

Data de Submissão: 04/06/2021

Data de Aprovação: 07/09/2021

ARTIGO DE REVISÃO

Intervenções para redução do estresse para pais/famílias de crianças com doenças crônicas: uma revisão de escopo

Stress reduction interventions for parents/family of children with chronic diseases: a scoping review

Sandra Cairo de Oliveira Amaral¹, Filipa Pimenta², Raquel Rosas², Clemex Couto Sant'Anna¹

Palavras-chave:

Estresse Fisiológico,
Análise,
Doença crônica,
Pais
Filhos.

Resumo

Introdução: Considerando as mudanças e repercussões na dinâmica familiar, além das responsabilidades com os cuidados com os filhos, pais e cuidadores de crianças com doenças crônicas enfrentam estressores frequentes, resultando em níveis crescentes de estresse. Esta revisão visa analisar estudos que avaliaram a eficácia de intervenções psicossociais direcionadas ao manejo do estresse entre pais e familiares de crianças com as doenças crônicas mais prevalentes (câncer, asma, diabetes e doenças cardiovasculares). **Método:** Este estudo é uma revisão de escopo. A busca na literatura incluiu artigos publicados em cinco bases eletrônicas de dados (EBSCO, b-On, PubMed, Scielo e Web of Science), de acordo com os critérios de inclusão. **Resultados:** Foram selecionados 15 artigos. As intervenções variaram em relação aos resultados, desenho do estudo, amostra, modalidades e estratégias. Dos 15 estudos, 53% não encontraram diferenças significativas nos níveis de estresse dos participantes ou entre o grupo de intervenção e o grupo controle, 40% mostraram uma redução significativa nos níveis de estresse dos participantes e 7% apresentaram resultados mistos, com melhorias em algumas dimensões emocionais após a intervenção. **Discussão:** Apesar dos resultados mistos em relação aos níveis de estresse, os resultados significativos podem justificar a importância de se realizar tais intervenções nessa população. Intervenções personalizadas e direcionadas às necessidades dessa população podem ser eficazes na redução dos níveis de estresse.

Keywords:

Stress, Physiological,
Review,
Chronic Disease,
Parents,
Child.

Abstract

Introduction: In consideration of the changes and repercussions on the family dynamics, apart from childcare responsibilities, parents and caregivers of children with chronic disease face frequent stressors, resulting in rising levels of stress. This review thus aims to analyse studies that assessed the efficacy of psychosocial interventions directed at stress management among parents and family members of children with the most prevalent chronic diseases (cancer, asthma, diabetes and cardiovascular disease). **Method:** This study classifies as a scoping review. The literature search included articles published in five electronic databases (EBSCO, b-On, PubMed, Scielo and Web of Science), in line with the inclusion criteria. **Results:** A total of 15 articles were selected. Interventions varied in relation to outcomes, study design, sample, modalities and strategies. Of the 15 studies, 53% found no significant differences in participants stress levels or between the intervention group and the control group, 40% showed a significant decrease in participants stress levels, and 7% presented mixed results with improvements in some emotional dimensions after the intervention. **Discussion:** Despite the mixed results with regards to the levels of stress, the significant results might justify the importance of performing such interventions among this population. Interventions that are personalized and directed at this populations needs might be effective at reducing stress levels.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - IPPMG - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

² ISPA - Instituto Universitário/WJCR - William James Center for Research, Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde - UIPEs - Lisboa - Portugal.

Endereço para correspondência:

Sandra Cairo de Oliveira Amaral.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Pedro Calmon, 550 - Cidade Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ, Brasil. CEP: 21941-901. E-mail: cairosandra@gmail.com

INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a primeira causa de morte no mundo¹. De acordo com o "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014"², as quatro principais doenças crônicas incluem doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias. Estas são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo e por mais de 80% de todas as mortes prematuras³.

As DCNTs podem acarretar a necessidade de restrição de atividades, tratamentos extensos, procedimentos médicos dolorosos e reações induzidas por medicamentos. Isso tem impacto direto não só na saúde da criança, mas também na dinâmica familiar como um todo — uma vez que os familiares precisam se adaptar às circunstâncias e enfrentar as necessidades da criança doente^{4,5}.

Em uma revisão sistemática sobre estresse parental entre cuidadores de crianças com doenças crônicas, esses cuidadores relataram níveis de estresse significativamente mais elevados, em comparação com cuidadores de crianças saudáveis, o que foi associado a piores níveis de ajustamento psicológico⁶. As repercussões da doença, principalmente sociais, interpessoais, emocionais e afetivas, podem também constituir estressores para a família^{7,8}.

Lazarus e Folkman⁹ definem o estresse como um processo que envolve interações contínuas entre a pessoa e o ambiente, incluindo experiências estressantes, caracterizadas como o descompasso entre os recursos da pessoa e a demanda percebida.

Considerando todas as mudanças e repercussões na dinâmica familiar, além das responsabilidades para com os cuidados com os filhos, pais e cuidadores de crianças com doenças crônicas enfrentam estressores frequentes, resultando em maiores níveis de estresse⁵.

Neste sentido, torna-se importante levar em consideração a saúde emocional destes pais e cuidadores, não só para a saúde da dinâmica familiar, mas também para um melhor manejo da doença da criança. Assim, as intervenções envolvendo os pais e familiares são cruciais para ajudar os cuidadores a melhor administrarem seus níveis de estresse, e administrarem a doença de forma adequada, além de contribuir para o bem-estar dos cuidadores e das crianças.

Golfenshtein, Srulovici e Deatruck¹⁰ publicaram uma revisão integrativa sobre intervenções destinadas a reduzir o estresse parental em famílias de crianças com diversas condições pediátricas, porém a revisão apresenta diferenças no desenho do estudo.

Assim, a presente revisão foca em estudos que exploram intervenções realizadas com pais e familiares de crianças com câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias.

OBJETIVO

Esta revisão teve como objetivo analisar estudos que avaliaram a eficácia de intervenções psicossociais direcionadas ao controle do estresse em pais e familiares de crianças com

as doenças crônicas mais prevalentes (câncer, asma, diabetes e doenças cardiovasculares).

MÉTODO

Este estudo se classifica como uma revisão de escopo.

