e adolescentes aqui avaliados. No caso de variáveis quantitativas foram realizadas análises de comparação de resultados médios entre G1 e G2 (Teste t de Student, $p \le 0,05$). Quanto a variáveis nominais e a comparação da distribuição dos casos em função de classificações clínicas recorreu-se ao Teste Chi-quadrado ($p \le 0,05$).

Desse modo, a frequência dos casos de G1 e G2 nas variáveis relativas às escolhas e às síndromes cromáticas do Teste de Pfister foram comparadas estatisticamente, verificando-se possíveis especificidades em seu padrão de respostas. Essa análise não foi realizada para as variáveis do Rorschach neste trabalho, sobretudo diante do possível impacto advindo da diversidade de referenciais normativos existentes para cada faixa etária estudada.

Quando identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, calculou-se o tamanho do efeito dessas variáveis (*d* de Cohen ou *v* de Cramer). Em todas as análises estatísticas considerou-se o nível de significância de 5%.

4. RESULTADOS

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais visando comparar os dois grupos de crianças avaliadas em função de variáveis selecionadas dos instrumentos RAF (Recursos do Ambiente Familiar), IPSF (Inventário de Percepção do Suporte Familiar), SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades), Método de Rorschach (Escola Francesa) e Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Inicialmente, serão apresentados os dados referentes à rede familiar (RAF e IPSF), seguidos pela percepção que os cuidadores detêm acerca da saúde mental e desenvolvimento das crianças e adolescentes avaliados (SDQ), todos dados colhidos com seus pais/responsáveis. Por fim, será apresentada a avaliação das características de personalidade das crianças e adolescentes, comparando os participantes em função dos grupos delimitados.

4.1. RAF - Recursos do Ambiente Familiar

O Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) fornece informações a respeito dos recursos ambientais (concretos ou não) disponíveis na família. Os diferentes tópicos do instrumento abrangem aspectos referentes à dinâmica e à organização diária da família, à qualidade da interação entre os pais/cuidadores e a criança, no sentido de avaliar estímulos ao desenvolvimento infantil e recursos físicos presentes no domicílio.

Os resultados médios na pontuação do inventário RAF, bem como sua comparação estatística em função dos grupos compõem a Tabela 6.

Tabela 6. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos domínios da RAF.

RAF	Carra o *	Análise Descritiva		Análise Comparativa	
KAF	Grupo*	Média	Desvio Padrão	t	p
Supervisão e	G1	5,98	1,36	0.17	0.96
organização de rotina	G2	5,90	1,30	0,17	0,86
Oportunidades de	G1	6,50	1,09	0.12	0.00
interação com os pais	G2	6,44	1,59	0,13	0,90
Presença de recursos	G1	4,61	1,16	1 42	0.16
no ambiente físico	G2	5,05	0,75	-1,43	0,16
TOTAL	G1	5,70	0,87	-0,37	0,71
	G2	5,80	0,90		

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

As médias de G1 e de G2 foram semelhantes tanto em relação aos domínios do RAF, quanto à pontuação total obtida. A similaridade dos valores foi confirmada pela análise estatística, que indica a inexistência de diferenças significativas entre a pontuação total dos grupos e entre os três domínios determinados pelo instrumento.

Depreende-se, portanto, que tanto grupo clínico quanto de comparação têm disponíveis, de forma similar, recursos de supervisão, organização de rotina, oportunidades de interação com seus pais e adequados recursos físicos em seu ambiente familiar. Em outras palavras, pode-se apontar que foram detectadas condições familiares favoráveis ao desenvolvimento infanto-juvenil no conjunto de crianças e de adolescentes avaliados neste trabalho, independentemente de seu adoecimento.

4.2. IPSF - Inventário de Percepção do Suporte Familiar

O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) tem como objetivo principal avaliar questões referentes à família, porém com foco principal voltado à percepção que se tem do suporte da rede familiar. Em outras palavras, examina a avaliação subjetiva que um indivíduo faz acerca das relações que constrói e mantém com seus familiares.

Os resultados relativos ao IPSF foram sistematizados de modo a compor a Tabela 7. São apresentados dados descritivos e a comparação estatística das médias de G1 e G2.

Tabela 7. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos domínios do IPSF.

IPSF	Carra o *	Análi	se Descritiva	Análise Comparativa	
IPSF	Grupo*	Média	Desvio Padrão	t	p
Afetivo-consistente	G1	31,80	9,89	1.02	0.21
	G2	34,50	6,25	-1,03	0,31
Adaptação Familiar	G1	21,85	5,75	0.07	0.24
	G2	23,25	2,88	-0,97	0,34
Autonomia Familiar	G1	13,90	3,08	0.10	0.05
	G2	14,05	1,73	-0,19	0,85
TOTAL	G1	67,55	17,71		0.24
	G2	71,80	8,59	-0,97	0,34

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

A média obtida no IPSF pelo grupo clínico foi de 67,55 pontos (±17,71) e, no grupo de comparação, de 71,80 pontos (±8,59). Percebe-se uma pequena diferença, não estatisticamente significativa. Da mesma forma, os escores dos itens referentes às dimensões de percepção do suporte familiar apresentaram discretas diferenças, sempre com G1 apresentando pontuação ligeiramente menor que G2.

A partir da pontuação bruta, o manual do instrumento (Baptista, 2010) propõe categorias de classificação do nível de percepção do suporte familiar, divididas em: *baixo*; *médio-baixo*; *médio-alto*; e *alto*. De acordo com esta classificação, foi possível sistematizar a Figura 6.

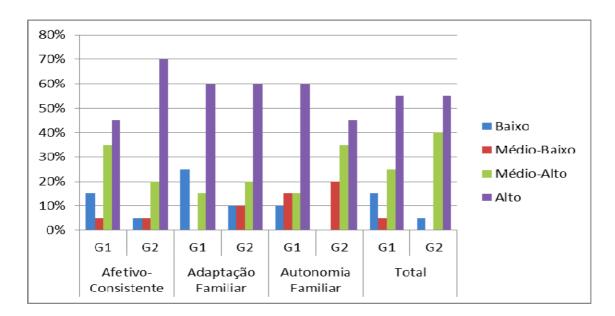


Figura 6. Distribuição dos participantes dos dois grupos em relação aos níveis de percepção de suporte familiar (IPSF).

Em ambos os grupos, 55% da amostra se concentrou no nível *alto* no que se refere à pontuação total no IPSF, indicando que os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes que participaram do estudo percebem elevado suporte advindo da rede familiar, convergindo com a distribuição encontrada na amostra normativa do manual do instrumento. A semelhança entre a pontuação obtida em G1 e G2 sinaliza a similaridade dos recursos adaptativos disponíveis para as crianças e os adolescentes no tocante ao suporte familiar existente, segundo a opinião de seus responsáveis/cuidadores.

A partir do instrumento utilizado, não houve evidências de diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 em relação ao suporte familiar. Ou seja, o adoecimento não pareceu influenciar os diferentes domínios que compõem esse construto, segundo avaliação retratada pelo IPSF.

4.3. SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

O SDO avalia indicadores associados ao nível de saúde mental da criança e do adolescente, a partir de percepção de seus pais/responsáveis, visto ter sido essa a versão utilizada neste trabalho. A partir do total de pontos obtidos no questionário, o escore bruto é classificado nas seguintes categorias: Normal (0-13 pontos), Limítrofe (14-16 pontos) e Anormal (17-40 pontos) (Goodman, 1997). Vale lembrar que o SDQ é composto por quatro escalas específicas: sintomas emocionais; problemas de conduta; hiperatividade; e problemas de relacionamento com os colegas. Além disso, há uma escala de comportamento pró-social, porém a pontuação dos itens deste domínio não é considerada para a classificação final em relação aos indicadores de saúde mental do instrumento.

Na Tabela 8 é possível visualizar os resultados no SDQ do Grupo Clínico (G1) e do Grupo de Comparação (G2), bem como as pontuações obtidas nas escalas no instrumento. Também são apresentados resultados da comparação estatística das médias dos dois grupos.

Tabela 8. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos domínios do SDQ.

SDO	Cruno*	Análi	se Descritiva	Análise C	Comparativa
SDQ	Grupo*	Média	Desvio Padrão	t	p
Sintomas emocionais	G1	5,75	2,12	4,07	≤0,001 **
	G2	3,00	2,15	4,07	\(\frac{1}{2}\)
Problemas de conduta	G1	1,75	2,36	1.02	0.21
	G2	1,15	1,14	1,03	0,31
Hiperatividade	G1	3,35	2,87	.0.001	4.00
•	G2	3,35	2,78	≤0,001	1,00
Problemas de	G1	2,10	1,59	2.00	0.0411
relacionamento	G2	0,90	0,97	2,89	0,01**
Comportamento Pró-	G1	9,15	1,60	0.00	0. =0
social	G2	9,30	1,72	-0,29	0,78
GERAL	G1	12,95	6,19		
	G2	8,40	4,33	2,69	0,01**

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

^{**}Diferença estatisticamente significativa ($p \le 0.05$).

A análise comparativa da pontuação total alcançada no SDQ indicou diferença estatisticamente significativa entre os resultados médios dos grupos (*d* de Cohen = 0,85), sendo esta uma diferença com tamanho de efeito grande. Entretanto, é preciso lembrar que o resultado no SDQ foi utilizado como critério de seleção dos participantes de G2 (excluindo-se casos com resultados considerados anormais). Portanto, os casos com a pontuação "*anormal*" figuram apenas no grupo clínico (G1), o que certamente influenciou os atuais achados. Os dados apontam que crianças e adolescentes do grupo clínico sinalizaram, significativamente, mais indicadores de problemas de saúde mental, comparativamente ao grupo de comparação.

Encontrou-se, também, diferença estatisticamente significativa nas escalas de *Sintomas emocionais* (*d* de Cohen = 1,28) e *Problemas de relacionamento com colegas* (*d* de Cohen = 0,91), ambas com tamanho de efeito grande. As demais escalas apresentaram pontuações semelhantes nos dois grupos, o que pode sinalizar que a concentração de dificuldades das crianças e adolescentes em tratamento oncológico, na percepção de seus pais ou cuidadores, emerge no aparecimento de sintomas de caráter emocional e em problemas na interação social com pares.

De forma geral, em ambos os grupos predominaram os participantes classificados na faixa de normalidade. Nessa categoria estão 65% dos participantes do grupo clínico e 85% do grupo de comparação, como mostra a Figura 7.

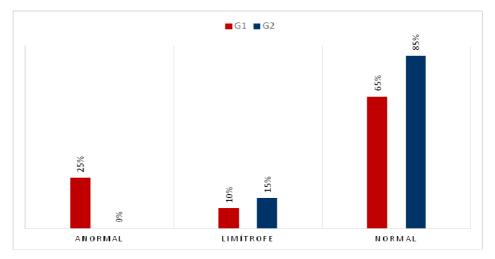


Figura 7. Distribuição dos participantes dos grupos a partir da classificação no SDQ.

Em relação às crianças e adolescentes em tratamento (G1), 25% apresentaram indícios de possuírem dificuldades significativas no campo da saúde mental. Conclui-se, assim, que 75% dos pais percebem seus filhos como saudáveis, ou com sintomas limítrofes em relação ao que seria esperado em relação ao desenvolvimento infantojuvenil. Visto que dificuldades disparadas e potencializadas pelo adoecimento e pelo tratamento oncológico demandam importante esforço de elaboração e adaptação, os dados atuais permitem inferir que, na percepção dos cuidadores principais, as crianças e adolescentes do grupo clínico conseguem, em grande medida, preservar seu desenvolvimento apesar das adversidades vivenciadas.

4.4. Método de Rorschach

A produtividade e o ritmo no Método de Rorschach (escola francesa) podem ser avaliados a partir das variáveis: Respostas, Respostas Adicionais, Recusas e Denegações (produtividade); e Tempo de Latência Médio e Tempo de Reação Médio (ritmo). Esses resultados, obtidos pelos dois grupos no Rorschach, podem ser visualizados na Tabela 9.

Tabela 9. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função da produtividade e ritmo no Rorschach.

Ditura a Dua dutivi da da	C	Análise Descritiva		Análise Comparativa	
Ritmo e Produtividade	Grupo*	Média	Desvio Padrão	t	p
Respostas	G1	16,90	6,39	-1,16	0,25
	G2	19,95	9,78		
Respostas Adicionais	G1	0,95	0,76	0,30	0,76
	G2	0,85	1,27		
Recusas	G1	0,30	0,66	0,26	0,79
	G2	0,25	0,55		
Denegações	G1	0,10	0,31	≤0,001	1,00
	G2	0,10	0,31		
Tempo de Latência	G1	15,06	10,98	-0,11	0,91
Médio**	G2	15,44	10,30		
Tempo de Reação	G1	31,61	12,35	1,34	0,18
Médio**	G2	26,16	13,25		

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

A análise destes dados mostra a similaridade em relação aos indicadores de produtividade e de ritmo dos participantes dos grupos avaliados, não sendo verificada diferença estatisticamente significativa entre G1 e G2. Pode-se inferir, assim, que as crianças e adolescentes em tratamento oncológico mantêm preservadas as suas capacidades de produção e resposta a estímulos e atividades, indicando bom funcionamento associativo-interpretativo, mesmo em condições adversas. Estes indícios apontam que, apesar da mobilização emocional associada ao tratamento e ao adoecimento, os participantes dispõem de adequada condição para se adaptarem às demandas externas, conseguindo adequadamente perceber, interpretar e engajar-se em atividades.

^{**} Em segundos.

Os achados relativos aos modos de apreensão do Rorschach estão sistematizados na Tabela 10. São apresentados dados descritivos e a comparação de médias dos grupos.

Tabela 10. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos modos de apreensão do Rorschach.

Modos de Apreensão	Análise Descritiva		Análise Comparativa		
	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	p
G%	G1	41,15	20,13	0.41	0.60
	G2	37,92	28,24	0,41	0,60
D%	G1	40,99	17,92	0.66	0.51
	G2	37,25	18,04	0,66	0,51
Dd%	G1	16,64	12,6	1 50	0.12
	G2	24,38	17,87	-1,58	0,12
Dbl%	G1	1,22	3,28	0.04	0.25
	G2	0,45	1,59	0,94	0,35

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

Nota-se que, em ambos os grupos, as crianças e os adolescentes focalizaram prioritariamente a interpretação geral do mundo e de si (G%), seguida pela avaliação de elementos pregnantes da realidade (D%). Assim, os participantes mostraram, de forma geral, capacidade para uma abordagem global dos estímulos, conseguindo diferenciar elementos relevantes e significativos do ambiente. As crianças e adolescentes do grupo de comparação evidenciaram maior uso da captação de detalhes do contexto (minúcias) em relação a seus pares de G1. Entretanto, essas pequenas diferenças nos modos de apreensão dos grupos avaliados não se mostraram estatisticamente significativas, sugerindo similaridade em sua forma de apropriação dos estímulos ambientais.

Os determinantes das respostas no Rorschach foram sistematizados de forma a compor a Tabela 11. Mais uma vez, são apresentados dados descritivos e a comparação das médias de G1 e G2.

Tabela 11. Resultados médios e comparação estatística dos grupos nos determinantes das respostas ao Rorschach.

		Anális	e Descritiva	Análise Comparativa	
Determinantes	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	р
F%	G1 G2	34,97 39,60	23,44 16,16	-0,73	0,47
F+%	G1 G2	74,62 66,27	29,56 22,17	1,01	0,32
F+ext%	G1 G2	72,74 67,42	12,76 11,70	1,37	0,18
\sum K	G1 G2	1,25 0,70	1,48 1,22	1,28	0,21
∑kan	G1 G2	1,85 3,25	1,57 2,17	-2,34	0,03**
∑kob	G1 G2	0,25 0,10	0,44 0,31	1,24	0,22
∑kp	G1 G2	0,15 0,10	0,37 0,31	0,47	0,64
$\sum k (\sum kan + \sum kob + \sum kp)$	G1 G2	2,25 3,45	1,77 2,16	-1,92	0,06
FC	G1 G2	3,05 2,90	2,01 2,77	0,20	0,85
CF	G1 G2	1,60 1,95	1,35 1,40	-0,81	0,43
С	G1 G2	0,40 0,05	1,05 0,22	1,46	0,15
∑Cp	G1 G2	3,73 3,48	2,35 1,96	0,37	0,72
FE	G1 G2	1,40 1,30	1,31 0,92	0,28	0,78

Datamainanta	C*	Análise Descritiva		Análise Comparativa	
Determinantes	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	p
EF	G1	0,60	0,82		
	G2	1,10	1,80	-1,13	0,27
E	G1	0,15	0,37	1.04	0.20
	G2	0,05	0,22	1,04	0,30
∑Ep	G1	1,53	1,19	0.50	0.56
	G2	1,83	1,93	-0,59	0,56
FClob	G1	0,20	0,41	2.10	0.04**
	G2	-	-	2,18	0,04**
ClobF	G1	0,05	0,22	1.00	0.22
	G2	-	-	1,00	0,32

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

A forma, enquanto determinante das respostas em um protocolo do Rorschach, está associada à busca pela organização racional, adaptação ao real, funcionamento lógico e condição de regulação afetiva. No presente estudo, os grupos avaliados apresentaram índices similares em relação às variáveis F%, F+% e F+ext%, derivadas dos determinantes das respostas ao Método de Rorschach. Além da semelhança entre os grupos, verificou-se a manutenção da capacidade discriminativa da realidade mesmo quando outros determinantes são integrados (F+ext%), o que sugere que, tanto as crianças e adolescentes com desenvolvimento considerado típico, quanto os que se encontram em tratamento oncológico, sinalizaram preservação da análise lógica.

Os determinantes das respostas ao Rorschach vinculados ao movimento são compostos pelas grandes cinestesias (K), associadas à percepção de movimento em figuras humanas, e pelas pequenas cinestesias (kan, kob, kp), respectivamente referentes ao movimento identificado em animais, objetos ou partes de figuras humanas. De forma geral, o movimento

^{**}Diference estatisticamente significativa ($p \le 0.05$).

sinaliza projeção de necessidades inconscientes, bem como dinamismo psíquico. Os participantes do grupo clínico apresentaram maior índice de respostas determinadas por grande cinestesia (K), enquanto no grupo de comparação houve maior frequência do movimento em animais (kan), sendo esta diferença estatisticamente significativa (d de Cohen = 0,74), com tamanho de efeito médio.