A busca da literatura foi concluída em junho de 2017, incluindo todos os artigos publicados até aquela data em cinco bases eletrônicas de dados (EBSCO, b-On, PubMed, Scielo e Web of Science), utilizando combinações das seguintes palavras de busca: "programa" OR "intervenção" OU "manejo" OU "treinamento" OU "tratamento" OU "redução" OU "controle" OU "inoculação" OU "terapia" E "estresse"; E "mãe" OU "família" OU "pais" OU "cuidadores"; E "câncer" OU "asma" OU "diabetes" OU "doença cardiovascular" E "infância" OU "crianças" OU "pediátrico".

Critérios de elegibilidade

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: (a) estudos com texto completo disponível; (b) estudos que apresentaram resultados para pelo menos uma medida de estresse e que avaliaram essa variável de forma quantitativa por meio da aplicação de instrumentos de medição de estresse em pelo menos dois momentos (pré e pós-intervenção); (c) estudos que avaliaram o estresse em pais/familiares/cuidadores de crianças com as doenças crônicas (câncer, asma, diabetes e doenças cardiovasculares); e (d) intervenções psicossociais realizadas presencialmente ou remotamente. Foram excluídos da presente revisão estudos de caso, estudos que avaliaram exclusivamente o estresse pós-traumático (pela sua natureza patológica específica) e estudos que incluíram doenças crônicas apenas na adolescência.

Triagem e análise de dados

Títulos e resumos foram examinados para possível elegibilidade, e lidos por um dos revisores (SCOA), com o apoio de um especialista (FP). Depois de decidir quais estudos atenderam aos critérios de inclusão, os estudos foram resumidos e agrupados por um dos pesquisadores (SCOA).

A avaliação da qualidade foi realizada por dois pesquisadores (SCOA e RR).

Para resumir as informações de maneira precisa e confiável, o presente estudo construiu uma estrutura de extração de informações com base nas recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien¹¹ para revisões de escopo e em vários itens recomendados da Declaração PRISMA¹², uma vez que este estudo focou sobre estudos de intervenção.

Avaliação de qualidade

Esta tarefa foi realizada por dois revisores independentes usando uma lista de verificação adaptada do Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions^{13,14,15} com 29 questões, incluindo 17 parâmetros com as seguintes categorias: introdução (questões 1, 2), método (questões 3 a 17), características

sociodemográficas e clínicas dos participantes (questões 18, 19, 20), instrumentos (questão 21), análise estatística (questão 22), resultados (questão 23), discussão (questão 24, 25, 26) e outros (cadastro no programa, fontes de financiamento e conflitos de interesse), (questões 27, 28, 29). Foi utilizada uma escala de classificação de acordo com o seguinte parâmetro: presente (3 ou 2), pouco claro (1), ausente (0), não aplicável (--).

O escore total de qualidade variou de 0 a 36 pontos.

RESULTADOS

Triagem e Seleção de Estudos

Um total de 10.099 artigos foram identificados na busca da literatura nas cinco bases eletrônicas de dados. Eliminamos 6.853 artigos duplicados usando o EndNote, e 177 duplicados foram eliminados manualmente. Os 3.069 artigos restantes foram triados (título e resumo), resultando na exclusão de 3.005 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão. Sessenta e quatro artigos potenciais foram lidos na íntegra e aqueles que não atenderam aos critérios de elegibilidade foram retirados da revisão, o que resultou na eliminação de 49 artigos (a maioria por não mensurar o estresse de forma quantitativa, por meio de instrumentos psicométricos). Quinze estudos foram selecionados para serem incluídos na revisão^{5,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29}. A Figura 1 apresenta o fluxograma da triagem e o processo de seleção.

Características gerais do estudo

O manejo e redução do estresse foi o objetivo das intervenções incluídas, com doze estudos (n=12; 80%) apresentando o estresse como desfecho primário, e três (n=3; 20%) como desfecho secundário.

Todos os estudos apresentaram pelo menos uma medida de estresse (por exemplo, estresse parental, estresse geral, angústia, estresse relacionado à experiência parental da doença da criança). O instrumento de medida mais utilizado foi o PSI - Parenting Stress Index (4 estudos); seguido pelo DASS - Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (3 estudos), o PECI - Experiência dos Pais com Doença Infantil (2 estudos) e o PSS - Escala de Estresse Percebido (2 estudos). Onze estudos (n=11; 73%) realizaram análise da variável estresse utilizando apenas um instrumento e quatro (n=4; 27%) incluíram mais de uma medida de estresse.

Com relação ao desenho do estudo, dez artigos (n=10; 67%) eram ensaios clínicos randomizados (ECR) e cinco artigos (n=5; 33%) não eram ECRs. Em relação aos momentos de avaliação, nove estudos (n=9; 60%) realizaram no mínimo três avaliações (pré-teste, pós-teste e acompanhamento) e seis estudos (n=6; 40%) relataram duas avaliações (pré-teste, -teste e pós-teste).

Sobre as características da amostra, oito intervenções (n=8; 53%) envolveram os pais (mães e pais), três intervenções (n=3; 20%) focaram exclusivamente nas mães; duas intervenções

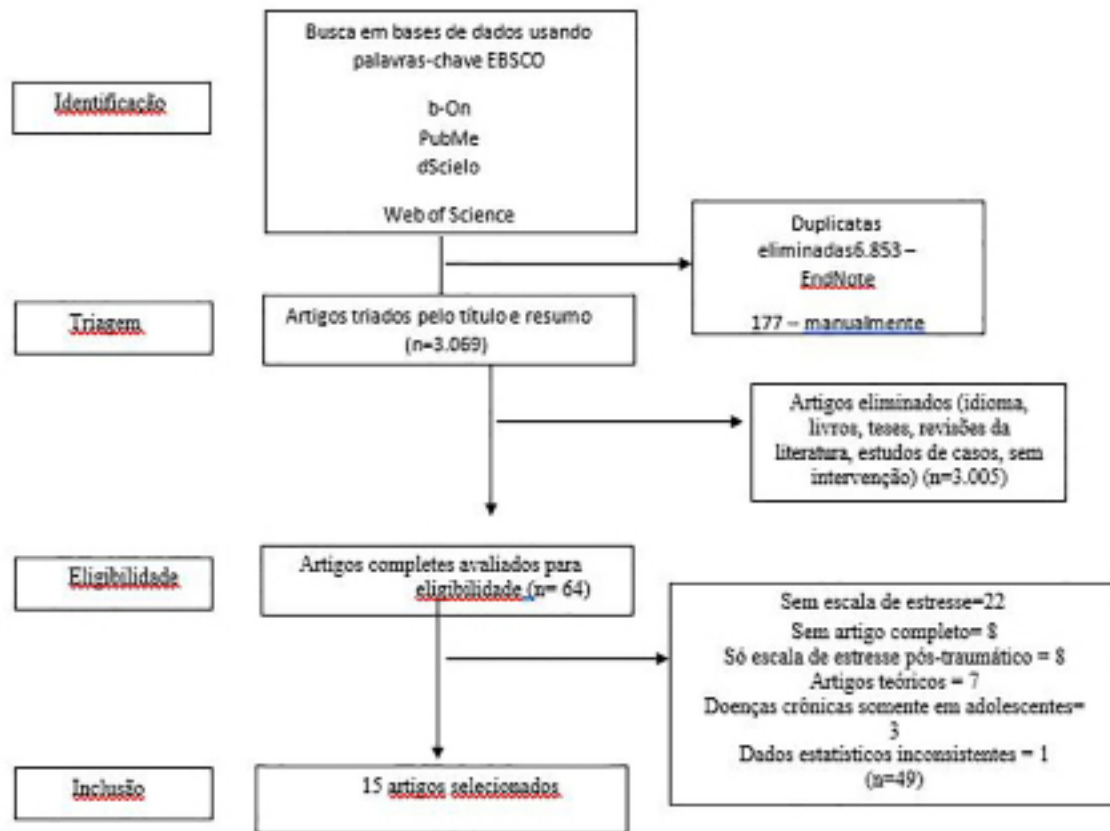


Figura 1. Diagrama da triagem e processo de seleção de artigos

(n=2; 13,5%) incluíram pais e familiares (um estudo também incluiu crianças) e duas intervenções (n=2; 13,5%) também incluíram os familiares (incluindo crianças). O tamanho da amostra variou consideravelmente entre 5 e 79 participantes.

Das quatro doenças infantis incluídas na revisão (câncer, diabetes, asma e doenças cardiovasculares), seis artigos (n=6; 40%) referiam-se a crianças com diagnóstico de câncer, quatro artigos (n=4; 27%) incluíam crianças com diabetes, dois artigos (n=2; 13%) incluíam crianças com câncer ou urgência de cirurgia cardíaca, dois estudos (n=2; 13%) referiram-se a crianças com asma, e um estudo (n=1; 7%) incluiu crianças com uma variedade de doenças crônicas, sendo os diagnósticos mais comuns asma e diabetes.

Foi encontrada uma variedade em relação à idade das crianças (entre 0 e 18 anos), embora as palavras de busca tenham se limitado a infância, crianças e pediatria. A idade incluiu a infância em todos os estudos, mas também a adolescência em alguns deles.

Com relação às modalidades de intervenção, doze (n=12; 80%) foram realizadas presencialmente, em ambientes como hospitais e ambulatorios, sendo uma delas realizada na residência dos participantes. Três intervenções (n=3; 20%) foram realizadas remotamente, utilizando recursos como videoconferência e telefone. Em algumas intervenções, além das sessões presenciais, foram feitas ligações telefônicas de acompanhamento.

Nove estudos (n=9; 60%) apresentaram intervenções individuais e seis estudos (n=6; 40%) realizaram intervenções em grupo.

Características Gerais das Intervenções

Diferentes abordagens foram usadas nas intervenções. Algumas intervenções incluíam em seus programas promoção da saúde, atenção plena, terapia de aceitação e compromisso, empoderamento familiar, modelos psicossociais, teoria comportamental e inoculação de estresse. Dentre as estratégias e técnicas utilizadas, foram identificadas: psicoeducação (e.g., informações sobre a doença da criança), técnicas de respiração e relaxamento, habilidades de comunicação, identificação de situações estressantes, resolução de conflitos, estratégias parentais (e.g., fortalecimento da educação em relação à doença habilidades), estratégias de enfrentamento e apoio dos pais e cuidadores.

Eficácia da intervenção em relação ao estresse

Para avaliar a eficácia da intervenção, tomou-se referência o instrumento de medida de estresse utilizado em cada estudo.

Dos 15 estudos selecionados, oito (n=8; 53%) não encontraram diferenças significativas nos níveis de estresse ou não encontraram diferenças significativas entre o grupo intervenção e o grupo controle; seis estudos (n=6; 40%) mostraram uma diminuição significativa nos níveis de estresse dos participantes; e um estudo (n=1; 7%) apresentou resultados mistos, com melhora em algumas dimensões emocionais, mas não em outras, que permaneceram inalteradas.

Com essa classificação, tendo os resultados em mente, seguem as características específicas do estudo:

Estudos que não encontraram diferenças significativas nos níveis de estresse ou que não encontraram diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo controle

Foram selecionados 8 estudos^{17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27}.

Cinco investigações (n=5; 62,5%) apresentaram estresse como desfecho primário, e três (n=3; 37%) como desfecho secundário. Com relação ao desenho, sete (n=7; 87,5%) eram ECRs e 1 (n=1; 12,5%) não era um ECR. Seis estudos (n=6; 75%) realizaram três ou mais avaliações (pré-teste, pós-teste e acompanhamento) e dois estudos (n=2; 25%) realizaram apenas duas (pré-teste e pós-teste). Sobre as características da amostra, quatro artigos (n=4; 50%) incluíram pais (pais e mães), dois (n=2; 25%) incluíram apenas mães, um (n=1; 12,5%) incluiu pais e familiares membros, e um (n=1; 12,5%) incluiu também os filhos como participantes, além dos pais e familiares.

Com relação ao diagnóstico infantil, em quatro estudos (n=4; 50%) as crianças tiveram diagnóstico de câncer, em dois (n=2; 25%) as crianças foram diagnosticadas com diabetes, em um estudo (n=1; 12,5%) as crianças tinham câncer ou urgência para cirurgia cardíaca, e em um estudo (n=1; 12,5%) as crianças tinham asma.