A comparação da proporção das grandes e pequenas cinestesias (∑K:∑kan+∑kob+∑kp) apontou que as crianças e adolescentes de ambos os grupos apresentaram bons indicadores de criatividade e vida imaginativa. No entanto, os que se encontravam em tratamento oncológico evidenciaram indícios de controle interno na expressão da afetividade e sinais de maturidade em maior proporção (mais K) de que seus pares de G2. Estes, por sua vez, sinalizaram maior espontaneidade nas vivências emocionais (maior frequência de pequenas cinestesias).

No conjunto de estímulos do Método de Rorschach, a cor é um dado sensorial presente em cinco das pranchas, sendo o vermelho encontrado nos cartões II e III, e demais variações cromáticas nos cartões VIII, IX e X. Os indicadores do Rorschach relacionados à cor (determinantes cromáticos) oferecem informações acerca da impulsividade e capacidade de controle da afetividade, ao incluir elementos afetivos na percepção. Os participantes avaliados em ambos os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos determinantes associados à cor. As crianças e adolescentes demonstraram, independentemente do grupo, indícios de maturidade no controle afetivo, com predomínio de respostas com qualidade formal positiva (FC > CF + C).

No tocante às respostas determinadas pelo sombreado dos cartões do Rorschach (categoria Estompage) tem-se a representação de indicadores relativos às vivências de ansiedade e a forma como esses componentes são integrados na personalidade. Há um tipo especial de respostas estompage, denominado como Clob, relacionadas a conteúdos disfóricos

explícitos, apontando para elevação significativa da angústia, para além de questões situacionais.

As crianças e adolescentes de ambos os grupos apresentaram similar distribuição em relação aos determinantes de respostas ao Rorschach pautados pelo estompage, sem diferenças estatisticamente significativas. Já as respostas vinculadas aos determinantes Clob foram encontradas apenas nos protocolos das crianças e adolescentes em tratamento oncológico, configurando diferença estatisticamente significativa entre os grupos (d de Cohen = 0,69), com tamanho de efeito médio. Vale ressaltar, entretanto, que esta diferença não se mantém ao analisarmos o conjunto das variáveis relacionadas à estompage, refletindo a possibilidade do efeito estatístico decorrer do limitado número de respostas nessa categoria de determinantes.

A seguir, serão apresentados os conteúdos identificados nas respostas dos participantes ao Método de Rorschach, iniciando pelas variáveis associadas à figura humana e animal. Esses dados compõem a Tabela 12, acrescidos da comparação estatística das médias de G1 e G2.

Tabela 12. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos conteúdos relacionados a figura humana e animal no Rorschach.

Conteúdos	Grupo*	Análi	se Descritiva	Análise Co	omparativa
Humano e Animal	Grupo.	Média	Desvio padrão	t	p
A	G1	6,15	3,62	-0,91	0,37
	G2	7,15	3,31		
(1)	~ 4			0.02	0.26
(A)	G1	1,65	2,28	0,93	0,36
	G2	1,10	1,33		
Ad	G1	0,60	1,10	-2,14	0,04**
-	G2	2,25	3,28	,	- , -
(Ad)	G1	0,30	0,73	-0,71	0,48
	G2	0,45	0,61		
\sum A	G1	8,70	4,49	-1,50	0,14
$\angle \Lambda$	G2	10,95	5,01	-1,50	0,14
	02	10,73	3,01		
A%	G1	51,68	20,69	-1,05	0,30
	G2	58,15	18,31		
11	C1	1.05	1.05	0.27	0.70
Н	G1	1,05	1,05	-0,27	0,79
	G2	1,15	1,31		
(H)	G1	1,70	1,63	2,26	0,03**
,	G2	0,70	1,13	,	,
Hd	G1	0,55	0,69	-1,04	0,30
	G2	0,95	1,57		
(Hd)	G1	0,20	0,41	≤0,001	1,00
(Hu)	G2	0,20	0,70	_0,001	1,00
	U2	0,20	0,70		
Σ H	G1	3,50	2,44	0,56	0,58
	G2	3,00	3,16		
TT0 /	C1	20.25	1.4.20	1 45	0.16
Н%	G1	20,25	14,28	1,45	0,16
	G2	14,05	12,75		

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

^{**}Diferença estatisticamente significativa ($p \le 0.05$).

Os conteúdos animais representam o compartilhamento de ideias de um coletivo social, podendo sinalizar estereotipia ou plasticidade e adaptação ao contexto interpessoal no ambiente. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em relação à frequência total de respostas com conteúdo animal entre os grupos estudados. Por outro lado, os conteúdos relacionados às partes externas de animais reais foram verificados em maior frequência no grupo de comparação. Tal diferença mostrou-se estatisticamente significativa (d de Cohen = 0,67), com tamanho de efeito médio. Porém, assim como mencionado anteriormente acerca dos determinantes Clob, esta não se manteve quando analisamos os indicadores globais dos conteúdos animais.

Já os conteúdos das respostas ao Rorschach vinculados à figura humana informam a respeito dos relacionamentos pessoais, da identificação e motivação para o contato humano dentro da dinâmica individual, podendo também refletir mecanismo compensatório de falhas identificatórias. Semelhante aos conteúdos animais, não foram encontradas diferencas estatisticamente significativas em relação aos indicadores globais de conteúdos associados a figuras humanas. Da mesma forma, verificou-se diferença significativa estatisticamente em um indicador isolado: figuras humanas desvitalizadas ou idealizadas, ou seja, no conteúdo (H). Este tipo de conteúdo foi encontrado em maior frequência entre os participantes do grupo clínico (d de Cohen = 0,71), com tamanho de efeito da diferença médio.

A distribuição dos demais conteúdos verificados nos protocolos do Rorschach está organizada na Tabela 13. São apresentados dados descritivos e a comparação estatística das médias de G1 e G2.

Tabela 13. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função dos demais conteúdos no Rorschach.

Conteúdos	C	Anális	se Descritiva	Análise Comparativ	
Conteudos	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	p
Anat	G1	0,50	0,89	-0,19	0,85
	G2	0,55	0,76		
Sg	G1	0,10	0,45	0,45	0,66
	G2	0,05	0,22		
Sex	G1	0,05	0,22	1,00	0,32
	G2	0,00	0,00		
Obj	G1	1,50	1,43	-1,27	0,21
	G2	2,60	3,60		
Arq	G1	0,15	0,37	-0,35	0,73
	G2	0,20	0,52		
Simb	G1	0,05	0,22	-1,75	0,09
	G2	0,60	1,39		
Bot	G1	0,85	1,04	-0,15	0,88
	G2	0,90	1,07		
Geo	G1	0,45	0,69	0,21	0,84
	G2	0,40	0,82		
Nat	G1	0,10	0,31	≤0,001	1,00
	G2	0,10	0,45		
Pais	G1	0,35	0,59	1,29	0,20
	G2	0,15	0,37		
Elem	G1	0,30	0,92	0,92	0,36
	G2	0,10	0,31		
Elem (Fogo)	G1	0,10	0,31	0,59	0,56
	G2	0,05	0,22		
Frag	G1	0,25	0,72	-0,43	0,67
-	G2	0,35	0,75		•

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

Nota-se que esses conteúdos das respostas ao Rorschach listados na Tabela 13 ocorreram em proporções muito pequenas, o que acompanha a literatura científica da área. Portanto, a comparação estatística dos resultados médios nessas variáveis também sofre influência dessa reduzida ocorrência. De qualquer modo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 nesses conteúdos complementares aos humanos e aos animais nas respostas produzidas ao Método de Rorschach. Desse modo, não houve indicadores expressivos de interesses específicos em nenhum dos grupos avaliados, para além do esperado no desenvolvimento típico (identificação com figuras humanas e animais).

Outra variável relevante na análise dos achados com o Rorschach (escola francesa) relaciona-se aos estilos de vivência afetiva, examinados a partir das fórmulas afetivas. Os dados referentes a primeira, segunda e terceira fórmula afetiva do Rorschach estão sistematizados na Tabela 14, juntamente com os dados referentes à fórmula da angústia.

Tabela 14. Distribuição (frequência simples e porcentagem) dos participantes dos grupos nas fórmulas vivenciais e na fórmula da angústia do Rorschach.

Fórmulas V	/ivenciais	G1 (r	n=20)	G2 (n=20)	
1 Officials V	TVEHEIGH	f	%	f	%
	Extratensivo	15	75	14	70
Tipo de Ressonância	Introversivo	-	-	2	10
Íntima (TRI)	Coartado/Coartativo	3	15	4	20
	Ambigual	2	10	-	-
	Extratensivo	3	15	4	20
2ª Fórmula Afetiva	Introversivo	9	45	14	70
Z Folillula Aleliva	Coartado/Coartativo	7	35	1	5
	Ambigual	1	5	1	5
	Extratensivo	7	35	4	20
3ª Fórmula Afetiva	Introversivo	8	40	9	45
	Ambigual	5	25	7	35
E41. 1. A	Elevada (> 12%)	6	30	5	25
Fórmula da Angústia	Normal (≤ 12%)	14	70	15	75

A inspeção visual dos achados aponta forte similaridade na distribuição dos grupos entre os tipos afetivos identificados nas fórmulas afetivas do Rorschach. A primeira fórmula afetiva, denominada Tipo de Ressonância Íntima (TRI), compara o total de respostas com movimento humano e a soma ponderada das respostas com determinante cor (K : ∑Cp), oferecendo indicadores relativos aos estilos habituais de reação que a pessoa utiliza diante de seus impulsos e para responder ao ambiente. As crianças e adolescentes de G1 e G2 apresentaram estilo afetivo predominante do tipo extratensivo. Este dado aponta tendência a reagir a elementos perceptuais, com sensibilidade aos estímulos ambientais e manifestação mais direta da afetividade, estilo comumente encontrado entre crianças e adolescentes, segundo a literatura científica da área.

A segunda fórmula afetiva, ou das Tendências Latentes (T.L.), ilustra sinais relativos aos recursos internos ainda não plenamente desenvolvidos ou utilizados, ou seja, potenciais menos integrados e amadurecidos na personalidade. Essa fórmula está composta pela soma das respostas de pequenas cinestesias em relação à soma ponderada de respostas determinadas por estompage (\(\subseteq k : \subseteq Ep)\). Nesta segunda fórmula afetiva, a maior parte dos participantes de G1 e de G2 evidenciou estilo afetivo predominante do tipo introversivo, indicando potenciais ainda não plenamente desenvolvidos nessa direção. Ou seja, sinalizaram recursos reflexivos e imaginativos a serem integrados na personalidade, sugerindo riqueza no mundo interno, complementando e equilibrando os indicadores relativos à primeira fórmula afetiva (onde predominou o estilo extratensivo). Entretanto, notou-se elevação nos casos de coartação afetiva entre as crianças e adolescentes em tratamento oncológico, quando em comparação com os pares saudáveis.

De modo a favorecer a análise estatística comparativa da distribuição dos casos de G1 e G2 nas duas primeiras fórmulas afetivas, os dados da Tabela 14 foram reorganizados em função do tipo predominante de estilo afetivo, contrapondo-o aos demais. Essa nova distribuição dos casos encontra-se na Tabela 15.

Tabela 15. Distribuição (frequência simples e porcentagem) dos participantes dos grupos e sua comparação estatística na primeira e segunda fórmula afetiva do Rorschach.

	Aı	Análise Descritiva				Análise Comparativa	
Fórmulas Afetivas			G1 (n=20)		n=20)	χ^2	70
		f	%	f	%	X	p
Tipo de Ressonância	Extratensivo	15	75	14	70	0,12	0,72
Íntima (TRI)*	Outros	5	25	6	30		
2ª Fórmula Afetiva**	Introversivo	9	45	14	70	5,67	0,058
	Outros	11	55	6	30		

^{*} TRI = Tipo de Ressonância Íntima ou 1ª Fórmula Afetiva (K : ∑Cp)

A partir dessa análise foi possível identificar diferença estatisticamente significativa entre os grupos na distribuição dos casos pelos estilos afetivos da segunda fórmula do Rorschach. Notou-se elevação nos casos de coartação afetiva entre as crianças e adolescentes em tratamento oncológico, quando em comparação com os pares saudáveis, configurando diferença estatisticamente significativa com tamanho de efeito médio (V de Cramer = 0,37). Dessa análise notou-se tendência de G1 evidenciar sinais de forte inibição emocional na segunda fórmula afetiva (maior número de casos de coartação emocional, como mostra a Tabela 14), enquanto G2 se mostrou com estilo introversivo predominante. Vale ressaltar que foram realizados testes estatísticos para verificar o efeito da idade nesta diferença aqui identificada, sendo constatado que as faixas etárias estão distribuídas uniformemente entre os vários estilos de vivência emocional derivados das fórmulas afetivas do Rorschach.

Ainda faz-se necessário completar a análise das demais variáveis apresentadas na Tabela 14, referentes à distribuição dos participantes dos dois grupos pelos tipos afetivos derivados da terceira fórmula afetiva e da fórmula de angústia. A terceira fórmula afetiva (também denominada como da Reatividade Cromática ou Afetiva) do Método de Rorschach (escola francesa) representa a sensibilidade afetiva situacional. Corresponde à soma das respostas emitidas diante dos cartões

^{**} 2^a . Fórmula Afetiva ($\sum k : \sum Ep$)

coloridos (VIII, IX, X), em relação ao total de interpretações do protocolo. As crianças e adolescentes de G1 e G2 distribuíram-se de modo similar entre os estilos afetivos identificados pela classificação dos resultados dessa fórmula emocional.

Por sua vez, a fórmula da angústia é composta pela soma das respostas com conteúdo de partes de figura humana (real ou fantasiosa), anatomia, sangue, sexo e fogo, enquanto elemento. O resultado desta soma é dividido pelo número de respostas, totalizando uma proporção que, se elevada (superior a 12%), indicará vivência de intensa angústia, considerada estrutural nessa personalidade. A partir das informações da Tabela 14 nota-se que G1 e G2 não se diferenciaram no tocante à frequência de casos com indicadores clínicos de ansiedade, os quais atingiram baixa incidência entre os voluntários avaliados neste trabalho.

Cabe ressaltar, no entanto, que a terceira fórmula afetiva do Rorschach, bem como a fórmula de angústia, correspondem a proporções em porcentagem, sendo plausível realizar a comparação estatística de resultados médios obtidos em G1 e G2. Esses dados, juntamente com a variável do Rorschach relacionada às respostas banais (banalidades = Ban), compõem a Tabela 16.

Tabela 16. Resultados médios e comparação estatística dos grupos na terceira fórmula afetiva, fórmula da angústia e banalidades do Rorschach.

Variável	C*	Análi	ise Descritiva	Análise Co	omparativa
Rorschach	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	p
3ª Fórmula**	G1	34,63	8,95	0,79	0,44
	G2	32,60	7,32		
Fórmula Angústia***	G1 G2	7,97 8,49	7,34 9,18	-0,20	0,85
Ban%	G1 G2	18,43 17,79	8,05 11,66	0,20	0,84

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

^{**}Reatividade Afetiva ou 3ª Fórmula Afetiva: porcentagem do número de respostas nos cartões coloridos em relação ao total de respostas.

^{***}Fórmula da Angústia (em porcentagem): [Hd + (Hd) + Anat + Sg + Elem(fogo) + Sex] x 100 / R

Os participantes de ambos os grupos apresentaram índices similares de reatividade emocional (terceira fórmula), sem diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2. Quanto à fórmula de angústia nota-se que seu valor médio não ultrapassou o "valor teto" (de 12%) nos grupos avaliados, sem indicadores de diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Desse modo, não houve indicadores de vivência clínica de angústia entre os participantes dos dois grupos avaliados.

As respostas banais (banalidades = Ban) consistem em interpretações frequentes em determinantes áreas dos cartões, as quais preenchem critérios técnicos específicos para sua identificação. Representam, em termos simbólicos, indicadores relativos a adaptação social e nível do compartilhamento do pensamento de um grupo ou contexto sociocultural. Nestes aspectos os participantes em tratamento oncológico não apresentaram diferença estatisticamente significativa em Ban% em comparação a seus pares saudáveis. Nota-se, desse modo, que o conjunto de crianças e adolescentes evidenciaram, bons recursos de compartilhamento de princípios sociais, acompanhando expectativas normativas em relação a esta variável do Rorschach.

Em síntese pode-se apontar que os resultados obtidos pelo Método de Rorschach apresentam, majoritariamente, similaridades entre os grupos no que concerne ao funcionamento lógico, afetivo e interpessoal. As principais diferenças entre G1 e G2 apontam para tendências inibitórias entre as crianças e adolescentes em tratamento oncológico, porém sem verificação de indícios de contaminação ou prejuízo no uso dos demais recursos pessoais. Possivelmente, tal tendência representa uma busca adaptativa diante das demandas que estes participantes vivenciam ao longo do seguimento hospitalar, reforçando o controle lógico frente às diversas ameaças vivenciadas.

4.5. Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister

A seguir são apresentados os resultados da avaliação psicológica com as crianças e adolescentes derivados do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister, com apontamentos a respeito da frequência de cores e de síndromes cromáticas nos dois grupos, bem como os desvios em relação às cores e às síndromes destes em relação ao referencial normativo proposto. Também serão examinadas as variáveis relativas aos aspectos formais e a fórmula cromática, permitindo traçar particularidades evidenciadas por este instrumento em relação à dinâmica afetiva e emocional dos participantes de cada grupo.

A distribuição de frequência das escolhas cromáticas em função dos grupos avaliados pode ser visualizada na Tabela 17. Nessa tabela constam os achados da comparação estatística dos resultados médios.

Tabela 17. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função das cores do Teste de Pfister.