Quanto às modalidades de intervenção, cinco das intervenções (n=5; 62,5%) foram realizadas individualmente, e três (n=3; 37,5%) foram realizadas em grupo. O formato da intervenção foi presencial (n=5; 62,5%) ou remoto (n=3; 37,5%).

Estudos que mostraram redução significativa nos níveis de estresse

Foram selecionados 6 estudos^{5, 16, 21, 26, 28, 29}.

Todos os estudos (n=6; 100%) apresentaram o estresse como desfecho primário. Em relação ao desenho do estudo, três (n=3; 50%) eram ECR e três (n=3; 50%) não eram ECR. Quatro investigações (n=4; 67%) realizaram apenas duas avaliações (pré-teste e pós-teste), e duas investigações (n=2; 33%) realizaram três (pré-teste, pós-teste e seguimento). Em relação às características da amostra, quatro estudos (n=4; 67%) foram realizados com pais (pais e mães) e dois (n=2; 33%) com pais e familiares.

Com relação ao diagnóstico da criança, em dois estudos (n=2; 33,2%) as crianças apresentavam diabetes, em um (n=1; 16,7%) foram diagnosticadas com câncer, em um (n=1; 16,7%) tinham diagnóstico de câncer ou urgência para cirurgia cardíaca, em um (n=1; 16,7%) havia uma criança com asma, e em um (n=1; 16,7%) o paciente pediátrico apresentava uma série de doenças crônicas (as mais comuns foram asma e diabetes).

Relativamente à modalidade de intervenção, todas as intervenções (n=6; 100%) foram presenciais, sendo três (n=3;

50%) realizadas em grupo e as restantes três (n=3; 50 %) em formato individual.

Estudo apresentando resultados mistos (melhora em algumas dimensões emocionais e nenhuma alteração em outras)

Foi selecionado 1 estudo¹⁸. Esta intervenção teve como desfecho primário o estresse, e foi realizada com pais (pais e mães) de crianças com câncer. Este estudo não foi um ECR, empregou quatro avaliações e realizou a intervenção presencial e individualmente.

Um resumo dos estudos é apresentado na Tabela 1.

Avaliação da qualidade

A confiabilidade entre avaliadores foi explorada usando o Kappa de Cohen, que revelou uma confiabilidade substancial ($k = 0,819$).

Um resumo da avaliação da qualidade dos estudos é apresentado na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Tendo como referência as medidas de estresse, as intervenções selecionadas apresentaram resultados variados (com reduções nos níveis de estresse, sem diferenças significativas nos níveis de estresse, ou resultados mistos, com algumas dimensões emocionais melhoradas e outras inalteradas). Os estudos também variaram em relação a: objetivo do estudo, resultados em relação à variável estresse, ECR ou não-ECR, número de avaliações, instrumentos de medição de estresse, características da amostra e modalidades de intervenção.

Embora a maioria das investigações tenha apresentado o estresse como desfecho primário, deve-se notar que as três investigações que apresentaram o estresse como desfecho secundário (todas ECR) não mostraram reduções significativas nos níveis de estresse. Isso pode indicar que essas intervenções foram projetadas para afetar outras variáveis, além do estresse, acabando por diluir seu efeito sobre esse sintoma.

De todos os estudos analisados, a maioria constituiu ECRs, incluindo grupo controle, randomização dos participantes e avaliações em três ou mais momentos (pré-teste, pós-teste e follow-up). Observou-se assim que a maioria dos estudos não-ECR apresentou efeitos positivos, com diminuição dos níveis de estresse, enquanto os ECR não mostraram, em sua maioria, essa redução do nível de estresse. É relevante destacar que os ECR permitem avaliar a eficácia, dada a presença de um grupo controle, essencial para comparar e discriminar os resultados causados pelos tratamentos e intervenções³⁰.

Em relação ao desenho das intervenções, observou-se também que de todos os estudos que incluíram duas avaliações (pré-teste e pós-teste), a maioria apresentou efeitos positivos com reduções nos níveis de estresse. Assim, de maneira geral, a maioria dos não ECRs e dos estudos que aplicaram apenas duas avaliações (sem acompanhamentos)

apresentaram resultados positivos na redução do estresse. Portanto, as evidências sobre a eficácia dessas intervenções na redução do estresse dos cuidadores são frágeis e insuficientes para determinar a sustentabilidade dos resultados em longo prazo.

Em relação às amostras do estudo, as intervenções incluíram pais, mães e familiares (e incluíram até as próprias crianças). No entanto, a maioria dos participantes era do sexo feminino. Embora hoje em dia haja uma mudança nos papéis de gênero do cuidador, o cuidado ainda é predominantemente prestado por mulheres. Segundo Silver, Stein e Dadds³¹, em seu estudo sobre estrutura familiar e saúde física e mental de crianças com doenças crônicas, afirmaram que as mães costumam estar mais envolvidas no processo de tratamento, indo mais ao hospital e interagindo mais frequentemente com os profissionais de saúde.

Em relação ao diagnóstico infantil, os resultados das intervenções variaram, sendo que os estudos com crianças com câncer apresentaram com maior frequência resultados não significativos quanto à redução dos níveis de estresse dos pais. Isso pode ser atribuído às diferenças entre o diagnóstico e os fenômenos associados. Embora as quatro doenças infantis selecionadas neste estudo sejam classificadas como crônicas, cada uma possui suas particularidades em relação aos estágios de evolução, risco de morte, tratamentos necessários e exigências de cuidados por parte dos pais. Assim, é necessário considerar tais especificidades na elaboração e realização de intervenções, bem como na análise de resultados quanto à redução/ausência de alteração dos níveis de estresse entre pais e cuidadores.

Apesar da diversidade de conteúdo das intervenções, a maioria (80%) abordou informações sobre a doença (diagnóstico, condutas médicas, tratamentos e envolvimento dos pais/cuidadores). Isso enfatiza a importância do conhecimento sobre a doença e seu manejo por parte dos cuidadores. Em artigo de revisão, Vaz e colaboradores³² relataram a necessidade de a família receber informações sobre a doença e destacaram que os pais relataram como benéfico receber informações sobre a doença crônica, destacando a importância de programas educativos para promover a compreensão dos pais e um melhor cuidado para com a criança. O acesso à informação pode ter, por si só, um impacto positivo nos níveis de estresse, uma vez que o compartilhamento de informações promove estratégias de enfrentamento e desenvolve habilidades para vivenciar a doença, sendo que a informação desempenha um papel importante no manejo da doença³³.

As evidências indicam que intervenções que apenas fornecem informações sobre a doença infantil são eficazes na redução do estresse, e que intervenções que focam exclusivamente em técnicas de relaxamento também reduzem esses sintomas nos pais, no entanto, observou-se nesta pesquisa que estudos que combinam as duas abordagens (treinamento de relaxamento e informações sobre a doença e seus tratamentos: 5 investigações) não foram eficientes na redução do estresse.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N) (Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Burke et al., 2014	11 pais Idade: n/p	Crianças com diagnóstico de câncer ou cirurgia cardíaca salva-vidas e que passaram pelo período agudo de adaptação (3 meses após o diagnóstico ou cirurgia). Tempo desde o diagnóstico (meses) M(DP) Oncologia - 25,5 (25.3) Cardiologia (tempo desde a cirurgia)-8,2(2,9) Idade: n/p	Não-ECR Avaliação: Desenho pré-pós com 6 meses de seguimento	Respire fundo (RF), para pais de crianças diagnosticadas com uma doença com risco de vida (DRV) Sessões: Sessão 1: Visão geral do programa, a justificativa e os objetivos de aprendizagem. Compartilhamento de histórias pessoais (diagnóstico e tratamento da criança). Sessão 2: Informações, habilidades e exercícios destinados a aumentar a conscientização. Processos centrais da TCA (Terapia de Compromisso de Aceitação). Exploração das atuais estratégias de enfrentamento. Sessão 3: Processos básicos da TCA. Identificação de Valores e estabelecimento de metas relacionadas aos Valores. Sessão 4- Resolução de Problemas. Planejamento de ações a serem implementadas durante o intervalo de 1 mês antes da próxima sessão. Sessão 5: Avaliação do progresso e definição de ações e planos para continuar a praticar o que aprenderam. Aplicação das estratégias e ideias da RF aos seus desafios atuais.	Experiência dos pais quanto à doença da criança	M(SD) Guild & Worry -2,36 (0,54) Recursos emocionais - 2,30 (0,43) Pesar e Raiva não resolvidos -2,28 (0,45) Incerteza de longo prazo -2,20 (0,49)	A angústia dos pais diminuiu significativamente da avaliação pré para pós-intervenção, ou seja, culpa e preocupação, tristeza e raiva não resolvidas e incerteza de longo prazo diminuíram; por outro lado, os recursos emocionais aumentaram.
Celano et al., 2012	41 famílias (crianças e cuidadores) 85% mães Grupo intervenção (n=21)	Crianças com asma mal-controlada Tempo desde o diagnóstico: diagnosticado com asma por mais de um ano.	ECR Avaliações básicas ocorreram em média 11 semanas mais tarde no domicílio da família. As famílias foram aleatoriamente atribuídas ao HBFi ou o	O conteúdo sobre o manejo da asma foi adaptado da intervenção do National Cooperative Inner City Asthma Study. A Home-based Family Intervention (HBFi) consistiu de quatro a seis encontros (realizados na casa dos participantes), durante um período de 4 meses, e o conteúdo incluiu uma introdução, oito módulos sobre manejo da asma e outros oito módulos sobre dimensões psicossociais (por exemplo, estresse do cuidador, regras e disciplina, comunicação).	Índice de estresse dos pais - Parenting Stress Index- formulário curto (PSI-SF) Brief Symptom Inventory(BSI)	PSI (SF) Grupo intervenção - 82,4 Grupo controle -82,6 BSI Grupo intervenção - 58,0 Grupo controle -55,0	O estresse do cuidador melhorou nas avaliações basal e pós-intervenção, e de basal ao seguimento. Essa redução foi vista em ambos os grupos (intervenção e

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N) (Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Celano et al., 2012	Grupo controle (n=20) Idade: n/p	Idade M (SD): 10.5 (1.6) (intervalo 8-13)	grupo controle por randomização bloqueada dentro das faixas etárias (8 a 10 vs. 11 a 13). Avaliações: basal, pós-intervenção (4 meses após a primeira visita domiciliar) e segui- mento de 6 meses	A intervenção promoveu o controle dos fatores de- sencadeantes da asma na primeira visita e forneceu feedback sobre a função respiratória da criança e a técnica MDI/espalhador em todas as consultas. Foi im- plementada a existência de um plano de ação escrito para a asma. Além disso, foi solicitado às famílias que escolhessem três a quatro objetivos correspondentes aos módulos preparados (pelo menos dois deveriam ser focados no manejo da asma e um a dois relaciona- dos aos domínios psicossociais). Nas sessões seguin- tes, os módulos escolhidos serviram para trabalhar os objetivos específicos da família. O Enhanced Treatment as Usual (ETAU) consistiu em uma única visita domiciliar, durante a qual foi forneci- do um exame de controle de gatilho, feedback sobre o funcionamento pulmonar da criança e técnica de inalador dosimetrado (MDI)/espalhador e implemen- tou o plano de ação para asma por escrito.			controle) e não houve efeito diferencial do tratamento.
Hendricks -Ferguson et al., 2017	13 pais de 11 crianças Mães – 85,7% Pais –14,3% Idade: n/p	Câncer (Tumor cerebral com prog- nóstico ruim). Tempo desde o diagnóstico: Taxas gerais de sobrevivência de mens de 50% aos 3 anos após o diag- nóstico.	Não-ECR Esse estudo foi prospectivo, longi- tudinal e com um único grupo. Piloto.	“Plano de Comunicação: Precoce até o Fim da Vida (COMPLETO)” O programa foi entregue aos pais de crianças recém- diagnosticadas com um tumor cerebral. A estrutura inclui informações/componentes como: 1- Informações clínicas relacionadas a Eventos de Estresse (Diagnóstico de Tumor Cerebral; Prognóstico - Plano de Tratamento);	Experiência dos pais sobre a doença da crian- ça – Formulário curto(PECI)	Guild & Worry - 2,75±0,14 Pesar e raiva não re- solvidos -2,51±0,15 Incerteza de longo prazo -2,48±0,22 Recursos emocionais - 2,20±0,17	Houve respostas mistas para com o incômodo dos pais, com culpa dos pais e preocupação mostrando tendência de queda ao longo do tempo em nível marginal de significância, mas com pesar e raiva não resol- vidos, não mostrando diferença significativa ao longo do tempo