	C *	Análi	se Descritiva	Análise Co	omparativa
Cores	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	p
Azul	G1	15,67	7,41	-1,44	0,16
	G2	20,11	11,68	-1,44	0,10
Vermelho	G1	18,11	9,55	1,04	0.21
	G2	15,44	6,43	1,04	0,31
Verde	G1	16,44	9,41	0.40	0.64
	G2	15,33	4,55	0,48	0,64
Violeta	G1	11,45	6,17	0.11	0.01
	G2	11,67	6,68	-0,11	0,91
Laranja	G1	6,56	5,37	1.50	0.14
v	G2	8,78	3,85	-1,50	0,14
Amarelo	G1	11,11	11,31	0.25	
	G2	10,00	8,33	0,35	0,73
Marrom	G1	6,56	4,70	1.04	0.22
	G2	5,00	3,05	1,24	0,22
Preto	G1	3,67	6,93	0.46	0.65
	G2	4,44	2,89	-0,46	0,65
Branco	G1	6,89	6,64	1.10	0.24
	G2	4,89	3,50	1,19	0,24
Cinza	G1	3,55	3,09		
	G2	4,33	2,93	-0,82	0,42

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes de G1 e G2 em nenhuma das dez cores propostas pelo Pfister. Dados globais de frequência de cores evidenciam a preponderância de cores do espectro azul, vermelho e verde para ambos os grupos. Essas cores representam 50,22% do total de escolhas no grupo clínico G1 e 50,89% do total de escolhas cromáticas no grupo de comparação G2, como mostra a Figura 8.

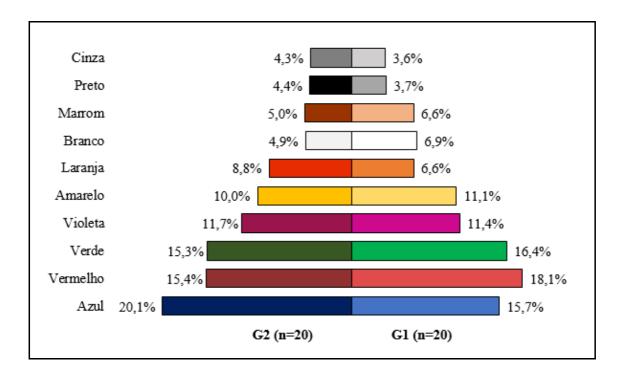


Figura 8. Distribuição de frequência das escolhas cromáticas dos grupos no Pfister.

No grupo clínico (G1) a cor mais frequente foi o vermelho, com média de 18,11 (±9,55). No grupo de comparação (G2) esta cor figura como a segunda mais frequente, com média de 15,44 (±6,43). Não há, entretanto, diferença estatisticamente significativa em relação à frequência da ocorrência do vermelho nos grupos. O aumento desta cor pode estar associado à impulsividade, voracidade ou agressividade. Entretanto, para corretamente interpretar o achado é importante avaliar também diferenças em relação às diversas tonalidades de vermelho e à associação com outras cores frias ou quentes.

Em maior proporção, no grupo de comparação (G2), ocorreu o azul, com média de 20,11 (±11,68). No grupo clínico, por sua vez, o azul configurou a terceira cor mais frequente, com média de 15,67 (±7,41). Percebe-se alguma diferenciação nessa distribuição, porém não confirmada em termos estatísticos. Este resultado encontrado em G2 confirma dados

normativos do instrumento, apontando que a cor azul é a mais frequente na faixa etária em estudo, sendo associada, geralmente, mais ao controle do que ao impulso. Porém, é preciso avaliar a associação com tonalidades mais quentes ou mais frias, em um protocolo, para que se possa melhor compreender a dinâmica emocional de indivíduo.

Em relação à frequência de ocorrência das síndromes cromáticas, foi possível sistematizar os dados da Tabela 18. Também é apresentada sua comparação estatística em termos de resultados médios.

Tabela 18. Resultados médios e comparação estatística dos grupos em função das síndromes cromáticas no Teste de Pfister.

Síndromes Cromáticas	Cruno*	Anális	se Descritiva	Análise Co	omparativa
Sindromes Cromaticas	Grupo*	Média	Desvio padrão	t	p
Normalidade	G1	50,22	8,51	0.25	0,80
	G2	50,89	8,15	-0,25	0,80
Estímulo	G1	35,78	9,96	0,52	0,61
	G2	34,22	8,87	0,32	0,01
Fria	G1	43,56	9,19	-1,21	0,24
	G2	47,11	9,44	1,21	0,24
Incolor	G1	14,11	8,69	0,18	0,86
	G2	13,67	6,89	0,10	0,00

^{*}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

Os dados apontaram ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no tocante à frequência das síndromes cromáticas do Pfister. Foram estudadas as quatro principais síndromes e, neste quesito, verificou-se que ambos os grupos apresentaram maior ocorrência da síndrome de normalidade, com média de 50,22 (±8,51) em G1 e 50,89 $(\pm 8,15)$ em G2. Em segundo lugar, encontra-se a síndrome fria, com média de 43,56 $(\pm 9,19)$ para G1 e 47,11 (\pm 9,44) para G2.

Estes resultados acompanham os dados normativos do Teste de Pfister para essa faixa etária, tanto para as crianças de sete a 11 anos, quanto os dados utilizados para adolescentes de 12 a 17 anos, que apontam para a síndrome de normalidade como a mais frequente, seguida pela síndrome fria. A síndrome de normalidade pode indicar capacidade de manutenção de conduta adaptada, estabilidade e equilíbrio emocional. Por outro lado, pode também estar associada a mecanismos inibitórios, que denotam excessivo esforço para preservar este equilíbrio, gerando pseudonormalidade. Já a síndrome fria representa a capacidade de controle de impulsos ou inibição, porém o seu aumento exagerado, principalmente em decorrência da elevação do violeta, pode estar associado a quadros psicopatológicos.

Na tentativa de examinar a distribuição dos casos em relação ao esperado para a idade, os participantes de cada grupo foram individualmente comparados com relação aos referenciais normativos, respeitando-se as normas específicas por faixa etária: sete a 11 anos e 12 a 17 anos. Seus resultados foram classificados como abaixo da média, na média, acima da média em relação às escolhas cromáticas e as síndromes do Pfister, contando-se os casos em cada uma dessas posições, comparando-se os grupos em termos de sua distribuição. Esses dados estão compilados na Tabela 19.

Tabela 19. Distribuição (frequência simples e porcentagem) dos participantes dos grupos e sua comparação estatística em função do padrão normativo nas cores do Teste de Pfister.

			Análise	descritiva		Análise Comparativa	
Cores em às nor			Grupo clínico (n=20)		comparação =20)	x^2	p
		f	%	f	%		-
	Abaixo	6	30	4	20		
Azul	Média	12	60	9	45	3,60	0,16
	Acima	2	10	7	35		
	Abaixo	4	20	6	30		
Vermelho	Média	10	50	8	40	0,62	0,73
	Acima	6	30	6	30		
	Abaixo	5	25	6	30		
Verde	Média	11	55	9	45	0,40	0,82
	Acima	4	20	5	25		
	Abaixo	9	45	9	45		
Violeta	Média	5	25	7	35	0,73	0,69
	Acima	6	30	4	20		
	Abaixo	10	50	4	20		
Laranja	Média	6	30	9	45	0,40	0,14
	Acima	4	20	7	35		
	Abaixo	9	45	9	45		
Amarelo	Média	5	25	3	15	0,78	0,67
	Acima	6	30	8	40		
	Abaixo	6	30	7	35		
Marrom	Média	1	5	-	-	1,07	0,58
	Acima	13	65	13	65		
	Abaixo	13	65	11	55		
Preto	Média	5	25	4	20	1,56	0,46
	Acima	2	10	5	25		
	Abaixo	8	40	14	70		
Branco	Média	2	10	3	15	5,61	0,06**
	Acima	10	50	3	15		
	Abaixo	11	55	8	40		
Cinza	Média	4	20	-	-	7,35	0,02*
	Acima	5	25	12	60		

^{*}Diferença estatisticamente significativa ($p \le 0.05$).

^{**}Diferença entre G1 e G2 com tendência à significância estatística.

Os participantes de G1 e G2 não sinalizaram diferenças estatisticamente significativas em sua distribuição em relação aos parâmetros normativos das cores do Pfister, com exceção da cor cinza. Nessa cor, o grupo clínico evidenciou significativo maior número de casos com reduzido uso do cinza, enquanto os participantes de G2 concentraram-se acima da média normativa nessa cor (V de Cramer = 0,43), tendo esta diferença um tamanho de efeito médio. Houve também tendência à diferença estatisticamente significativa na distribuição dos casos de G1 e G2 no tocante à cor branca, onde o grupo de comparação apresentou maior concentração de participantes com branco abaixo da média normativa, enquanto o grupo clínico teve maior concentração de casos acima do esperado.

Em relação aos possíveis desvios de G1 e de G2 em relação aos referenciais normativos nas síndromes cromáticas do Pfister, elaborou-se a Tabela 20. Os dados foram compilados com a mesma estratégia técnica utilizada na comparação das cores em relação às normas, levando-se em consideração a faixa etária dos participantes (sete a 11 anos ou 12 a 17 anos).

Tabela 20. Distribuição (frequência simples e porcentagem) dos participantes dos grupos e sua comparação estatística em função do padrão normativo nas síndromes cromáticas do Teste de Pfister.

a. 1 a			Análise o	descritiva		Análise Comparativa	
Síndromes Co		G1 (r	G1 (n=20)		n=20)	2	
em relação às normas		f	%	f	%	x^2	p
	Abaixo	1	5	1	5		
Normalidade	Média	18	90	16	80	1,12	0,57
	Acima	1	5	3	15		
	Abaixo	2	10	3	15		
Estímulo	Média	13	65	12	60	0,24	0,89
	Acima	5	25	5	25		
	Abaixo	5	25	4	20		
Fria	Média	13	65	13	65	0,31	0,85
	Acima	2	10	3	15		
Incolor	Abaixo	8	40	9	45		
	Média	7	35	8	40	0,62	0,73
	Acima	5	25	3	15		

Não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos no tocante à distribuição dos casos nas síndromes cromáticas do Pfister em relação às expectativas normativas, considerando-se a faixa etária de seus participantes. A maioria dos casos apresentou frequência dentro da média em todas as síndromes, com exceção da Síndrome Incolor. Nesta síndrome houve maior concentração dos participantes com frequência abaixo do esperado, atingindo 40% em G1 e 45% em G2, mas com variação muito pequena em relação ao número de casos compatíveis com as expectativas médias nessa síndrome. Esses achados fazem pensar que, no geral, ambos os grupos de crianças e adolescentes conseguem manter adequado padrão adaptativo em termos de funcionamento afetivo e intelectual, a partir das informações possíveis com o Teste de Pfister.

Outra variável a ser avaliada no Teste de Pfister refere-se à Fórmula Cromática (FC), composta por quatro algarismos: Constância Absoluta (CA = quantidade de cores utilizadas nas três pirâmides), Constância Relativa (CR = número de cores empregadas em duas pirâmides), Variabilidade (V = quantidade de cores utilizadas em uma pirâmide) e Ausência (Aus = número de cores ausentes no protocolo). A análise comparativa da distribuição destes algarismos (CA : CR : V : Aus) oferece informações acerca da amplitude cromática e grau de estabilidade ou variabilidade das escolhas realizadas pelos respondentes. A distribuição dos resultados relativos à Fórmula Cromática dos participantes de G1 e G2 pode ser visualizada na Tabela 21.

Alassians de F.C.*	Cm. a **	Análi	se descritiva	Análise Co	omparativa	
Algarismo da F.C.*	Grupo**	Média	Desvio padrão	t	p	
Constância Absoluta	G1	3,40	2,48	0.61	0.55	
	G2	3,95	3,19	-0,61	0,55	
Constância Relativa	G1 3,2:		1,02	0.82	0.41	
	G2	2,85	1,90	0,83	0,41	
Variabilidade	G1	1,95	1,70	1 21		
	G2	2,70	2,18	-1,21	0,23	
Ausência	G1	1,35	1,69	1.02	0.06	
	G2	0,50	1,00	1,93	0,06	

^{*}FC = fórmula cromática do Teste de Pfister.

A comparação estatística dos valores médios destes algarismos da fórmula cromática do Pfister entre os grupos não evidenciou diferenças significativas. Tanto as crianças e adolescentes em tratamento oncológico, quanto os seus pares saudáveis, apresentaram maiores índices de Constância Absoluta, repetindo com frequência as cores selecionadas para compor suas três pirâmides. Este dado é esperado em crianças e adolescentes e pode sinalizar receptividade e estabilidade nas escolhas cromáticas realizadas. Vale destacar, contudo, o maior valor médio do algarismo de Ausência no grupo clínico, dado que atingiu tendência à significância estatística na comparação de G1 e G2. O maior número de cores ausentes nas pirâmides sinaliza diminuição da receptividade aos estímulos cromáticos e retraimento pessoal. Assim, é possível pensar que a inicial e aparente receptividade constatada entre as crianças e adolescentes com câncer (G1) seja contrabalanceada por momentos de retraimento ou isolamento, enquanto seus pares pareceram mais estáveis na ampla utilização das cores propostas.

A partir da fórmula cromática do Pfister é possível examinar a amplitude e a variabilidade das vivências afetivas, bem como sua direção predominante (desvio para

^{**}G1 = grupo clínico (n=20), G2 = grupo de comparação (n=20).

esquerda ou para direita), o que também foi considerado nos casos avaliados. Esses dados compõem a Tabela 22.

Tabela 22. Distribuição (frequência simples e porcentagem) dos participantes dos grupos e sua comparação estatística em relação à amplitude, variabilidade e desvio da Fórmula Cromática do Teste de Pfister.

	Classificação do E.C.*		Análise d		Análise Comparativa		
Classific	eação da F.C.*	G1 (n=20)		G2 (n	G2 (n=20)		
		f	%	f	%	x^2	p
A monlitudo	Ampla	16	80	19	95	2,06 0,1	0.15
Amplitude	Moderada/Restrita	4	20	1	5	2,00	0,15
	Constante	6	30	10	50		
Variabilidade	Flexível	14	70	9	45	3,08	0,21
	Lábil	-	-	1	5		
	Esquerda	11	55	11	55		
Desvio	Empate entre lados	2	10	-	-	2,25	0,32
	Direita	7	35	9	45		

^{*}F.C. = Fórmula Cromática do Teste de Pfister.

Em ambos os grupos notou-se preponderância de fórmulas cromáticas classificadas como amplas, sem diferença estatisticamente significativa entre a distribuição dos casos do grupo clínico e de comparação. A amplitude cromática refere-se à abertura individual aos estímulos externos, notando-se disposição dos voluntários nessa direção.

A fórmula cromática também é analisada no tocante à variação das escolhas cromáticas, examinada a partir dos seus algarismos. Assim, percebe-se que quanto maior o número de cores repetidas nas pirâmides (CA e CR), maior a estabilidade nas escolhas das cores. Neste aspecto, verificou-se que as fórmulas cromáticas do grupo clínico foram classificadas, em maior número, como flexíveis, embora sem diferença estatisticamente significativa com relação a G2.

Este dado converge com a análise da variação cromática, onde se observou que crianças e adolescentes de G1 variaram entre momentos de receptividade e de retraimento, talvez sugestivo de maior flexibilidade, enquanto seus pares saudáveis (G2) se mantiveram com maior constância em estado de receptividade cromática e afetiva. Devido à elevada concentração dos participantes nas categorias constantes ou flexíveis, 55% das crianças e adolescentes de ambos os grupos apresentaram desvio na Fórmula Cromática tendendo à esquerda, marcando sinal de abertura ao contato com o mundo externo.

No Teste de Pfister é importante examinar também o processo de execução das pirâmides, indicativos do estilo individual de abordagem dos estímulos na realização da tarefa proposta. Podem aparecer comportamentos mais uniformes, variados ou descontínuos na construção das três pirâmides. De acordo com estes aspectos, a execução no Teste de Pfister é classificada como: a) metódica ou sistemática (quando as três pirâmides são executadas por um mesmo procedimento de colocação dos quadrículos, sem variações); b) ordenada (quando a atividade é executada a partir de um padrão relativamente constante, mas com variações que denotam flexibilidade nas três pirâmides); c) desordenada (quando há variação na elaboração das pirâmides, com muitas trocas ou alterações frequentes das cores); d) relaxada (modo de desenvolver a tarefa é desorganizado, de forma que não é possível identificar padrão ou princípio algum).

Além da execução, o modo de colocação dos quadrículos no Teste de Pfister reflete a maneira como a pessoa dispõe as cores nos esquemas de pirâmides. Aqui a avaliação é realizada para cada pirâmide, ou seja, cada protocolo totaliza três modos de colocação. Diante da diversidade nessa variável do Pfister, os dados foram sistematizados em função da direção predominante (ascendente ou descendente) e pela lógica de sua colocação na pirâmide, a saber: direta (esquerda para direita) ou inversa (direita para esquerda).

Por fim, as pirâmides ainda são analisadas com relação a seu aspecto formal, ou seja, se constituem tapetes, formações ou estruturas, conforme diretrizes técnicas do Teste de Pfister. A distribuição dos casos de G1 e G2 em relação ao modo de execução das pirâmides, à colocação dos seus quadrículos e a seu aspecto formal encontra-se sistematizada na Tabela 23. Também nela está apresentada a comparação estatística desses resultados.

Tabela 23. Distribuição (frequência simples e porcentagem) dos participantes dos grupos e sua comparação estatística em relação ao processo de execução, modo de colocação e aspecto formal no Teste de Pfister.

			Anális	se descritiva	a	Análise Comparativa	
Variável do Pfister		Grupo clínico (n=20)		Grupo de comparação (n=20)		x^2	p
		f	%	f	%		
	Metódica	5	25,0	5	25,0		
Execução	Ordenada	14	70,0	14	70,0	≤0,001	1,00
	Relaxada	1	5,0	1	5,0		
Colocação	Ascendente	30	50,0	27	45,0		
	Descendente	19	31,7	24	40,0	0,94	0,63
	Outros	11	18,3	9	15,0		
	Direta	27	45,0	40	66,7		
Colocação	Inversa	17	28,3	3	5,0	12,35	≤0,01*
	Outros	16	26,7	17	28,3		
•	Tapetes	38	63,3	40	66,7		
Aspecto	Formações	18	30,0	17	28,3	0,22	0,89
Formal	Estruturas	4	6,7	3	5,0		

^{*}Diferença estatisticamente significativa ($p \le 0.05$).

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 no processo de execução do Teste de Pfister. Ambos realizaram a tarefa majoritariamente de forma ordenada (70% em G1 e G2), seguida por processos metódicos (25% em G1 e G2), com apenas um participante de cada grupo demonstrando execução relaxada.

No tocante aos modos de colocação dos quadrículos nas pirâmides, notou-se que foi mais frequente o estilo ascendente em ambos os grupos, sem diferenças estatisticamente significativas entre estes. Este modo de colocação é mais compatível com princípios lógicos de construção de pirâmides e pode indicar atitudes mais amadurecidas. Ainda no que concerne ao modo de colocação, observou-se a ordem direta com maior incidência em ambos os grupos (G1=45%, G2=67%). Ainda assim, foi constatada diferença estatisticamente significativa nessa variável, sendo que os participantes do grupo clínico apresentaram presença elevada da colocação em ordem inversa, enquanto os participantes do grupo de comparação pouco recorreram a esta estratégia de colocação dos estímulos nas pirâmides. Enquanto a ordem direta é mais habitual, possivelmente devido ao treino de escrita e leitura na cultura ocidental, denotando adequação ao esperado, o sentido inverso é menos frequente e pode representar oposição, negação ou introversão.

Estes resultados, somados aos demais indicadores obtidos pelo Teste de Pfister, sugerem que os participantes em tratamento oncológico apresentaram indícios de maior fechamento em si, buscando momentos de isolamento em maior frequência quando comparados a crianças e adolescentes com desenvolvimento considerado típico. Esses sinais de possível retraimento podem configurar-se como recursos adaptativos, na medida em que estas crianças e adolescentes enfrentam adversidades relacionadas ao adoecimento e tratamento que demandam intenso processo de elaboração psíquica.

4.6. Análises do efeito do sexo, da idade e do tempo de diagnóstico do câncer

A literatura científica da área de Oncologia Pediátrica aponta que algumas características sociodemográficas dos pacientes podem influenciar sua forma de vivenciar e reagir ao adoecimento oncológico e seu tratamento. As principais variáveis destacadas na literatura são sexo, idade e tempo de diagnóstico do câncer. Diante disso, foram realizadas análises estatísticas específicas (teste t de Student ou o Teste Chi-quadrado) de modo a examinar o possível efeito dessas variáveis sobre os resultados nos diferentes instrumentos de avaliação psicológica utilizados neste estudo.

Diante da identificação de reduzido número de diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2, os dois grupos foram tomados em conjunto para se avaliar a possível influência de características sociodemográficas nos resultados dos indivíduos. Foram examinados todos os indicadores técnicos dos vários instrumentos de avaliação psicológica utilizados. Em decorrência do número elevado de dados derivados destas análises, serão apresentados apenas os achados com significância estatística nas comparações dos indivíduos avaliados, sem considerar seu pertencimento a G1 ou a G2.

Desse modo, na Tabela 24, constam os resultados influenciados pela idade dos indivíduos avaliados. O total de participantes foi subdividido em duas faixas etárias: 7-11 anos e 12-17 anos, comparando-se o conjunto de variáveis dos diversos instrumentos avaliativos utilizados na pesquisa.

Tabela 24. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função da faixa etária dos participantes (n=40).*

Instrumento	Faixa	Análi	se Descritiva	Ana	álise Con	nparativa
e variável	etária	Média	Desvio Padrão	t	p	d de Cohen
RAF: Organização	07 - 11	6,31	1,15	2,04	0,048	0,64
da rotina	12 - 17	5,49	1,38			
SDQ: Problemas de	07 - 11	2,05	2,10	2,38	0,02	0,78
Conduta	12 - 17	0,72	1,18			
SDQ:	07 - 11	4,36	2,84	2,75	0,01	0,88
Hiperatividade	12 - 17	2,11	2,22			
Rorschach:	07 - 11	0,09	0,29	-2,39	0,02	0,72
Paisagem	12 - 17	0,44	0,62			
Rorschach:	07 - 11	30,86	8,14	-2,53	0,02	0,80
Terceira Fórmula	12 - 17	36,98	6,94			
Pfister:	07 - 11	8,99	4,47	2,02	0,05	0,64
Laranja	12 - 17	6,05	4,69			

^{*}São apresentadas apenas as variáveis dos instrumentos avaliativos onde houve diferença estatisticamente significativa em função da faixa etária, utilizando-se o conjunto de indivíduos avaliados (n=40).

A partir dessas análises foi verificado, entre os participantes mais novos (sete a 11 anos), as seguintes especificidades em seus resultados: (a) os pais ou cuidadores referiam maior facilidade na supervisão e manutenção de sua rotina no ambiente familiar; (b) maiores índices de problemas de conduta e hiperatividade na percepção dos responsáveis; (c) frequência maior do uso de laranja nas pirâmides do Pfister. Em contraponto, com os participantes de mais velhos do estudo (12 a 17 anos), constatou-se: (a) maior frequência do conteúdo paisagem no Rorschach, embora de baixa incidência em todos os casos; (b) maior o valor médio da terceira fórmula afetiva no Rorschach, ou seja, maior a mobilização emocional diante dos estímulos cromáticos apresentados no momento da avaliação. O tamanho do efeito destas diferenças oscilou entre médio a grande, como se vê pelo valor do *d* de Cohen (Tabela 24).

A eventual influência da variável sexo nos resultados do total de participantes avaliados por meio dos diversos instrumentos utilizados no estudo também foi examinada por meio de análise estatística adequada ao tipo de variáveis. Chegou-se, desse modo, aos dados da Tabela 25.

Tabela 25. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função do sexo dos participantes (n=40).*

Instrumento		Análise l	Descritiva	Ana	álise Con	nparativa
e variável	Sexo	Média	Desvio Padrão	t	p	d de Cohen
SDQ:	Feminino	9,73	0,77	2,25	0,03	0,68
Comportamento Pro-Social	Masculino	8,61	2,17			
Rorschach: TLm	Feminino Masculino	12,25 18,92	6,91 12,98	-2,08	0,04	0,64
Pfister: Vermelho	Feminino Masculino	20,10 12,72	7,40 7,26	3,17	≤0,01	1,00

^{*}São apresentadas apenas as variáveis dos instrumentos avaliativos onde houve diferença estatisticamente significativa em função do sexo, utilizando-se o conjunto de indivíduos avaliados (n=40).

Tornou-se possível identificar apenas três específicas diferenças estatisticamente significativas vinculadas ao sexo dos participantes, sendo uma no SDQ (comportamento prósocial), uma no Rorschach (TLm) e outra no Pfister (cor vermelha). Assim, entre as meninas foi possível verificar: (a) maiores índices de comportamento pró-social, de acordo com a percepção de pais ou cuidadores; (b) menor tempo de latência médio nas respostas aos cartões do Rorschach; (c) maior frequência do uso do vermelho no Pfister. Novamente, o tamanho do efeito destas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis técnicas apontadas oscilou entre médio a grande, como mostra o valor do d de Cohen na Tabela 25.

Ainda em relação ao sexo foi constatada diferença estatisticamente significativa na distribuição dos participantes em relação ao modo de colocação dos quadrículos nas pirâmides do Teste de Pfister. Esse dado pode ser visualizado na Tabela 26.

Tabela 26. Distribuição (frequência simples) dos modos de colocação no Pfister e sua comparação estatística em função do sexo.*

Instrumento e variável		Análise l	Descritiva	Análise Comparativa			
		Feminino	Masculino	x^2	p	<i>V</i> de Cramer	
Pfister: Modo	Ascendente	26	31				
de Colocação	Descendente	32	11	10,40	≤0,01	0,29	
	Outras	8	12				

^{*}Apenas no modo de colocação do Teste de Pfister houve diferença estatisticamente significativa em função do sexo, utilizando-se o conjunto de indivíduos avaliados (n=40).

A partir dessa análise foi possível identificar que o modo de colocação mais frequente entre os participantes do sexo masculino foi o ascendente, enquanto o grupo feminino utilizou, com significativa maior frequência, o modo descendente de preencher as pirâmides do Pfister. A distribuição desses tipos de colocação foi significativamente influenciada pelo sexo do respondente, sendo, no entanto, uma diferença específica e com pequeno tamanho de efeito (V de Cramer = 0,29), o que minimiza sua possibilidade interpretativa.

Os resultados apontaram reduzido número de variáveis com diferenças estatisticamente significativas em função da idade e do sexo dos respondentes. Diante disso, procurou-se esmiuçar as análises realizadas focalizando, a seguir, apenas o Grupo Clínico (G1). A mesma estratégia de exame das variáveis foi realizada, considerando-se a idade, o sexo e o tempo de diagnóstico do câncer nas crianças e adolescentes em tratamento. Recorreuse à comparação de resultados médios (teste t de Student) ou a análise comparativa da distribuição dos casos em função de variáveis categóricas (teste Chi-quadrado). Apesar da relevância destas análises diante das considerações encontradas na literatura do campo de conhecimento da Oncologia Pediátrica, é preciso ressaltar que estes testes estatísticos foram realizados com número muito reduzido de participantes (G1, n=20), demandando muito cuidado na interpretação dos resultados.

A análise do possível efeito da idade sobre os resultados de G1 resultou nos dados apresentados na Tabela 27. Mais uma vez ela contém apenas as variáveis onde foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em função da faixa etária dos participantes do grupo clínico.

Tabela 27. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função da faixa etária dos participantes do grupo clínico (n=20).*

Instrumento e	Faixa etária	Análise Descritiva		Análise Comparativa			
variável	(anos)	Média	Desvio Padrão	t	p	d de Cohen	
SDQ: Problemas de	07 - 11	2,73	2,61	2,26	0,04	1,04	
Conduta	12 - 17	0,56	1,33				
Rorschach: D%	07 – 11 12 – 17	33,78 49,81	20,36 9,24	-2,18	0,04	1,01	
Rorschach:	07 - 11	0,09	0,30	-2,45	0,02	1,06	
Paisagem	12 - 17	0,67	0,71	·	ŕ	·	
Pfister: Algarismo CA**	07 – 11 12 – 17	4,91 1,56	1,81 1,88	4,05	≤0,01	1,81	
Pfister: Algarismo V**	07 – 11 12 – 17	1,27 2,78	1,56 1,56	-2,15	0,046	0,96	
Pfister: Algarismo AUS**	07 - 11 $12 - 17$	0,55 2,33	0,69 2,06	-2,71	0,01	1,15	
Pfister: Cinza	07 - 11 $12 - 17$	5,25 1,48	2,68 2,22	3,37	≤0,01	1,53	

^{*}São apresentadas apenas as variáveis dos instrumentos avaliativos onde houve diferença estatisticamente significativa em função da faixa etária, utilizando-se apenas os casos de G1 (n=20).

Avaliando apenas as crianças e adolescentes em tratamento oncológico, foi verificado, entre os participantes mais novos: (a) manifestação mais frequente de problemas de conduta,

^{**}Algarismos da Fórmula Cromática do Teste de Pfister, a saber: CA = constância absoluta; V = variabilidade; AUS = ausência.

na percepção dos pais ou cuidadores; (b) menores índices de D% no Rorschach, ou seja, atenção menos voltada a aspectos pregnantes da realidade, em comparação com os participantes mais velhos; (c) menor frequência de conteúdos associados a paisagens no Rorschach. No teste de Pfister, foi constatado também na faixa etária de crianças mais novas: (d) índices mais elevados do Algarismo de Constância Absoluta; (e) índices mais rebaixados nos Algarismos de Variabilidade e Ausência na Fórmula Cromática; (f) maior frequência da cor cinza. Estas diferenças alcançaram tamanho de efeito grande, como se vê pelos valores de d de Cohen apresentados (Tabela 27).

Ainda em relação ao Teste de Pfister entre as crianças e adolescentes do grupo clínico, foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos etários no que concerne ao Aspecto Formal. Os achados referentes a essa análise encontram-se na Tabela 28.

Tabela 28. Distribuição (frequência simples) dos tipos de formação no Pfister e sua comparação estatística em função da faixa etária do grupo clínico (n=20).*

	Análise Descritiva			Análise Comparativa			
Instrumento e variável		7 a 11 anos	12 a 17 anos	x^2	p	<i>V</i> de Cramer	
Pfister:	Tapetes	29	9				
Aspecto	Formações	4	14	19,68	≤0,001	0,57	
Formal	Estruturas	-	4				

^{*}São apresentadas apenas as variáveis dos instrumentos avaliativos onde houve diferença estatisticamente significativa em função da faixa etária, utilizando-se apenas os casos de G1 (n=20).

Os participantes mais novos de G1 produziram tapetes em maior frequência, enquanto os mais velhos construíram mais formações e estruturas. O tamanho do efeito desta diferença foi grande, como pode ser visualizado pelo valor do V de Cramer.

Em relação a possível influência do sexo nos resultados de G1 tem-se que, do conjunto de análises realizadas, emergiram como diferenças estatisticamente significativas as variáveis apontadas na Tabela 29.

Tabela 29. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função do sexo dos participantes do grupo clínico (n=20).*

		Análise Descritiva		Análise Comparativa			
Instrumento e variável	Sexo	Média	Desvio Padrão	t	p	d de Cohen	
SDQ: Comportamento	Feminino	9,90	0,32	2,33	0,03	1,04	
Pró-Social	Masculino	8,40	2,01				
Pfister: Vermelho	Feminino Masculino	22,67 13,56	8,56 8,54	2,38	0,03	1,06	
Pfister: Violeta	Feminino Masculino	15,34 7,56	3,05 6,13	3,60	0,002	1,60	

^{*}São apresentadas apenas as variáveis dos instrumentos avaliativos onde houve diferença estatisticamente significativa em função do sexo, utilizando-se apenas os casos de G1 (n=20).

Os achados dessas análises apontaram que, entre crianças e adolescentes em tratamento oncológico, o grupo feminino apresentou três diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo masculino, sendo todas de grande tamanho de efeito. As meninas apontaram: (a) maior frequência de comportamento pró-social, conforme a percepção de seus pais ou cuidadores; (b) maior frequência das cores vermelho e violeta no Pfister.

Por fim, foram realizadas as análises estatísticas referentes à possível influência do tempo de diagnóstico oncológico sobre os resultados de G1 nos vários instrumentos de avaliação utilizados. Os casos foram subdivididos da seguinte maneira: indivíduos com tempo de diagnóstico de câncer igual ou inferior a 12 meses (n=10) e indivíduos com longo tempo de diagnóstico oncológico, ou seja, superior a 12 meses (n=10). Os dados que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre esses subgrupos de indivíduos de G1 compõem a Tabela 30.

Tabela 30. Resultados médios e comparação estatística dos vários instrumentos avaliativos em função do tempo de diagnóstico oncológico nos participantes do grupo clínico (n=20).*

Instrumento e	Tempo de	Análise Descritiva		Análise Comparativa		
variável	diagnóstico	Média	Desvio Padrão	t	p	<i>d</i> de Cohen
CCEB	≤ 12 meses > 12 meses	32,50 25,10	5,32 5,88	0,77	0,01	1,31
RAF: Recursos no ambiente físico	≤ 12 meses > 12 meses	5,23 3,99	0,99 1,00	2,79	0,01	1,24
IPFS: Afetividade	≤ 12 meses > 12 meses	36,50 27,10	4,90 11,54	2,37	0,03	1,06
IPFS: Autonomia	≤ 12 meses > 12 meses	15,60 12,20	0,70 3,61	2,92	0,01	1,30
IPSF: Total	≤ 12 meses > 12 meses	76,10 59,00	6,97 21,24	2,42	0,03	1,08
Rorschach: TLm	≤ 12 meses > 12 meses	20,17 9,95	12,89 5,52	0,01	0,03	1,03
Rorschach: ∑kan	≤ 12 meses > 12 meses	1,10 2,60	1,29 1,51	0,65	0,03	1,06
Rorschach: ∑k	≤ 12 meses > 12 meses	1,20 3,30	1,32 1,57	0,45	≤0,01	1,44
Rorschach: A	≤ 12 meses > 12 meses	7,80 4,50	3,91 2,51	0,22	0,04	1,00
Rorschach: A%	≤ 12 meses > 12 meses	61,54 41,81	23,15 12,31	0,06	0,03	1,06
Rorschach: Anat	≤ 12 meses > 12 meses	1,00	- 1,05	-	0,01	1,34

Foram encontrados 11 indicadores técnicos dos instrumentos de avaliação psicológica que se mostraram influenciados pelo tempo de diagnóstico do câncer entre as crianças e os adolescentes do grupo clínico. Foi possível identificar que o menor tempo de diagnóstico (igual ou inferior a um ano) vinculou-se a: (a) classificação econômica mais favorecida; (b) maior preservação de recursos no ambiente físico da família; (c) maior identificação, por parte dos pais ou cuidadores, de afetividade, autonomia e possibilidade de suporte advindo de suas redes familiares de apoio. No Rorschach, os participantes que haviam recebido o diagnóstico há menos de um ano apresentaram ainda: (d) maior tempo de latência médio; (e) menor frequência de respostas com determinantes de movimento animal ou pequenas cinestesias; (f) maior frequência de respostas com conteúdos animais; (g) menor número de respostas de conteúdos anatômico. As diferenças supracitadas tiveram tamanho de efeito grande.

Uma breve síntese dos achados dessas últimas análises estatísticas permite apontar que o sexo e a idade pouco influenciaram os resultados das crianças e adolescentes nos diversos instrumentos de avaliação psicológica utilizados neste trabalho. Poucas especificidades emergiram e estas, sim, deverão ser consideradas com maior rigor no momento de análises interpretativas dos resultados. No entanto, cabe por fim destacar que o tempo de diagnóstico se constituiu em variável importante para se compreender características do ambiente familiar e de indicadores de personalidade de indivíduos de sete a 17 anos de idade, como presentemente avaliados.

5. DISCUSSÃO

Diante dos objetivos propostos no presente estudo, foi possível sistematizar informações acerca das características de personalidade de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, bem como sobre seus recursos adaptativos utilizados frente ao adoecimento. As considerações a seguir têm a função de colaborar no campo científico da Oncologia Pediátrica a partir da perspectiva da avaliação psicológica, almejando estimular o desenvolvimento da assistência às crianças, adolescentes e seus familiares, quando se deparam com o diagnóstico e o tratamento do câncer.

Inicialmente, serão abordados aspectos relacionados à amostra avaliada, procurando dimensionar seu impacto nos resultados e em possibilidades de aplicação do conhecimento obtido. Cada delineamento de pesquisa possui limites e alcances, sendo esta a perspectiva preliminar a ser pensada nesse momento, sobretudo ao se comparar grupo clínico de crianças e de adolescentes em relação a pares com desenvolvimento considerado típico para sua idade. É preciso destacar que houve esforços no sentido do balanceamento do grupo de comparação com o grupo clínico, obtendo-se conjunto de indivíduos comparáveis.