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N) (Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-interven- ção	Desfechos (estresse)
Hendricks -Ferguson et al., 2017		Idade (anos): M= 6 (0,4 a 14,5)	Avaliações: basal (T1) e 3 tempos subsequentes de medidas (T2, T3 e T4) que ocorreu após cada seção (S1, S2 e S3).	2- Avaliação dos estressores pelos pais (exemplo. Preferências para receber informação; Recursos emocionais e necessidades emocionais) 3- Comunicação através da intervenção COMPLETA (exemplo: Discussões personalizadas baseadas nas preferências para receber informação; Revisão constante das opções e metas do tratamento); – Desfechos - Pais (e.g., Sofrimento; Incerteza; Esperança); Desfechos - Cuidadores (e.g., Satisfação do enfermeiro/médico com o COMPLETO; competência percebida do enfermeiro/médico na comunicação PC/EOL).			Por outro lado, a incerteza a longo prazo autorrelatada pelo paciente reduziu significativamente e a esperança aumentou significativamente ao longo do tempo.
Mackey et al., 2016	30 mães Grupo intervenção (n=16) Grupo controle (n=14) Idade M(DP): 33.64 (6.66)	Diabetes Tipo 1 Tempo desde o diagnóstico: diagnosticado a menos de 6 meses Idade M (DP): 4.49 (1.71)	ECR – Questionários basais por telefone. Participantes encontraram um dos conselheiros do estudo para uma seção introdutória, na qual foram discutidos os procedimentos do estudo. Foi feita uma entrevista	A intervenção Young Child – Recém-diagnosticada (YC-ND), baseada em chamada telefônica, forneceu aos participantes 5 sessões telefônicas com um conselheiro e 4 telefonemas com um pai ou mãe treinado para dar suporte (adaptado do Projeto Young Child inicial). Sessão 1: Discussões sobre o estágio de desenvolvimento apropriado para a idade da criança, expectativas relacionadas às tarefas de controle do diabetes e sobre pensamento positivo, e o uso da respiração como técnica de redução do estresse. Sessão 2: Concentre-se nas metas glicêmicas e nas estratégias de solução de problemas. Sessão 3: Estratégias parentais comportamentais que visam o comportamento alimentar, o sono e o comportamento geral.	Questionário Pediátrico para os pais (PIP)	M(DP) Grupo intervenção - 94,66 (24,36) Grupo controle - 85,93(24,36)	Os resultados do estudo mostram que a intervenção não teve efeito significativo no estresse dos pais.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Mackey et al., 2016			Avaliação: Basal, 1, 6, e 12 meses após intervenção.	Sessão 4: Telefonema em grupo com outros participantes para fornecer apoio social adicional aos pais. Sessão 5: Revisão das chamadas anteriores e discussão sobre a importância do autocuidado e bem-estar dos pais. O grupo de comparação recebeu 5 telefonemas com foco na atividade física e na segurança geral da criança durante a atividade física.			