Em relação à idade, sexo, origem escolar e classificação econômica, os participantes de ambos os grupos apresentaram distribuições similares, de forma que, por mais que seja constatada variabilidade intragrupo, o balanceamento destes aspectos favorece o adoecimento enquanto principal variável que diferencia os agrupamentos de participantes. Esse cuidado metodológico é importante no tipo de trabalho em foco, pois a complexidade do quadro em estudo exige esforços sistemáticos para reduzir eventuais variáveis de confundimento na pesquisa. Ainda assim foi verificado, entre crianças e adolescentes em tratamento oncológico, maior prevalência de configurações familiares monoparentais. Esse achado, embora específico, deve ser aqui considerado frente a literatura científica da área.

Estudos apontam que o diagnóstico oncológico em criança ou adolescente, juntamente com as demandas geradas pelo complexo tratamento necessário nos casos de câncer, mobiliza importantes transformações na dinâmica familiar (Landolt, Vollrath, Niggli, Gnehm & Sennhauser, 2006; Pai et al., 2007; Rodrigues & Polidori; 2012; Woodgate, 1999). Os pais ou responsáveis pelo paciente são impelidos a amplo processo de reorganização nas rotinas de vida, exigindo flexibilização e disposição para mudanças em prol da nova realidade. Essa exigência, no entanto, pode gerar ou potencializar conflitos latentes no casal parental, podendo até favorecer situações de separação conjugal em contextos de vínculos pouco disponíveis para as mudanças exigidas pelo contexto. Diante dessa ponderação, pode-se refletir sobre o elevado índice de famílias monoparentais identificado no atual grupo clínico, compatível com os argumentos presentes na literatura científica da área.

Entretanto, não foi possível avaliar o histórico familiar dos participantes avaliados, de modo que inexiste dado referente ao momento da separação conjugal ocorrida em parte dos casos de G1. Como não há informações sobre o momento dessas separações (se ocorreram anterior ou posteriormente ao diagnóstico do câncer), não há dados suficientes que permitam associar o maior número de casos de famílias monoparentais em G1 com a ocorrência do diagnóstico do câncer. Pode-se pensar que novos estudos neste sentido seriam úteis, de modo a clarificar o impacto do adoecimento oncológico infanto-juvenil (filho ou filha) no relacionamento conjugal de seus cuidadores.

No que concerne às características do grupo clínico, houve predominância da Leucemia como diagnóstico mais frequente entre as crianças e adolescentes avaliados, atingindo 45% dos participantes. Como foram excluídos os casos de Leucemia Mielóide Crônica (em função de suas características médio-clínicas), nota-se que esta proporção se deve à elevada prevalência de casos de Leucemia Linfóide Aguda. Tal dado acompanha e supera os dados demográficos encontrados na literatura, que apontam para Leucemia como

neoplasia mais comum na infância e na adolescência, com cerca de 31,6% do total de diagnósticos oncológicos realizados nestas etapas desenvolvimentais (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2008, 2014).

Em relação às variáveis associadas ao contexto familiar, a partir do inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF), notou-se que, apesar das demandas que emergem com o adoecimento, as famílias de crianças e adolescentes em tratamento oncológico conseguiram manter e preservar seus potenciais e ambientes de convívio, respondendo a esta nova realidade de forma adaptativa. Quando uma criança ou adolescente é diagnosticado com uma doença oncológica, inicia-se uma série de transformações, tanto em nível individual, quanto familiar. Em relação a este último aspecto, destaca-se a necessidade de um dos pais ou cuidadores dedicar-se integralmente ao tratamento e o afastamento da criança ou adolescente do ambiente escolar. Estas são mudanças concretas, que implicam em reorganização cotidiana, ressaltando-se a possibilidade de ocorrência de mudanças em relação às configurações vinculares, associadas ao contato com a ameaça de perdas físicas ou simbólicas.

Esta condição de reorganização apresentada pela dinâmica familiar dos participantes avaliados é apontada na literatura científica como característica fortemente associada a desfechos positivos em relação ao ajustamento psicológico dos sobreviventes, quando o desenvolvimento e busca por autonomia da criança ou do adolescente são preservados durante o tratamento. Por outro lado, caso esta reorganização esteja associada a elevado nível de estresse e à falta de suporte familiar ao cuidador, este pode vivenciar sobrecarga, no geral repercutindo negativamente no ajustamento psicológico da criança em tratamento (Banner et al., 1996; Wolfe-Christensen et al., 2010).

Já os resultados obtidos pelo Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) apontaram que os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes em tratamento oncológico percebem elevada possibilidade de suporte e apoio advindo de suas redes familiares. Esta informação, somada aos indícios de capacidade de manutenção dos recursos familiares evidenciados pelo inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF), sugere comportamento adaptativo das famílias dos participantes que se encontram em tratamento oncológico. Isso pode influenciar positivamente as estratégias pessoais que serão adotadas pelas crianças e pelos adolescentes em seu processo adaptativo às demandas derivadas do câncer e de seu tratamento (Banner et al., 1996; Sanjari et al., 2008; Walsh, 2005; Wolfe-Christensen et al., 2010).

Vale ressaltar, entretanto, que este mapeamento de algumas variáveis da rede familiar não permite determinar quais foram os recursos adaptativos utilizados pelas famílias avaliadas. Sinalizam que a condição familiar é aspecto relevante nesse processo de adaptação ao contexto do tratamento oncológico. Como já apontado por Giammona e Malek (2002), a disponibilidade do recurso (apoio familiar) não significa que o cuidador irá de fato recorrer à rede familiar para auxiliá-lo em momentos de dificuldades. Assim, o benefício ou não deste apoio social dependerá, em última instância, de condição de cada pai ou responsável para contar com os seus familiares e de sua abertura para receber ajuda, quando necessária.

Desta forma, os resultados obtidos pelos instrumentos RAF e IPSF ofereceram indícios de preservação das configurações e recursos familiares nos dois grupos avaliados. Fortaleceu-se, desse modo, a hipótese de positivo processo adaptativo vivenciado pelas famílias do grupo clínico deste trabalho, mesmo diante da experiência de câncer em seus filhos de sete a 17 anos de idade. Em outras palavras, evidenciaram ser possível a adaptação familiar, com preservação de sua dinâmica e recursos próprios, frente a adversidade a que foram expostos pelo câncer e seu complexo tratamento.

Para a análise da percepção que os pais têm acerca do desenvolvimento e dificuldades das crianças e adolescentes avaliados, recorreu-se ao Questionário de Capacidades e

Dificuldades (SDQ). Primeiramente, cabe considerar que este instrumento consistiu em parâmetro de exclusão de participantes no grupo de comparação, quando a pontuação sinalizava presença de dificuldades significativas, pois o objetivo foi montar um grupo considerado como possuidor de desenvolvimento típico para sua idade. Desta forma, seria esperada diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que concerne à pontuação geral no SDQ, ou seja, quanto aos indicadores de saúde mental. Ainda assim, em ambos os grupos, a maioria dos pais ou cuidadores compreendia que as crianças ou adolescentes encontravam-se dentro da faixa de normalidade para suas respectivas faixas etárias. No entanto, na percepção dos cuidadores das crianças e adolescentes com câncer, quando seus filhos sinalizavam dificuldades essas eram de natureza emocional ou relacionada a problemas nas interações sociais com os pares.

Em relação à interação social, é importante considerar que, ao longo do tratamento oncológico, crianças e adolescentes são distanciados de seus respectivos ambientes escolares, ainda que por períodos predeterminados. A ausência escolar ao longo do tratamento implica no distanciamento de pares e professores que, muitas vezes, compõem a rede de apoio já conhecida e auxiliam na configuração de marcas identitárias. Além disso, o afastamento da escola ocasiona perda dos estímulos presentes em sala de aula, tanto concretos (como os materiais educativos), quanto subjetivos e dinâmicos, como os vínculos construídos com as pessoas que transitam neste ambiente (Askins & Moore, 2008; Eiser, 1998; Turner-Sack et al., 2012; Van Dongen-Melman & Sanders-Woudstra, 1986). Baum & Baum (1989) destacam a ausência escolar como aspecto deflagrador de importante mobilização emocional nas crianças e adolescentes em tratamento oncológico, podendo refletir em isolamento, tristeza, agitação e descargas emocionais, bem como receio diante de contatos sociais, por se associarem com rebaixamento na autoestima e conflitos identitários.

Desta forma, compreende-se que as ausências escolares podem, inclusive, potencializar tendências ao isolamento e retração social, permitindo a emergência de sintomas de caráter emocional. Estudos que se voltam à investigação das estratégias de enfrentamento de crianças e adolescentes com câncer frequentemente referem o uso de mecanismos resolutivos voltados para o problema em si (exterior), em detrimento do foco nas emoções, principalmente no contexto ocidental (Castellano-Tejedor, 2015; Gil, 2005; Koocher, 1986; Li et al., 2011; Van Dongen-Melman & Sanders-Woudstra, 1986).

Assim, possíveis fontes de angústia tendem a permanecer inconscientes, enquanto sonhos e metas, planos e perspectivas futuras favorecem mecanismos de negação da ameaça da terminalidade. Neste contexto, no entanto, esses mecanismos psíquicos exerceriam função adaptativa. Todavia, se faz necessário questionar o impacto deste funcionamento na dinâmica psíquica das crianças e adolescentes durante e após o tratamento oncológico. A inibição do estressor pode trazer obstáculos ao processo de elaboração psíquica, de forma que os esforços visando a adaptação ao longo do tratamento podem se refletir em inadaptações posteriores, quando o sobrevivente se depara com questões da vida diária, para além do adoecimento (Gil; 2005; Janse et al., 2014; Rosenberg et al., 2014).

Diante dessas considerações da literatura científica da área, bem como dos achados atuais, reafirma-se a relevância de se considerar aspectos relacionados às características de personalidade das crianças e adolescentes em tratamento oncológico. A comparação dessas variáveis com pares saudáveis (com desenvolvimento típico para a idade) possibilitará identificar recursos pessoais e dificuldades encontrados diante do adoecimento oncológico, de modo a se tornar possível pensar em variáveis protetoras ou de risco ao desenvolvimento, como almejado no presente trabalho. Optou-se por discutir os dados a partir das funções psicológicas examinadas pelos instrumentos de avaliação utilizados, ou seja, serão explorados fatores relacionados ao funcionamento lógico, afetivo e relacionamentos interpessoais

encontrados na interpretação dos dados advindos do Método de Rorschach e no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

Em relação ao funcionamento lógico, o Método de Rorschach evidencia variáveis referentes as possibilidades de produção e ritmo associativo-interpretativo (R, RA, TLm, TRm) vinculados ao processo do pensamento (G%, D%, Dd%, Dbl%, F%, F+%, F+ext%, A%, K% e Ban%). No que concerne a capacidade de realização, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 nos indicadores de produtividade e ritmo de trabalho sinalizaram que as crianças e adolescentes de ambos os grupos apresentam adequado padrão interpretativo aos cartões, com agilidade e bom funcionamento associativointerpretativo. Estes dados acompanham estudos que verificaram, em casos de pacientes pediátricos em tratamento oncológico, a utilização de estratégias que permitem a preservação dos recursos e adequada adaptação psicológica, sem maiores prejuízos desenvolvimentais e com possibilidade de maior amadurecimento psíquico (Antoniazzi et al., 1998; Fritz & Williams, 1988; Geist, 1979; Turner-Sack et al., 2012).

Os modos de apreensão, determinantes formais e de movimento humano, bem como as proporções de conteúdos humanos e animais nas respostas ao Rorschach configuram indicadores relativos ao funcionamento lógico e estilo de apreensão e organização da realidade. Em ambos os grupos, as crianças e adolescentes priorizaram a interpretação global do ambiente (G%) e os elementos pregnantes ou em destaque da realidade (D%). Apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, os participantes do grupo de comparação captaram com maior frequência detalhes ou minúcias do contexto (Dd%).

Ao examinar os determinantes formais e de movimento, foi verificada semelhança entre os grupos em relação à organização racional, adaptação à realidade e capacidade lógica. Percebe-se que, mesmo com a integração de diversos elementos, a condição discriminativa da realidade foi preservada. Sendo assim, não foram constatados indícios de dificuldades na análise lógica das crianças e adolescentes com câncer, em comparação ao grupo de comparação (F%, F+% e F+ext%). Pelo contrário, verificou-se a integração de elementos afetivos e imaginativos quando em contato com o ambiente, conseguindo coordenar suas demandas impulsivas e racionais (Fext%).

Ainda em relação aos determinantes de movimento nas respostas ao Método de Rorschach, a proporção entre grandes e pequenas cinestesias apontou que as crianças e adolescentes apresentaram, independentemente do grupo, bons indicadores de criatividade e vida imaginativa. Contudo, no grupo clínico houve sinais de maior controle interno na expressão da afetividade, enquanto que, no grupo de comparação, ocorreram indicadores de maior espontaneidade nas vivências emocionais. Diante desse achado poder-se-ia pensar que as possíveis dificuldades que os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes em tratamento oncológico identificaram em seus filhos (como apontado no SDQ) se relacionam a configurações afetivas e de processamento interno das emoções que influenciam o processo de aproximação e relacionamento com o outro, não caracterizando limites pessoais nos participantes, apenas estilos diferenciados de lidar com a mobilização psíquica.

A porcentagem de conteúdos animais nas respostas produzidas por G1 e G2 diante dos estímulos do Rorschach mostrou-se similar, indicando compartilhamento do pensamento com a coletividade e manutenção de mecanismos automatizados de acordo com o esperado, inclusive entre as crianças e adolescentes com câncer. O índice de respostas banais em ambos os grupos fortalece esta perspectiva, acompanhando seus respectivos grupos de referência. A soma do total de respostas de conteúdos animais e humanos foi inferior a 75% tanto no grupo clínico, quando no grupo de comparação, sinalizando diversificação de interesses, com possível riqueza associativa.

Esses achados complementam-se com os indicadores obtidos pelo Teste de Pfister, razão inclusive para se utilizar desses dois instrumentos projetivos de avaliação psicológica

neste estudo. No caso do Pfister, as características do funcionamento lógico podem ser avaliadas sobretudo a partir das variáveis: Fórmula Cromática, Nível Formal, Modo de colocação e porcentagem das cores Branco, Azul e Verde (Loureiro & Romaro, 1985). Em relação às cores supracitadas, foi encontrada tendência à diferença estatisticamente significativa no tocante à cor branca, onde o grupo de comparação apresentou maior concentração de participantes com branco abaixo da média normativa, enquanto o grupo clínico teve maior concentração de casos acima do esperado. Entretanto, cabe destacar aqui que houve diferença estatisticamente significativa diante da cor cinza, mais frequente no grupo de comparação. O cinza, segundo Villemor-Amaral (2014), só teria significado clínico importante quando elevado, associando-se a mecanismos repressivos dos afetos e a certa cautela ou restrição nos contatos emocionais, podendo refletir em problemas de relacionamento. Por ter sido mais frequente em G2, faz pensar que as crianças e os adolescentes com desenvolvimento típico reagiram com mais cuidado ao contato realizado nesse processo de avaliação psicológica, enquanto os participantes de G1 sinalizaram menor uso dessa estratégia defensiva no momento da avaliação.

A análise da Fórmula Cromática do Pfister nos indicou que as crianças e adolescentes, em ambos os grupos, apresentaram inicial e aparente receptividade aos estímulos externos. Porém, entre os participantes em tratamento oncológico, esta abertura foi contrabalanceada por tendências ao isolamento ou retração, enquanto seus pares apresentaram maior estabilidade nas escolhas realizadas. Além disto, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao modo de colocação dos quadrículos nas pirâmides, sendo que as crianças e adolescentes do grupo clínico apresentaram maiores índices de colocação inversa, enquanto os demais concentraram-se no estilo direto, conforme esperado para faixa etária. Este dado pode sinalizar tendência à oposição, negação ou introversão no grupo clínico, caracterizando estratégia psíquica para acomodação do dinamismo interno desses participantes.

Até então, estes indicadores obtidos pelo Método de Rorschach e pelo Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister foram claros em apontar a preservação do funcionamento lógico, associativo e produtivo das crianças e adolescentes avaliados, sem diferenças relevantes para aquelas com adoecimento oncológico. Na literatura da área, encontramos artigos que também apontaram para a possibilidade de preservação dos recursos intelectuais de crianças e adolescentes, independente do adoecimento oncológico (Fritz & Williams, 1988; Phipps et al., 2014). Esta perspectiva é complementada pelo trabalho de Wolfe-Christensen et al. (2010), no qual é destacado que o ajustamento psicológico nestes indivíduos se mostra dependente da intensidade de demandas sobre os cuidadores e de sua habilidade para lidar com o nível de estresse desse contexto. Reafirma-se, desse modo, a relevância de se considerar variáveis do contexto familiar e das características de personalidade das crianças e dos adolescentes para fortalecer positivos processos adaptativos diante do câncer e seu tratamento. A consideração integrada dessas variáveis por parte da equipe multiprofissional pode favorecer o adequado desenvolvimento infanto-juvenil, mesmo em contextos de adversidade, como o grave adoecimento.

Todavia, deve-se atentar às tendências inibitórias e de repressão afetiva identificadas no grupo clínico, ainda que não comprometendo os recursos racionais disponíveis. Essa especificidade de reação emocional não se mostrou influenciada pelas variáveis: idade, sexo ou tempo de diagnóstico dos indivíduos. Assim, é provável que esses estilos de organização afetiva se vinculem ao impacto do adoecimento no mundo interno destas crianças e adolescentes, podendo configurar como recursos adaptativos, na medida em que no momento da avaliação não foi constatado prejuízo nas demais funções psíquicas. Van Dongen-Melman e Sanders-Woudstra (1986) referem o uso, entre crianças e adolescentes com câncer, de mecanismos defensivos que podem favorecer a adaptação ao tratamento, como a negação. Neste sentido, poder-se-ia interpretar o esforço para melhor controlar demandas afetivas como um recurso desenvolvido para favorecer a adaptação ao tratamento da neoplasia.

Para aprofundar a análise relativa a aspectos sócio emocionais, pode-se retomar a análise das vivências afetivas obtidas a partir Método de Rorschach (escola francesa). As crianças e adolescentes de ambos os grupos apresentaram predominância do estilo de extratensivo de vivenciar os afetos, conforme esperado nas faixas etárias avaliadas. Em relação aos recursos potenciais, tanto no grupo clínico, quanto no de comparação, os participantes evidenciaram tendências de natureza introversiva, ou seja, potenciais reflexivos e imaginativos que ainda podem ser desenvolvidos e integrados à personalidade, acrescentando riqueza e complexidade ao mundo interno e contrabalanceando a tendência à extratensividade, supracitada. Neste âmbito, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que concerne aos casos de coartação afetiva, elevados entre as crianças e adolescentes que se encontram em tratamento oncológico, com indícios de inibição. Este resultado reafirmou que, possivelmente, diante das demandas impostas pelo adoecimento e tratamento, as crianças e adolescentes tendem a desenvolver restrições em relação às manifestações emocionais, priorizando o controle psíquico a partir da função lógica.

Este dado pode ser equiparado a indicadores identificados no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Destaca-se a diferença estatisticamente significativa encontrada na frequência das escolhas da cor branca, onde 50% dos participantes de G1 apresentaram resultados acima do referencial normativo (normas para suas correspondentes faixas etárias), enquanto 70% dos participantes de G2 apresentaram resultados abaixo do referencial normativo. O aumento do branco estaria associado à vulnerabilidade, perda do contato com a realidade, ou ausência de estratégias eficazes de controle (Villemor-Amaral, 2005). Contudo, esses dados precisam ser tomados com cuidado, tendo em vista as peculiaridades do desenvolvimento infanto-juvenil (Villemor-Amaral, 2014).

Apesar dessa restrição técnica no processo interpretativo do branco, o aumento da frequência dessa cor nas crianças e adolescentes de G1 pode ser compreendido no contexto de seu tratamento oncológico, que apresenta novas demandas e gera importante mobilização emocional. Assim, as estratégias de autocontrole utilizadas até então podem se tornar insuficientes ou parcialmente eficientes diante da nova realidade, trazendo sensação de vulnerabilidade frente às inevitáveis transformações que vivenciam, o que pode repercutir nesse aumento de controle inibitório.

Ainda assim, no momento da avaliação, não foram verificados indicadores de vivência de angústia na estrutura da personalidade ou de contaminação do funcionamento psíquico ou dos recursos pessoais (Fórmula da Angústia do Rorschach). Assim, pode-se considerar que, durante o tratamento, os recursos voltados à inibição de algumas manifestações emocionais podem representar estratégias adaptativas a este contexto, sem prejuízos maiores em termos de equilíbrio psíquico ou uso dos demais recursos pessoais voltados à adaptação no contexto de vida disponível.

Por fim, em relação à adaptação social, foi verificado, em ambos os grupos, sinais de adequado compartilhar do pensamento coletivo, o que favorece a interação, além do estilo habitual de manifestação afetiva do tipo extratensivo, o que também facilita a interação com outros. Não houve indícios de contaminação da capacidade perceptiva, com preservação da condição de coordenação lógica dos afetos. Apesar dos pais e cuidadores identificarem algumas dificuldades emocionais e de relacionamento social nas crianças e adolescentes em tratamento oncológico (a partir dos dados do SDQ), a avaliação psicológica destes sinalizou abertura ao contato, compartilhamento do pensamento com os pares e busca pela interação, ainda que contraposta a possíveis receios em contatos mais profundos, numa tendência evitativa de maior mobilização emocional.

A literatura da área aponta algumas hipóteses interpretativas para possíveis dificuldades que crianças e adolescentes em tratamento oncológico podem vivenciar no contato com os pares, para além das implicações advindas das ausências escolares, citadas

anteriormente. Para Fritz e Williams (1988), o resguardo ou receio que os sobreviventes apresentam diante de relacionamento (neste caso, amorosos) poderiam estar associados à evitação do confronto com a ameaça de esterilidade. Já segundo Eiser (1998), a experiência do adoecimento e tratamento oncológico mobiliza um processo de ressignificação existencial, no qual as prioridades e as metas são reorganizadas, refletindo em índices diferentes do esperado em relação aos pares saudáveis. Ou seja, a autora apresenta questionamentos acerca da interpretação dada à constatação de diferenças no padrão de interação social encontrado em sobreviventes: seriam dificuldades no contato com o outro ou escolhas relativas aos vínculos?

A partir dos resultados deste trabalho, é possível reiterar os indicadores de elevação do controle afetivo, de natureza inibitória, enquanto característica da dinâmica psíquica de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. É possível que este funcionamento implique em outros custos operacionais em relacionamentos interpessoais, porém a serem examinados no devido contexto, ultrapassando as possibilidades do atual estudo. Pode-se apenas destacar os achados relativos à preservação do contato com a realidade, à integração e à funcionalidade dos recursos lógicos e à manutenção do interesse pela vida durante o processo do tratamento nos participantes de G1. Desta forma, poder-se-ia pensar que, nestes casos, a inibição ou supressão de aspectos emocionais pode ser protetora ao desenvolvimento, na medida em tende a preservar os demais elementos do funcionamento mental, essenciais para processo adaptativo.

Estas considerações fazem pensar no que foi denominado, nos primórdios dos estudos na área da Oncologia Pediátrica, de "amadurecimento precoce" (Geist, 1979). Nessa concepção, o complexo processo do câncer e de seu tratamento levariam indivíduos em desenvolvimento a apresentarem características de maior maturidade psíquica em relação ao esperado para sua faixa etária. Assim, poder-se-ia argumentar que os indicadores relativos à maior reflexão (mais respostas movimento de grande cinestesia no Rorschach) e à maior

coartação emocional do grupo clínico deste estudo sugeririam esforço adaptativo das crianças e adolescentes avaliados, dando-lhes uma aparência de menor espontaneidade quando comparados com seus pares saudáveis. Ou seja, uma imagem de maior maturidade do que o grupo de comparação.

Vale ressaltar que as análises dos possíveis efeitos da idade e do sexo sobre os resultados nos diferentes instrumentos de avaliação psicológica utilizados neste estudo apontaram algumas especificidades que devem ser consideradas no momento de interpretação dos achados. Provavelmente essas peculiaridades estão associadas próprio desenvolvimento humano e/ou a estimulações socioculturais específicas dos indivíduos, o que precisa ser analisado no devido contexto de vida dos mesmos, para favorecer adequados processos interpretativos sobre suas características psíquicas e familiares. Essas particularidades de dados merecem atenção especial quando emergiram das análises estatísticas derivadas apenas do grupo clínico. Embora limitadas pelo reduzido número de participantes (n=20), dessas análises emergiram relevantes pistas para se compreender variáveis relacionadas ao processo adaptativo de crianças e adolescentes diante do câncer.

Neste sentido, pode-se apontar que os pacientes mais novos (sete a 11 anos) evidenciaram sinais de maior abertura e receptividade aos estímulos externos (Fórmula Cromática do Pfister), enquanto os mais velhos (12 a 17 anos) deste estudo sinalizaram menor disponibilidade para o exterior. É viável pensar que, entre os adolescentes, ocorra maior demanda interna por períodos de isolamento ou de retração social, possivelmente como estratégia de elaboração psíquica diante da grande mobilização vivenciada no processo de tratamento oncológico. Este dado converge com o estudo de Castellano-Tejedor (2015), no qual é reafirmada a influência da idade na adoção de estratégias de enfrentamento do câncer. Esta pesquisadora constatou que estudantes de mais idade (mais velhos) buscavam mais

frequentemente o resguardo, além de se concentrarem principalmente na resolução dos problemas como estratégia para lidar com seu ambiente.

Entretanto, a variável com maior influência nos achados do grupo clínico foi o tempo de diagnóstico do câncer. Nos casos com diagnóstico há mais de um ano (no momento da avaliação psicológica), as respostas de seus cuidadores aos instrumentos avaliativos da organização familiar apontaram: prejuízo na manutenção dos recursos do ambiente familiar, redução na classificação econômica da família, e menor percepção de suporte advindo da rede de apoio familiar. Já em relação às características das crianças e dos adolescentes, os participantes que conviviam com o diagnóstico oncológico há mais de um ano apresentaram maior número de respostas determinadas por pequenas cinestesias e menor número de respostas com conteúdo de figuras animais. Esses indicadores sugeriram maior espontaneidade nas vivências emocionais nesse subgrupo de pacientes, comparativamente a seus colegas com menor tempo de tratamento do câncer.

Pode-se considerar, portanto, que o tempo de diagnóstico do câncer constitui-se em importante fator mediador da experiência que o adoecimento e o tratamento exercem em crianças, em adolescentes e, principalmente, em seus familiares. Nestes, o declínio de recursos do ambiente familiar, da classificação econômica e da percepção de suporte que os cuidadores têm de suas próprias redes familiares indicaram que, conforme o tratamento avança no tempo, novas demandas podem emergir e o desgaste emocional pode culminar em maiores dificuldades adaptativas.

Nesse sentido, faz-se relevante retomar as considerações apresentadas no estudo empírico de Wolfe-Christensen et al. (2010). Investigaram pais/responsáveis por crianças com câncer e constataram que níveis elevados de demanda voltada ao cuidador, somados a baixo estresse parental, funcionaram como indicativos de melhor ajustamento emocional da criança. Em complemento, níveis reduzidos de demanda por cuidados e estresse parental associaramse com sinais de dificuldades de ajustamento emocional nas crianças. Percebe-se, desta forma, vinculação entre o impacto que o adoecimento exerce na criança e a dinâmica de sua rede familiar. É possível, assim, inferir que a duração, no geral longa, do tratamento oncológico em crianças e adolescentes potencializa fragilidades do contexto familiar, exigindo constante adaptação dos envolvidos. Nessa direção destaca-se a importância do desenvolvimento de estratégias para assistir pacientes e seus familiares ao longo das várias fases e períodos de tratamento do câncer, buscando identificar e cuidar de novas demandas que possam emergir nestas situações.

Ainda assim, conforme problematizado por Decker (2006), as análises realizadas por subgrupos deste trabalho está embasada em restrito número de participantes e, portanto, seus resultados devem ser examinados com cautela. Diante do elevado número de associações entre o tempo de diagnóstico e variáveis referentes à dinâmica familiar, em estudos futuros esta relação poderia ser aprofundada a partir da avaliação de número maior de famílias que convivam com o câncer infanto-juvenil.

A partir do trabalho realizado têm-se indícios de que o câncer em crianças e adolescentes (e o tratamento derivado deste diagnóstico) implica em mudanças nas manifestações emocionais destes indivíduos, mas não se vincula a disfunção lógica ou prejuízos no funcionamento intelectual. Os resultados fortalecem a perspectiva de adequado processo adaptativo nestas crianças, adolescentes e famílias, contrapondo-se à percepção do adoecimento oncológico enquanto vivência que necessariamente gera significativa ruptura desenvolvimental

Diante disto, faz-se necessário ressaltar dois aspectos do contexto desta pesquisa que podem ter influenciado seus resultados. O primeiro se deve à estruturação da equipe assistencial multiprofissional presente no hospital (HC-FMRP/USP) e na Casa de Apoio (GACC - Ribeirão Preto) no qual estes pacientes são acompanhados durante o tratamento

oncológico. Neste contexto, crianças, adolescentes e cuidadores são avaliados ativamente pelos membros da equipe e possíveis dificuldades psicossociais recebem intervenções em níveis preventivos e paliativos ao longo de todo o tratamento, configurando-se como uma nova rede de apoio com a qual os pacientes e seus familiares podem contar. Esta prontidão e sensibilidade a suas demandas pode ser um fator que contribui para a manutenção dos recursos pessoais e familiares identificada neste trabalho. Assim, estes dados apontam para a pertinência de futura investigação científica dessas variáveis em centros de tratamento nos quais inexista este amparo profissional sistemático. Esse tipo de pesquisa poderá destacar a importância da atuação dos profissionais da equipe multidisciplinar na promoção da saúde mental na oncologia pediátrica, o que ultrapassa, mais uma vez, os alcances deste trabalho, mas merece ser pontuada.

O segundo ponto a ser considerado refere-se à adoção de métodos projetivos enquanto ferramentas de avaliação com crianças e adolescentes em tratamento oncológico. Phipps et al. (2014) constataram, em consonância com os resultados aqui encontrados, a possibilidade de manutenção do ajuste psicológico dos pacientes pediátricos em seguimento oncológico. Os autores comentam que esse achado só foi possível em função do uso de ferramentas metodológicas que evitaram vieses ao investigar o impacto do adoecimento por câncer. Da mesma forma, os instrumentos projetivos de avaliação psicológica utilizados no presente trabalho permitem acesso a variáveis da dinâmica psíquica a partir de processos que favorecem o exame de recursos, potenciais, capacidades e dificuldades, evitando vieses que poderiam emergir em autorrelatos, por exemplo (Cruz, 2004; Pacheco, 2005). Trata-se, portanto, de contribuição metodológica ao estudo do tema, pouco investigado a partir do olhar sistemático de procedimentos avaliativos de natureza projetiva, com respostas elaboradas pelos próprios participantes.

Os principais resultados deste estudo indicam predominância de semelhanças entre crianças e adolescentes que vivenciam o adoecimento oncológico e seus pares saudáveis, em termos de funcionamento psicológico geral. A partir da compreensão do processo ativo de resistência ou reestruturação diante de uma adversidade, pondera-se que a condição de preservação dos recursos familiares diante contexto do tratamento, aliada à preservação da potencialidade dos participantes do grupo clínico, oferecem indícios de um funcionamento adaptado, no momento da avaliação, de acordo com os atuais resultados (Walsh, 2005; Pinheiro, 2004; Silva et al., 2003; Souza & Cerveny, 2006; Yunes, 2003; Bee, 1996).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível elaborar um panorama geral do objeto de estudo, verificando, além dos indicadores de manutenção do funcionamento adaptado das crianças e adolescentes com câncer, a preservação também dos recursos de apoio familiar, em equilíbrio com o grupo de crianças e adolescentes que não foram expostos à situação do adoecimento. As variáveis associadas à rede familiar, neste sentido, configuram-se como um dos principais aspectos que podem favorecer seu processo adaptativo (Banner et al., 1996; Sanjari et al., 2008; Wolfe-Christensen et al., 2010; Walsh, 2005).

Apesar de sinais de impacto do adoecimento oncológico, crianças e adolescentes em tratamento evidenciaram indicadores de manutenção do funcionamento adaptativo e preservação dos recursos familiares. Não foram encontrados indícios de contaminação da capacidade perceptiva ou prejuízo na condição de coordenação lógica dos afetos. Ainda que em tratamento, a avaliação psicológica destes participantes destes sinalizou abertura ao contato, compartilhamento do pensamento com os pares e busca pela interação, ainda que contraposta a possíveis receios em contatos mais profundos, numa tendência evitativa de maior mobilização emocional. Desta forma, podemos considerar que, durante o tratamento, os recursos voltados à inibição ou supressão de aspectos emocionais representam possíveis alternativas adaptativas neste contexto, prevenindo maiores danos em termos de equilíbrio psíquico ou uso dos demais recursos pessoais promotores da adaptação.

Além disso, foi verificado que, entre as criancas e adolescentes com câncer avaliados nesse trabalho, ocorreu a manutenção dos recursos associados ao ambiente familiar e à percepção dos cuidadores acerca de suas próprias redes de apoio, em semelhança a grupo nãoclínico. Os resultados encontrados foram sugestivos de que o prolongamento do tratamento favorece o aumento das dificuldades encontradas nas redes familiares. Destaca-se, portanto, o

tempo de tratamento enquanto uma variável relevante no impacto que o adoecimento oncológico infanto-juvenil exerce nas famílias dos pacientes, fazendo-se necessários estudos futuros para melhor examinar esta hipótese.

Deve-se considerar, por fim, que o presente estudo contou com amostra restrita de participantes, composta por conveniência e que foi avaliada num único momento de vida (delineamento transversal do estudo). Essas limitações poderiam ser superadas a partir do desenvolvimento de estudos multicêntricos, com amostras maiores e, idealmente, avaliações longitudinais, sobretudo diante da complexidade do câncer infanto-juvenil. Outra perspectiva para futuras investigações científicas nesse campo seria dirigida a abordagens multifatoriais das variáveis, com análises estatísticas mais complexas e que poderiam acrescentar esclarecimentos sobre a imensa rede de variáveis envolvidas nesse tema. No entanto, essas possibilidades ultrapassam os alcances possíveis para o presente trabalho que, por outro lado, trouxe importante contribuição para a área. Os resultados e análises realizadas representam avanços na área da Psico-Oncologia Pediátrica, com caracterização e mapeamento de algumas especificidades no desenvolvimento de crianças e adolescentes que enfrentam o câncer infanto-juvenil e seus pares saudáveis, em termos de suas características de personalidade e de seus contextos familiares. A adoção de estratégias técnicas fundamentadas em instrumentos projetivos favoreceu a identificação de aspectos ainda pouco explorados na literatura científica da área, permitindo explorar a riqueza do mundo interno e, consequentemente, favorecendo a compreensão do complexo fenômeno estudado.

7. REFERÊNCIAS

- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). Manual matrizes progressivas coloridas de Raven: escala especial. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). A evolução do conceito de coping: Uma revisão teórica. Estudos de Psicologia, 3(2), 273-294.
- Anzieu, D. (1986). Os métodos projetivos. (5a ed.). Rio de Janeiro: Campus LTDA.
- Askins, M. A., & Moore, B. D. (2008) Psychosocial support of the pediatric cancer patient: Lessons learned over the past 50 years. Current Oncology Reports 10:469-476.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Disponível em http://www.abep.org/criterio-brasil, acesso realizado em 10/01/2015.
- Bandeira, D. R., Alves, I. B., Giacomel, A., & Lorenzatto, L. (2004). Matrizes progressivas coloridas de Raven-escala especial: normas para Porto Alegre, RS. Psicologia em Estudo, 9(3), 479-486.
- Banner, L. M., Mackie, E. J., & Hill, J. W. (1996). Family relationships in survivors of childhood cancer: resource or restraint? Patient Education and Counseling 28:191-199.
- Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2007). Delineamento Experimental. In M. N. Baptista & D. C. Campos (Orgs.). Metodologias de Pesquisa em Ciências: Análises Quantitativa e Qualitativa. (pp. 122-138). Rio de Janeiro: LTC.
- Baptista, M.N. (2010). Inventário de Percepções de Suporte Familiar (IPSF). São Paulo: Vetor Editora.
- Baum, B. J., & Baum, E. S. (1989) Psychosocial challenges of childhood cancer. Journal of Psychosocial Oncology, 7:119-129.
- Bee, H. (1996). A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990) Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça.