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N) (Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Marsland et al., 2013	37 cuidadores primários (mãe, pai e avó) Grupo intervenção (n=23) Feminino-91,3% Cuidado padrão controle (n=14) Feminino -100%	Crianças recém-diagnosticadas com câncer for a do Sistema nervosa central que precisaram de quimioterapia tiveram expectativa de vida de >4 meses. Tempo desde o diagnóstico (dias) M(DP): Intervenções 24 (15.4); controle de cuidados primários – 25(14); intervalo: 4-55	ECR Avaliações pré-intervenção (T1 - média = 24dias após o diagnóstico) e após intervenção (T2 – Média=165 dias após o diagnóstico)	A intervenção “Connections to Coping” é uma intervenção manual, multimodal de gerenciamento do estresse e melhoria do enfrentamento; a duração das sessões variou entre 30 e 60 minutos. O programa inclui seis sessões presenciais, seis contatos telefônicos e acesso ao site do estudo. Sessão 1: Visão geral da intervenção, discussão estruturada da experiência do câncer, estressores associados e estratégias de enfrentamento. Sessão 2: Respostas emocionais ao stress e treino de relaxamento (respiração). Sessão 3: Relaxamento (treinamento de relaxamento muscular progressivo) e exploração das respostas ao estresse. Sessão 4: Treinamento de relaxamento (imagem visual e treinamento autogênico) e enfrentamento ativo. Sessão 5: Comunicar de forma eficaz; exploração da rede social e geração de soluções baseadas em suporte social.	Escala do Estresse Percebido(PSS)	Grupo intervenção - 28,4 (7,2) Grupo controle -29,3 (9,4)	Não houve efeito significativo da intervenção sobre os níveis de estresse dos participantes ao T2.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Marsland et al., 2013	Idade M(DP): Grupo intervenção: 42.8 (9.21) Grupo controle: 39.5 (7.48)	Idade M(DP): Intervalo de idade: 7-17 Grupo intervenção: 13.2 (2.6) Grupo controle: 12.9 (3.4)		Sessão 6: Cuidar de uma criança com doença crônica (por exemplo, normalizar experiências, modelar, mostrar preferência pela criança doente etc.); revisão de habilidades e discussão de sua aplicação em situações particulares. Os cuidadores randomizados para o tratamento convencional não receberam apoio psicológico adicional além daquele oferecido como parte dos cuidados de rotina.			
Méndez et al., 1997	38 pais Grupo experimento (n=19) Grupo tratamento convencional (n=19) Idade: Grupo experimento: 38,421 ± 5,092 anos Grupo Tratamento convencional: 36,053 ± 5,532 anos	Diabetes mellitus insulino-dependente Tempo até o diagnóstico – Pelo menos 1 ano Idade: GE – 8,652 ±3,059 TAU – 8,359 ±3,046	ECR Tratamento experimental vs. Tratamento convencional Avaliações: pré e pós-teste	1ª sessão: informação sobre a resposta ao estresse e principalmente estresse relacionado com a diabetes dos seus filhos. Técnicas de relaxamento. 2ª sessão: Relaxamento muscular progressivo, respiração profunda e técnica imagética. 3ª sessão: Tensão-distensão de 4 grupos corporais com técnicas respiratórias e imagéticas. Treinamento de auto-instruções; identificação de pensamentos negativos que surgem em situações estressantes e sua mudança contestável e bem-sucedida. 4ª sessão: Técnica de tensão-distensão dos 4 grupos corporais. Discussão da situação estressante diária e possíveis respostas de enfrentamento 5ª sessão: Relaxamento corporal geral e dramatização da gestão de situações de stress relacionadas com a diabetes. 6ª sessão: Relaxamento geral do corpo incorporando a identificação de um sinal de relaxamento. Treinamento de auto-instruções imagéticas.	Escala de Contratempos Cotidianos no Diabetes – adaptação e adaptação de Problemas Diários do Diabetes (DDHS)	Tratamento experimental - 33,105±16,418 Grupo Tratamento convencional - 38,684±22,593	Houve uma redução tanto no número de estressores (gerais e relacionados ao tratamento) identificados quanto na gravidade percebida desses estressores, ao comparar a avaliação pré com a pós-intervenção.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo/ Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida do Estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Minor et al., 2006	44 cuidadores (pais e um avô) Masculino – 6 Feminino – 38 M(DP): n/p. Idade classes: idade(anos) (%): 19-30 (9.3%) 31-45 (69.8%) 46-60 (18.6%) Acima de 60 (2.3%)	Diabetes e asma (que eram os mais comuns), epilepsia, síndrome de Down, doença de Crohn, colite, síndrome do intestino irritável, câncer e transtorno de déficit de atenção. Tempo desde o diagnóstico: 7 anos Anos de idade (%): 13-18 (39,5%) 3-6 (30,2%)	Não-ECR Sete grupos de participantes foram executados ao longo da duração do estudo. Avaliação: entrevista (T1) e última classe, oito semanas depois (T2)	O programa foi baseado no programa de Redução de Estresse Baseado em <i>Mindfulness</i> (MBSR), com a adição da série primária de loga. 8 sessões de grupo semanais com 2 horas de duração. Conteúdo: Semana 1: Introdução; Atitudes de <i>Mindfulness</i> , técnica de meditação body-scan e meditação sentada. Semana 2: Introdução à meditação andando e à meditação comendo. Semana 3: Yoga deitado; mais meditação sentada. Semana 4: Meditação de visualização; uso de autoavaliação de sintomas de estresse. Semana 5: Respondendo conscientemente a situações estressantes. Como trabalhar com medo, pânico e ansiedade. Meditação baseada em visualização. Lista de verificação de "Comunicação Difícil". Semana 6: Atitude consciente dentro da comunicação estressante. Exploração de sentimentos de desamparo ou incerteza. loga em pé. Semana 7: <i>Mindfulness</i> no dia a dia, além da aplicação das técnicas. Semana 8: Meditação apoiada por um mínimo de instruções, adicione conteúdos às sessões anteriores. Um manual do programa e dois CDs foram produzidos. Os participantes foram instruídos a praticar por 45 minutos, 6 dias por semana, durante o programa.	Questionário: Sintomas de estresse (SOSI)	110,11 (58,85)	O MBSR, programa para cuidadores de crianças com doenças crônicas foi bem-sucedido em diminuir significativamente os sintomas de estresse. Portanto, houve uma diminuição de 32% no escore total do SOSI; além disso, todos os sintomas relacionados ao estresse avaliados (por exemplo, gastrointestinais, tensão muscular, irritabilidade emocional) mostraram uma atenuação significativa.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis do estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Othmanet al., 2010	79 pais (60% mães) Grupo Intervenção (n=41) Grupo Controle (n=38) Idade: n/p	Câncer (leucemia na maioria: 66%) Tempo desde o diagnóstico: período de 7-36 meses. Idade M: 8.03	ECR Pais que frequentam programas no primeiro mês do período de estudo - Grupo de intervenção. Atendimento nos últimos meses - lista de espera/ controle. Duas avaliações: uma pré e uma pós (4-8 semanas após programa/pré-avaliação).	O Programa Psicoeducativo (PPE) consistiu em 4 sessões psicoeducativas de grupo com a duração de 50 minutos. Objetivo: melhorar o conhecimento dos pais sobre o câncer infantil; aumentar a consciência psicológica dos pais e a aceitação do diagnóstico; recomendar estratégias de enfrentamento e diminuir seus níveis de ansiedade e estresse. Domínios/Conteúdo: Introdução: definição, tipos, causas e sintomas. Tratamento: tipos, efeitos colaterais e manejo. Reação parental: sintomas de stress e luto, estratégias de enfrentamento. Reações das crianças: estratégias direcionadas às crianças para promover um melhor enfrentamento. Técnica de relaxamento: respiração profunda. Grupos: Grupo intervenção - atendimento padrão + 4 sessões. Grupo de controle - cuidado padrão.	Questionários de estresse (SQ)	M(DP) Grupo intervenção - 81.0 (20.5) Grupo controle - 95.2 (36.5)	O PPe não teve efeitos significativos para reduzir o estresse.
Rayner et al., 2016	12 pais Femininas - 8 Masculinos (parceiros) - 4 Idade M (DP): 40.2 (6.7) Femininas: 40.2 (6.7) Masculinos (parceiros): 36.0 (3.6)	Diagnóstico de câncer (5) ou necessidade de cirurgia cardíaca salva-vidas no primeiro mês de vida (3). Tempo desde o diagnóstico: 43,9 (DP): 34,9 (34.4)	Não ECR Critérios de inclusão: pais que tiveram sofrimento psicológico elevado dentro de 4 semanas após a internação inicial de seus filhos.	"Respire Fundo" (TAB) é uma intervenção em grupo de cinco sessões, realizada pela Internet. Conteúdo como descrito no artigo acima (Burke et al., 2014).	Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS) Experiência dos pais perante a doença da criança (PECI)	DASS - M(SD) 12.42 (8,86) PECI Guild & Worry -1,62 (0,85) Recursos emocionais - 2,74 (0,66)	As mudanças foram significativas para culpa e preocupação e tristeza/ raiva não resolvidas, que mostraram redução nos sintomas de estresse dos pais, que mostraram uma pequena mudança não significativa ao longo do tempo.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)/Sexo / Idade	Diagnóstico (Tempo / Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Rayner et al., 2016		Idade ao diagnóstico (meses) M (DP): 31.4 (32.6) Idade: n/p	Avaliação: desenho pré-pós 6-meses de seguimento.			Pesar e raiva não resolvidos -1.56 (0.90) Incerteza - 1.52 (0.96)	
Salßmann et al., 2012	65 pais Mães -33 Pais -32 Grupo de intervenção (n=37) Grupo controle (n=28) Idade M (DP): Grupo de intervenção Mãe: 39,1 (3,3) Pai: 43,3 (5.5) Mãe do grupo de controle: 40,4 (3,8) Pai: 42,4 (6.5)	Diabetes tipo 1 Tempo desde o diagnóstico (anos): Grupo de intervenção Média 2,6 (DP 1.6) Grupo de controle Média 2,6 (DP 1.9)	ECR Trinta e sete famílias foram destinadas ao DELFIN intervenção ou para uma lista de espera (grupo controle) por randomização simples (taxa de alocação de 1:1). Avaliações: inicial, pós-intervenção (3 meses depois) e o grupo de intervenção completou uma avaliação de acompanhamento de 12 meses.	O programa DELFIN – Das Elterntaining für Eltern von Kindern mit Diabetes Type 1 (O programa parental para pais de crianças com diabetes tipo 1) é uma intervenção de grupo estruturada para pais com base em princípios comportamentais para fortalecer suas competências gerais e relacionadas ao diabetes. Os grupos incluíam até 7 famílias (sessão semanal de 2 horas, durante um período de 5 semanas). Sessões: Primeira sessão: cognições disfuncionais focadas, estabelecimento de metas e habilidades de comunicação. Segunda sessão: estratégias para desenvolver uma relação positiva com as crianças; dramatização exercida para melhorar as habilidades de comunicação. Lição de casa incluída entre a identificação de metas realistas. Terceira sessão: desenvolvimento de habilidades parentais para resolver conflitos familiares. Quarta e Quinta Sessões: treinamento de habilidades práticas diretamente relacionadas ao manejo da doença crônica (por exemplo, inserção de cateter, injeção, medição de glicose no sangue). Essas sessões também abordaram desafios específicos da idade (por exemplo, acessos de raiva) e dramatizações foram usadas para praticar várias estratégias.	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS)	M(DP) Grupo intervenção - 25,5 (15,2) Grupo controle - 21,9 (15,4)	O estresse dos pais na avaliação pós-intervenção (3 meses) não diminuiu significativamente no grupo DELFIN, embora tenha melhorado surpreendentemente no grupo controle. Não houve diferença significativa em tempo x grupo. No seguimento de 12 meses, não foram detectadas diferenças significativas, em comparação com as medidas de 3 meses ($p > 0,05$).