- Calais, S. L. (2007). Delineamento de Levantamento ou Survey. In M. N. Baptista & D. C. Campos (Orgs.). Metodologias de Pesquisa em Ciências: Análises Ouantitativa e Qualitativa. (pp. 81-89). Rio de Janeiro: LTC.
- Camponero, R. (2008). Biologia do câncer. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, & L. H. C. Barros. (Orgs.), Temas em psico-oncologia (pp.32-39). São Paulo: Summus.
- Castellano, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Toledo, J. S., Gallego, S., & Blasco, T. (2013). Surviving childhood cancer: Relationship between exercise and coping on quality of life. The Spanish Journal of Psychology, 16:1–8.
- Castellano-Tejedor, C. (2015). Optimismo, afrontamiento y cáncer pediátrico: un estudio descriptivo. Psicooncología, 12(1), 19.
- Cho, D., & Park, C. L. (2015). Cancer-related identities in people diagnosed during late adolescence and young adulthood. British journal of health psychology, 20(3), 594-612.
- Conselho Federal de Psicologia (2000) Resolução CFP nº 016/00, de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília:CFP.http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes cfp/fr cfp 016-00.aspx
- Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução CNS nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil: CNS. http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf
- Coury, C. (2015) Investigação da Imagem Corporal e Dinâmica Psíquica na Obesidade Infantil. Exame de Qualificação de Mestrado, Universidade de São Paulo, FFCLRP, São Paulo, SP, Brasil.
- Cozby, P. C. (2009). Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. 1ª ed, 4ª reimpressão. São Paulo, Atlas.
- Cruz, R. M. (2004). Parecer e laudo. In: R. M. Cruz, C. Alchieri, & J. J. Sardá Jr., (2002/2004). Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cury-Jacquemin, R. (2012). Padrões normativos do Psicodiagnóstico de Rorschach em adolescentes de 12 a 14 anos. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- De Clercq, B., De Fruyt, F., Koot, H. M., & Benoit, Y. (2004). Quality of life in children surviving cancer: a personality and multi-informant perspective. Journal of Pediatric Psychology, 29(8), 579-590.
- Decker, C.L. (2006) Coping in adolescents with cancer: A review of the literature. *Journal of* Psychosocial Oncology, 24:123-140.
- Dumas, J. (2011). Psicopatologia da infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed.
- Durá, E., & Ibañez, E. (2000). Psicologia oncológica: perspectivas futuras de investigação e intervenção profissional. Psicologia, Saúde & Doenças, 1(1), 27-43.
- Eiser, C. (1998) Long-term Consequences of Childhood Cancer, The Journal of Child *Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(5), pp. 621–633.
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., von Essen, L., & Mattsson, E. (2011). Cancer during Adolescence: Negative and Positive Consequences Reported Three and Four Years after Diagnosis. *PLOS ONE* 6(12): e29001.
- Fan, S-Y., & Eiser, C. (2009). Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. Body Image. 6:247-256.
- Fernandes, S. (2010). Normas do Rorschach em crianças de seis a oito anos. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 8, 44-50
- Flores-Mendoza, C. Widaman , K. F., Bacelar, T. D., & Lelé, A. J. (2014) Propriedades psicométricas do Raven Geral no contexto de Minas Gerais. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 66 (2): 1-16.
- Fritz, G. K., & Williams, J. R. (1988). Issues of adolescent development for survivors of childhood cancer. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's, 27, 6:712-715
- Geist, R. A. (1979). Onset of chronic illness in children and adolescents: psychotherapeutic and consultative intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 49(1):4-23

- Giammona, A. J., & Malek, D. M. (2002). The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatric clinics of North America*, 49(5), 1063.
- Gil, A. (2005). Repressing distress in childhood: A defense against health-related stress. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(1):27-52.
- Goodman, R. (1997), The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38: 581–586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Götte, M., Taraks, S., & Boos, J. (2014). Sports in pediatric oncology: The role(s) of physical activity for children with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 36:85-90.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N., & Rutter, M. (2000). Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions. New York: Cambridge University Press.
- Harper, F. W., Goodlett, B. D., Trentacosta, C. J., Albrecht, T. L., Taub, J. W., Phipps, S., & Penner, L. A. (2014). Temperament, personality, and quality of life in pediatric cancer patients. *Journal of pediatric psychology*, 39(4), 459-468.
- Rorschach, H. (1921). Psychodiagnostik. Bern: Hans Huber.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2008). Câncer da criança e adolescente no Brasil: Dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014). *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: INCA.
- Ishibashi, A. (2001). The needs of children and adolescents with cancer for information and social support. *Cancer Nursing*, 24:61-67.
- Jacquemin, A. (1976). O Teste de Rorschach em crianças brasileiras. São Paulo, SP: Vetor.
- Janse, M., Sulkers, E., Tissing, W. J., Sanderman, R., Sprangers, M. A., Ranchor, A. V., & Fleer, J. (2014). Goal adjustment strategies operationalised and empirically examined in adolescents with cancer. *Journal of health psychology*, doi: 10.1177/135910531455 7504.

- Jardim-Maran, M. L. C. (2011). O Psicodiagnóstico de Rorschach em adolescentes: Normas e evidências de validade. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Koocher, G. P. (1986) Psychosocial issues during the acute treatment of pediatric cancer. Cancer, 58:468-472.
- Lam, Cohen, & Roter (2013). Coping needs in adolescents with cancer: A participatory study. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2(1): 10-16.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Niggli, F. K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2006). Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. Health and quality of life outcomes, 4(1), 63.
- Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2012) Psychosocial Interventions: A Cognitive Behavioral Approach. In S. Kreitler, M. W. Ben-Arush, & A. Martin (Ed.) Pediatric Psycho-Oncology: Psychosocial Aspects and Clinical Interventions, (Second Edition: 92-10 pp). John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Levin, T., & Kissane, D. W. (2006). Psychooncology: The state of its development in 2006. The European journal of psychiatry, 20(3), 183-197.
- Li, H. C. W., Chung, O. K. J., Ho, K. Y, E., Chiu, S. Y., & Lopez, V. (2011). Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study. Psychooncology, 20:969-976.
- Loureiro, S. R., & Romaro, R. A. (1985). A utilização das técnicas projetivas, Bateria de Grafismo de Hammer e Desiderativo como instrumentos de diagnóstico - estudo preliminar. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 37(3), 132-141.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. D. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas em psicologia, 13(2), 91-103.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 15,135-142.
- McDonald, P. G., O'Connell, M., & Lutgendorf, S. K. (2013). Psychoneuroimmunology and cancer: A decade of discovery, paradigm shifts, and methodological innovations. *Brain*, Behavior, and Immunity, 30, S1–S9
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Psicologia em Estudo. 9(1):19-28.

- Newman, T. B., Browner, W. S., Cummings, S. R., & Hulley, S. B. (2008) Delineando Estudos Transversais e de Caso-Controle. In: Hulley, S. B.; Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ocampo, M.L.S., & Arzeno, M.E.G. (1994). O processo psicodiagnóstico. In: M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, E. G. Piccolo, & colaboradores. (1994). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (pp. 11-19) (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Pacheco, E. M. C. (2005). Produção científica e avaliação psicológica. In: G. P. Witter, *Metaciência e Psicologia*. Campinas: Alínea.
- Pai, A. L., Greenley, R. N., Lewandowski, A., Drotar, D., Youngstrom, E., & Peterson, C. C. (2007). A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 407.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasian, S. R. (1998). O *Psicodiagnóstico de Rorschach: um estudo normativo em adultos da região de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pasian, S. R., Barroso, J. B., & Theodozio, D. R. (2014). O Teste de Pfister na Adolescência. In: A. E. Villemor-Amaral. *As Pirâmides Coloridas de Pfister: versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo (pp. 107-126).
- Phipps S., Klosky J. L., Long A., Hudson M. M., Huang Q., Zhang H. (2014). Posttraumatic stress and psychological growth in children with cancer: Has the traumatic impact of cancer been overestimated? *Journal of Clinical Oncology*, 32, 641–646. doi: 10.1200/JCO.2013.49.8212
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. Psicol. Estud., 9(1), p. 67-75.
- Raspantini, R. L. (2010). *Psicodiagnóstico de Rorschach em crianças de 9 a 11 anos: um estudo normativo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Rausch de Traubenberg, N. (1998). A prática do Rorschach. São Paulo: Vetor.

- Raven, J. C. (1941). Standardisation of Progressive Matrices, 1938. British Journal of Medical Psychology, XIX(1), 137–150.
- Robb, S. L., Clair, A. A., Watanabe, M., Monahan, P. O., Azzouz, F., Stouffer, J. W., Ebberts, A., Darsie, E., Whitmer, C., Walker, J., Nelson, K., Hanson-Abromeit; D., Lane, D., & Hannan, A. (2008). Randomized controlled trial of the active music engagement (AME) intervention on children with cancer. *Psycho-Oncology*, 17: 699–708.
- Rodrigues, F. S. S., & Polidori, M. M. (2012). Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. Revista Brasileira de Cancerologia, 58(4), 619-627.
- Rosenberg, A. R., Yi-Frazier, J. P., Wharton, C., Gordon, K., & Jones, B. (2014). Contributors and inhibitors of resilience among adolescents and young adults with cancer. Journal of adolescent and young adult oncology, 3(4), 185-193.
- Sanjari, M., Heidari, S., Shirazi, F., & Salemi, S. (2008). Comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 31:185-197.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da crianca e do adolescente. Psicologia em estudo, 10(2), 209-216.
- Saur, A. M. (2012) Riscos biológicos e aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais de uma coorte de escolares. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Saur, A., Correia, S., Pasian, S., & Loureiro, S. (2009) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SQD): revisão de estudos de validade e fidedignidade. In: IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica; XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: V Congresso Brasileiro de Rorschach e métodos projetivos, Campinas. Avaliação psicológica: formação, atuação e interface, 1. (pp. 463).
- Silva, L., Cabral, I., & Christoffel, M. (2008). O brincar na vida do escolar com câncer em tratamento ambulatorial: possibilidades para o desenvolvimento . Journal of Human Growth and Development, 18(3), 275-287.
- Silva, M. R. S., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. Paidéia, 13(26), 147-156.
- Silveira, D. T., & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In: T. E. Gerhardt, & D. T. Silveira (orgs). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre-RS: Editora da UFRGS.

- Sisto, F. F. (2007). Delineamento Correlacional. In M. N. Baptista & D. C. Campos (Orgs.), Metodologias de Pesquisa em Ciências: Análises Quantitativa e Qualitativa (pp. 90-101). Rio de Janeiro: LTC.
- Souza, S. M. T., & Cerveny, C. D. O. (2006). Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. *Rev. Ciênc. Hum*, 2(12), 21-29.
- Turner-Sack, A. M., Menna, R., & Setchell, S. R. (2012). Posttraumatic Growth, Coping Strategies, and Psychological Distress in Adolescent Survivors of Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29:70-79.
- Van Dongen-Melman, J. E., & Sanders-Woudstra, J. A. (1986). Psychosocial aspects of childhood cancer: a review of the literature. *J Child Psychol Psychiatry*, 27:145-80
- Villemor-Amaral, A. E. (2005). *O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Villemor-Amaral, A. E. (2014). As Pirâmides Coloridas de Pfister: versão para crianças e adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E., Cardoso, L. M., Pavan, P. M. P., Tavella, R. R., Biasi, F. C., & Miguel, F. K. (2014). Estudos Psicométricos. In: A. E. *Villemor-Amaral. As Pirâmides Coloridas de Pfister: versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo (pp. 53-106).
- Walsh, F. (2005). Fortalecendo a resiliência familiar. Editora Roca.
- Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Eddington, A., & Carpentier, M. Y. (2010). The relation of caregiver demand to adjustment outcomes in children with cancer: The moderating role of parenting stress. *Children's Health Care*, 39:108-124.
- Woodgate, R. L. (1999). Conceptual understanding of resilience in the adolescent with cancer: Part I. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1), 35-43.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, v.8, 75-84.

8. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pais e/ou responsáveis de crianças/adolescentes



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto Departamento de Psicologia - Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "Características de personalidade e estratégias de enfrentamento do câncer em crianças e adolescentes". Essa pesquisa tem como objetivo avaliar características de personalidade e maneiras como crianças e adolescentes lidam com o tratamento contra o câncer. Esse trabalho será desenvolvido pela psicóloga Ana Luísa Carvalho Guimarães, aluna de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da Universidade de São Paulo (USP), e orientada pela Profa. Dra. Sonia Regina Pasian, professora do Departamento de Psicologia desta mesma Faculdade.

Essa pesquisa estudará crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos, em tratamento contra o câncer, bem como crianças e adolescentes nesta mesma faixa etária, considerados saudáveis. Dessa forma, gostaríamos de convidá-lo a participar dessa pesquisa juntamente com seu(ua) filho(a). Será combinado, com os responsáveis que concordarem com a participação da criança, um horário conveniente para as atividades que serão realizadas no próprio serviço de saúde, tendo duração aproximada de 90 minutos.

Além das atividades que serão realizadas com as crianças ou adolescentes, os responsáveis que concordarem com a participação irão responder algumas perguntas sobre o padrão econômico, vida cotidiana e composição de sua família. Será também realizado o preenchimento de um questionário sobre o desenvolvimento de seu(ua) filho(a), que consiste em 25 questões que podem nos ajudar a conhecê-lo(la) melhor, tanto do ponto de vista de capacidades quanto de dificuldades no desenvolvimento.

Os seus dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos, também para a proteção da identidade dos participantes. Uma das vias deste Termo é destinada ao responsável, e a outra deverá ser devolvida à pesquisadora. A aceitação ou não da participação na pesquisa, bem como desistência em qualquer etapa do processo não trará qualquer risco ou prejuízo ao tratamento da criança ou adolescente e em sua relação com o serviço de saúde. O risco de participação no estudo é considerado mínimo, sendo que envolve apenas respostas (de crianças e seus responsáveis) a procedimentos utilizados na Psicologia, exigindo apenas o tempo e atenção às atividades. As informações coletadas nesse estudo são confidenciais e somente serão utilizadas para a investigação científica. Os resultados desse trabalho deverão ser divulgados em espaços de comunicação científica (congressos, por exemplo), sempre protegendo a identidade dos participantes.

Assim, a sua colaboração e da criança por quem o senhor(a) é responsável é de grande valor para que este estudo seja possível. A participação é voluntária, de forma que não serão oferecidos pagamentos ou recompensas, bem como não há custos nessa sua colaboração. Além disso, caso sejam identificadas quaisquer dificuldades psicológicas, a pesquisadora cuidará de orientar os responsáveis e auxiliar o encaminhamento da criança, quando adequado, a atendimento psicológico específico na rede de saúde de sua cidade.

A colaboração a essa pesquisa, ainda que não lhe traga benefícios diretos, poderá contribuir para a construção de conhecimentos a respeito de características de personalidade e maneiras de lidar com o adoecimento em crianças e adolescentes, auxiliando no futuro a criação e aperfeiçoamento de intervenções e formas de cuidados. Agradecemos desde já sua colaboração e permanecemos disponíveis para novos esclarecimentos e informações, caso necessário.

Profa. Dra. Sonia Regina Pasian

Orientadora – CRP: 06/24.018-0

Cordialmente,

Ana Luísa Carvalho Guimarães

Pesquisadora – CRP: 06/108437

Eu,		
RG	, declare	que fui informado(a) dos
objetivos do presente estudo de ma	aneira clara e detalhada e e	esclareci minhas dúvidas,
declarando aceitar participar como vo	oluntário(a) no projeto de pes	quisa "Características de
personalidade e estratégias de enfi	rentamento do câncer em c	erianças e adolescentes",
desenvolvido pela psicóloga Ana Luís	sa Carvalho Guimarães e pela	Profa. Dra. Sonia Regina
Pasian, assim como estou ciente de que como material de trabalho científico e	C	
revistas ou livros especializados,	resguardando-se o devido	sigilo quanto a minha
identificação.		
Ribeirão Preto,	de	de 201
(Assinatura	do responsável pela criança)	<u> </u>

Observação:

- Em caso de <u>dúvidas referentes a essa pesquisa</u>, entre em contato com o Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP e esclareça-se conosco pelo telefone: (16) 3602.3785 ou pelo email: srpasian@ffclrp.usp.br, ou fale diretamente com Ana Luísa Carvalho Guimarães, pelo telefone celular (16) 99142-2888.
- Em caso de <u>informações éticas</u> sobre a pesquisa, entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pais e/ou responsáveis autorizarem o estudo com suas crianças/adolescentes

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto Departamento de Psicologia - Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "Características de personalidade e estratégias de enfrentamento do câncer em crianças e adolescentes". Essa pesquisa tem como objetivo avaliar características de personalidade e maneiras como crianças e adolescentes lidam com o tratamento contra o câncer. Esse trabalho será desenvolvido pela psicóloga Ana Luísa Carvalho Guimarães, aluna de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da Universidade de São Paulo (USP), e orientada pela Profa. Dra. Sonia Regina Pasian, professora do Departamento de Psicologia desta mesma Faculdade.

Essa pesquisa estudará crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos, em tratamento contra o câncer, bem como crianças e adolescentes nesta mesma faixa etária, considerados saudáveis. Dessa forma, gostaríamos de convidar seu filho(a) a participar dessa pesquisa. Será combinado, com os responsáveis que concordarem com a participação da criança, um horário conveniente para as atividades que serão realizadas no próprio serviço de saúde, tendo duração aproximada de 90 minutos. As crianças que concordarem em participar do estudo realizarão as seguintes tarefas: um exercício de raciocínio; uma atividade para falar a respeito de figuras em cartões e uma atividade de montagem a partir de quadrículos coloridos. Será solicitado aos responsáveis que concordarem com a participação da criança o preenchimento de um questionário sobre o desenvolvimento de seu(ua) filho(a), que consiste em 25 questões que podem nos ajudar a conhecê-lo(la) melhor, tanto do ponto de vista de capacidades quanto de dificuldades no desenvolvimento. Também será preenchido um formulário sobre informações econômicas e vida cotidiana da família.

Os seus dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos, também para a proteção da identidade dos participantes. Uma das vias deste Termo é destinada ao responsável, e a outra deverá ser devolvida à pesquisadora. A aceitação ou não da participação na pesquisa, bem como desistência em qualquer etapa do processo não trará qualquer risco ou prejuízo ao tratamento da criança ou adolescente e em sua relação com o serviço de saúde. O risco de participação no estudo é considerado mínimo, sendo que envolve apenas respostas (de crianças e seus responsáveis) a procedimentos utilizados na Psicologia, exigindo apenas o tempo e atenção às atividades. As informações coletadas nesse estudo são confidenciais e somente serão utilizadas para a investigação científica. Os resultados desse trabalho deverão ser divulgados em espaços de comunicação científica (congressos, por exemplo), sempre protegendo a identidade dos participantes.

Assim, a sua colaboração e da criança por quem o senhor(a) é responsável é de grande valor para que este estudo seja possível. A participação é voluntária, de forma que não serão oferecidos pagamentos ou recompensas, bem como não há custos nessa sua colaboração. Além disso, caso sejam identificadas quaisquer dificuldades psicológicas, a pesquisadora cuidará de orientar os responsáveis e auxiliar o encaminhamento da criança, quando adequado, a atendimento psicológico específico na rede de saúde de sua cidade.

A colaboração a essa pesquisa, ainda que não lhe traga benefícios diretos, poderá contribuir para a construção de conhecimentos a respeito de características de personalidade e maneiras de lidar com o adoecimento em crianças e adolescentes, auxiliando no futuro a criação e aperfeiçoamento de intervenções e formas de cuidados. Agradecemos desde já sua colaboração e permanecemos disponíveis para novos esclarecimentos e informações, caso necessário.

Profa. Dra. Sonia Regina Pasian

Orientadora – CRP: 06/24.018-0

Cordialmente,

Ana Luísa Carvalho Guimarães

Pesquisadora – CRP: 06/108437

Eu,RG		1	
a participação da criança/adolesco responsabilidade, como voluntário personalidade e estratégias de en desenvolvido pela psicóloga Ana Lu Pasian, assim como estou ciente de como material de trabalho científico revistas ou livros especializados identificação.	rio(a) no projeto nfrentamento do uísa Carvalho Guis que os registros ro o e poderão ser div	o de pesquisa câncer em criar marães e pela Pro elativos a esse tra ulgados em congr	nças e adolescentes", ofa. Dra. Sonia Regina abalho serão utilizados ressos e publicados em
Ribeirão Preto,	de	de	201

Observação:

- Em caso de <u>dúvidas referentes a essa pesquisa</u>, entre em contato com o Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP e esclareça-se conosco pelo telefone: (16) 3602.3785 ou pelo email: srpasian@ffclrp.usp.br, ou fale diretamente com Ana Luísa Carvalho Guimarães, pelo telefone celular (16) 99142-2888.

(Assinatura do responsável pela criança)

- Em caso de informações éticas sobre a pesquisa, entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto -**USP**

Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE C

Termo de Assentimento para voluntários da pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto Departamento de Psicologia - Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP)

TERMO DE ASSENTIMENTO

Gostaria de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa "Características de personalidade e estratégias de enfrentamento do câncer em crianças e adolescentes". Esse estudo quer entender melhor como as crianças e os adolescentes que estão em tratamento contra o câncer enfrentam a doença e organizam seus pensamentos e sentimentos, em relação àqueles que não estão doentes. Será que existe alguma diferença?

Se entendermos melhor esse processo, poderemos ajudá-los a enfrentar as dificuldades que crianças e adolescentes vivem durante e após o tratamento. Você pode nos ajudar com esse trabalho, por isso você está sendo convidado para participar dessa pesquisa.

Vou lhe propor algumas atividades para fazer comigo, depois da concordância e autorização de seus pais ou responsáveis. Faremos atividades que envolvem algumas perguntas acerca da sua vida familiar e rotina, opiniões sobre figuras mostradas em cartões, exercícios de raciocínio e atividade de montagem a partir de quadrículos coloridos, o que deve demorar em torno de uma hora. Caso você se canse ou tenha dúvidas, podemos parar para descansar e você pode me perguntar o que desejar sobre as atividades. Como você está participando voluntariamente, pode desistir também, sem qualquer problema.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Ele também poderá interromper a sua participação se assim quiser. Como estamos querendo ajudar a aumentar o conhecimento sobre o câncer infantil, precisamos dividir os nossos resultados com as outras pessoas que cuidam destas crianças! Por isso, quando o trabalho estiver pronto, escreveremos para revistas dos profissionais da saúde, divulgando esses resultados. Mas não se preocupe, pois as suas informações pessoais, que deixam saber quem você é, serão guardadas adequadamente, mantendo sua identidade protegida.

Este estudo tem risco mínimo, o que significa que seriam os mesmos riscos ao fazermos nossas atividades do dia a dia, como conversar, estudar, realizar atividades escolares.

Os seus dados ficarão arquivados comigo (pesquisadora responsável) por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos, também para a proteção da sua identidade. Este termo de assentimento foi impresso em duas vias, sendo que uma cópia será guardada por mim, a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Eu,	, fui
dúvidas, declarando aceitar participar con "Características de personalidade e estratégio adolescentes", desenvolvido pela psicóloga An Sonia Regina Pasian, assim como estou ciente serão utilizados como material de trabalho cien	de maneira clara e detalhada e esclareci minhas mo voluntário(a) no projeto de pesquisa as de enfrentamento do câncer em crianças e a Luísa Carvalho Guimarães e pela Profa. Dra. e de que os registros relativos a esse trabalho atífico e poderão ser divulgados em congressos dos, resguardando-se o devido sigilo quanto a
mina identificação.	
Ribeirão Preto, de	de 201
Ana Luísa Carvalho Guimarães (Assinatura da pesquisadora responsável)	(Assinatura do voluntário)

Observação:

- Em caso de <u>dúvidas referentes a essa pesquisa</u>, entre em contato com o Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP e esclareça-se conosco pelo telefone: (16) 3602.3785 ou pelo email: srpasian@ffclrp.usp.br, ou fale diretamente com Ana Luísa Carvalho Guimarães, pelo telefone celular (16) 991422888.
- Em caso de <u>informações éticas</u> sobre a pesquisa, entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto -USP

Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Declaração de consentimento de Setor de Oncologia e Hematologia Pediátrica do HC-FMRP/USP para realização de pesquisa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO SETOR DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA E DA CHEFIA DO DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA - FMRP - USP PARA A PESQUISA

Declaramos, pela presente, estarmos ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado "Características de personalidade e estratégias de enfrentamento do câncer em crianças e adolescentes", que será realizado na Casa de Apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto (GACC-RP) e com pacientes do Setor de Oncologia e Hematologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estamos também cientes e de acordo que seja utilizado o banco de dados desta Instituição a fim de buscar as informações necessárias à identificação de eventuais voluntários para a mesma. Autorizamos ainda que a psicóloga responsável pelo projeto (psicóloga Ana Luísa Carvalho Guimarães, aluna de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Regina Pasian, professora do Departamento de Psicologia desta mesma Faculdade) entre em contato com pacientes e seus responsáveis, nos ambientes do GACC e do Setor de Oncologia e Hematologia Pediátrica do HC-FMRP-USP, para lhes propor o trabalho e, aos que consentirem, realizar a pesquisa em espaço da instituição (individualmente).

Diante do exposto, assino o presente termo, enquanto representante da Instituição, declarando o consentimento livre e esclarecido para esta pesquisa.

Ribeirão Preto, 20 de Março de 2014.

Can of Scrian Prof. Dr. Carlos Alberto Scrideli

Chefe do Setor de Oncologia e Hematologia Pediátrica

(Assinatura e carimba) Pref. Dr. Carlos Alberto Scrideli Pediatria - FMRP/USP CRM 86894-0

Profa. Dra. Marisa Marcia Mussi Pinhata Chefe do Departamento de Puericultura e Pediatria

(Assinatura e carimbo) Profa. Dra. Marisa M. Mussi Pinhata Chefe do Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP

Av. Bandeirantes, 3.900 - Campus Universitário - Monte Alegre / CEP 14.048-900 Ribeirão Preto - São Paulo Brasil

Declaração de consentimento de Grupo de Apoio à Criança com Câncer - Ribeirão Preto para realização de pesquisa



GACC GRUPO DE APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO GACC PARA A PESQUISA

Eu, JOSÉ MÁRIO TAMANINI, RG 4.432, 792 - , abaixo assinado, na função de Presidente do Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto (SP), declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado "Características de personalidade e estratégias de enfrentamento do câncer em crianças e adolescentes", que será realizado na Casa de Apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto (GACC-RP). Estou também de ciente e de acordo que seja utilizado o banco de dados desta Instituição a fim de buscar as informações necessárias à identificação de eventuais voluntários para a mesma. Autorizo ainda que a psicóloga responsável pelo projeto (psicóloga Ana Luísa Carvalho Guimarães, aluna de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Regina Pasian, professora do Departamento de Psicologia desta mesma Faculdade) entre em contato com pacientes e seus responsáveis, nos ambientes do GACC, para lhes propor o trabalho e, aos que consentirem, realizar a pesquisa em espaço da instituição (individualmente).

Diante do exposto, assino o presente termo, enquanto representante da Instituição, declarando o consentimento livre e esclarecido para esta pesquisa.

60253473/0001-22 Ribeirão Preto, 19 de Março de 2014. Rua Pedreira de Freitas n.º 06 Campus USP - Monte Alegre C. E. P. 14040-030

Assinatura e carimbo do Representante Institucional

Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)

1. O que a criança ou adolescente f	faz quan	do não es	stá na esco	la?	
() Assiste à TV					
() Ouve rádio					
() Tem acesso a jogos eletrônicos (v	videogan	ne, compu	tador, table	et)	
() Tem acesso a internet					
() Lê livros, revistas, gibis					
() Brinca na rua					
() Brinca dentro de casa					
() Outro. Especificar					
2. Quais passeios a criança ou adol	lescente	realizou r	nos último	s 12 meses?	
	Pai	Mãe	Irmãos	Familiares	Outro
Evento anual da cidade (feira	()	()	()	()	()

	Pai	Mãe	Irmãos	Familiares	Outro
Evento anual da cidade (feira típica, rodeio, feira do livro, etc.)	()	()	()	()	()
Bosque Municipal	()	()	()	()	()
Parques Ambientais	()	()	()	()	()
Cinema ou teatro	()	()	()	()	()
Museu	()	()	()	()	()
Exposição (pintura, ciências, etc.)	()	()	()	()	()
Aeroporto	()	()	()	()	()
Circo	()	()	()	()	()
Parque de diversões	()	()	()	()	()
Lanchonete	()	()	()	()	()
Shopping Center	()	()	()	()	()
Praia	()	()	()	()	()
Sítio, chácara ou fazenda	()	()	()	()	()
Visitas a parentes ou amigos da família	()	()	()	()	()
Viagem para outra cidade	()	()	()	()	()
Outro. Especificar:	()	()	()	()	()

^{3.} Há atividades que a criança ou adolescente realiza regularmente?

() Faz catecismo, estudos bíblicos, evangelização, estudos religiosos
() Frequenta núcleo municipal do bairro
() Pratica esportes em clubes, academias, ginásios
() Frequenta aula para aprender atividades artesanais (pintura, tapeçaria, etc.)
() Tem aulas de piano, violão ou outro instrumento musical
() Frequenta programa de atividades para crianças (programas de contra turno escolar)
() Tem aulas de inglês ou outro idioma
() Faz computação
() Outro. Especificar:

4. Quais atividades os pais desenvolvem com a criança ou adolescente em casa?

	Pai	Mãe	Irmãos	Familiares	Outro
Brincar	()	()	()	()	()
Jogar vídeo game ou outros jogos	()	()	()	()	()
Assistir programas infantis na TV	()	()	()	()	()
Assistir filmes ou séries	()	()	()	()	()
Contar histórias e casos	()	()	()	()	()
Ler livros ou revistas	()	()	()	()	()
Conversar sobre como foi o dia na escola	()	()	()	()	()
Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV	()	()	()	()	()
Ouvir histórias da criança ou adolescente; conversar sobre assuntos que ele traz	()	()	()	()	()
Realizar juntos atividades domésticas (organizar a casa, cozinhar, lavar o carro, etc.)	()	()	()	()	()
Outras. Especificar:	()	()	()	()	()

() Brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete) () Brinquedos para movimento do corpo (corda para pular, balanço) () Instrumento musical de brinquedo (tambor, piano) () Brinquedo que lida com números (dado, dominó) () Brinquedo de letras (abecedário, quebra-cabeças com letras) () Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes) () Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	5. Quais brinquedos ele tem ou	já teve?
() Brinquedos para movimento do corpo (corda para pular, balanço) () Instrumento musical de brinquedo (tambor, piano) () Brinquedo que lida com números (dado, dominó) () Brinquedo de letras (abecedário, quebra-cabeças com letras) () Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes) () Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Uma cama só para ele	
() Instrumento musical de brinquedo (tambor, piano) () Brinquedo que lida com números (dado, dominó) () Brinquedo de letras (abecedário, quebra-cabeças com letras) () Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes) () Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar: 6. Há jornais e revistas na sua casa? () Não () Sim — tipo: () Jornal () Revista — () de notícia () de TV () feminina () de esporte () religiosa	() Brinquedos de andar (triciclo,	, bicicleta, patinete)
() Brinquedo que lida com números (dado, dominó) () Brinquedo de letras (abecedário, quebra-cabeças com letras) () Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes) () Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Brinquedos para movimento o	do corpo (corda para pular, balanço)
() Brinquedo de letras (abecedário, quebra-cabeças com letras) () Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes) () Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Instrumento musical de brinqu	uedo (tambor, piano)
() Brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes) () Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Brinquedo que lida com núme	eros (dado, dominó)
() Brinquedo para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas) () Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Brinquedo de letras (abecedár	rio, quebra-cabeças com letras)
() Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel () Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Brinquedo de aprender cores,	tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes)
() Aparelho de som () Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Brinquedo para conhecer nom	nes de animais (livros, miniaturas)
() Animal de estimação () Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Objetos como giz, lousa, cola	, tinta, tesoura, lápis de cor e papel
() Livrinhos de histórias infantis () Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Aparelho de som	
() Jogo de regras (dama, dominó, loto, memória) () Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Animal de estimação	
() Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, ferramentas) () Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Livrinhos de histórias infantis	}
() Brinquedos de construção (blocos, lego, pino mágico) () Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar:	() Jogo de regras (dama, dominó	ó, loto, memória)
() Vídeo game ou similar (computador ou tablet, por exemplo) () Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar: 6. Há jornais e revistas na sua casa? () Não () Sim – tipo:	() Brinquedos de faz de conta (p	anelinhas, bonecas, ferramentas)
() Bola, pipa, bola de gude, carrinho de rolemã () Outro. Especificar: 6. Há jornais e revistas na sua casa? () Não () Sim – tipo:	() Brinquedos de construção (blo	ocos, lego, pino mágico)
() Outro. Especificar: 6. Há jornais e revistas na sua casa? () Não () Sim – tipo:	() Vídeo game ou similar (comp	outador ou tablet, por exemplo)
6. Há jornais e revistas na sua casa? () Não () Sim – tipo:	() Bola, pipa, bola de gude, carri	inho de rolemã
() Não () Sim – tipo:	() Outro. Especificar:	
() Não () Sim – tipo: () Escolares () Romances, contos literatura () Livrinhos infantis () Religiosos () Dicionários	() Não () Sim – <u>tipo</u> : () Jornal () Revista – () de notícia () de TV () feminina () de esporte () religiosa
() Sim – tipo: () Escolares () Romances, contos literatura () Livrinhos infantis () Religiosos () Dicionários	7. Há livros na sua casa?	
 () Escolares () Romances, contos literatura () Livrinhos infantis () Religiosos () Dicionários 		
 () Romances, contos literatura () Livrinhos infantis () Religiosos () Dicionários 	•	
() Livrinhos infantis() Religiosos() Dicionários	` '	ra
() Religiosos () Dicionários		
() Dicionários		

8. Alguém em casa acompanha a criança nos afazeres da escola?

Alguém em sua casa	Ninguém	Mãe	Pai	Outros
Verifica se o material escolar está em ordem	()	()	()	()
Avisa quando é hora de ir para a escola	()	()	()	()
Supervisiona a lição de casa	()	()	()	()
Supervisiona o estudo para as provas	()	()	()	()
Comparece às reuniões de escola	()	()	()	()
Acompanha as notas e frequência às aulas	()	()	()	()
Pontuação de cada item: mãe e pai = 3; só a mãe = 2	; só o pai = 2; out	ra pessoa =	1, ninguén	n = 0

9. Seu filho tem hora certa para:

	Sempre	Às vezes	Nunca
Levantar-se de manhã	()	()	()
Tomar banho	()	()	()
Brincar	()	()	()
Assistir TV	()	()	()
Almoçar	()	()	()
Fazer a lição de casa	()	()	()
Jantar	()	()	()
Ir dormir	()	()	()
Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0			

10. Sua família costuma estar reunida:

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0

	Sempre	Às vezes	Nunca
No café da manhã	()	()	()
No almoço	()	()	()
No jantar	()	()	()
À noite, para assistir TV	()	()	()
E nos finais de semana?	Sempre	Às vezes	Nunca
Em casa	()	()	()
Em Passeios	()	()	()

11. Quando tem algum problema ou dificuldade, a quem a criança ou adolescente recorre para pedir ajuda ou conselho?
() Mãe
() Pai
() Irmão ou irmã
() Avô ou avó
() Tio ou tia
() Vizinho ou vizinha
() Amigo ou amiga
() Outro. Especificar:
12. Composição familiar
Ao todo, quantas pessoas moram na casa?
Indique as pessoas que moram na casa:
() Mãe
() Pai
() Irmão ou irmã. Quantos?
() Avô ou avó
() Tio ou tia
() Vizinho ou vizinha
() Amigo ou amiga
() Outro. Especificar:

Comprovante de exame e aceite do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



Universidade de São Paulo Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/061/-vjmc

Ribeirão Preto, 25 de junho de 2014

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO CÂNCER EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES " foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 133ª Reunião Ordinária, realizada em 24.06.2014, e enquadrado na categoria: APROVADO (CAAE n.º 30352314.5.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT Coordenadora

À Senhora **Ana Luisa Carvalho Guimarães**Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP – USP

c/c: **Profa. Dra. Sônia Regina Pasian** Departamento de Psicologia da FFCLRP – USP

CEP - Comité de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP Fone: (16) 3602-4811 Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015 Avénida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil Homepage: http://www.ffclrp.usp.br - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br