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida do Estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (Estresse)
Streisand et al., 2000	22 mães Grupo intervenção (n=11) Cuidado padrão (n=11) Idade M(DP): Grupo intervenção: 37,2 (5,2) Cuidado padrão: 36,5 (8,5)	Crianças programadas para serem submetidas a internação TMO (transplante de medula óssea) Tempo desde o diagnóstico (meses): Intervenção - 11,0 Cuidado Padrão - 10,8 Idade: M (DP) Intervenção 9,4 (4,5) Cuidado Padrão 8,0 (5,2) Intervalo: 2-16 anos	ECR Estudo piloto controlado (grupos de intervenção vs. Cuidado padrão) Avaliação Pré-admissão, dia -7, dia 0, dia +7, dia +14, e dia +21	Um formato de tratamento de uma sessão (duração de 90 minutos), geralmente realizado dentro de 1 semana após a admissão da criança na unidade de transplante de medula óssea (intervalo de 0 a 30 dias antes da admissão). A intervenção seguiu um modelo de inoculação de estresse, incluindo três componentes principais: educação, relaxamento e comunicação. Os participantes receberam apostilas ilustrando os componentes da intervenção por meio de exemplos concretos, bem como um fone de ouvido para aumentar a probabilidade de praticar o treinamento de relaxamento. DSI Impacto no grupo de intervenção - 26,0±20,2 Evento - 11,1±6,1 Impacto no grupo controle - 234,9±36,3 Evento - 12,8±9,2	Questionário de estresse diário (DSI)	DSI Grupo de intervenção: Impacto - 26,0 ± 20,2 Evento - 11,1 ± 6,1 Grupo de controle Impacto - 34,9 ± 36,3 Evento - 12,8 ± 9,2 PSI Grupo de intervenção Domínio Principal - 103,9 ± 27,4 Grupo controle - 116,4 ± 27,6 SSINT Frequência do grupo de intervenção - 6,6 ± 6,1 Tensão específica - 16,5 ± 7,5 Frequência do grupo de controle - 9,5 ± 6,8 Tensão específica - 12,0 ± 5,2	Houve mudanças significativas no estresse ao longo do tempo, com níveis mais altos de estresse sentidos relatados na pré-admissão. As mães na condição de intervenção relataram usar mais técnicas de gerenciamento de estresse do que no cuidado padrão. No entanto, não houve diferenças significativas no estresse entre os grupos de intervenção e cuidado dos padrões.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)/Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da Criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Tsiouli et al., 2014	44 pais Grupo de intervenção (n=19) Mulheres - 15 Homens - 4 Grupo Controle (n=25) Mulheres - 20 Homens - 5 Idade M (intervalo): Grupo de intervenção 43,95 (36-65) Grupo Controle: 42,60 (31-56)	Diabetes tipo 1 Tempo desde o diagnóstico: mais de seis meses Idade: Crianças/adolescentes menores de 18 anos	ECR Os 80 participantes que atenderam aos critérios foram primeiro randomizados (usando o gerador de números aleatórios da web) e depois designados para grupos de intervenção e controle. A amostra final do estudo foi composta por 44 indivíduos. Avaliações: inicial e dois meses após a intervenção.	O programa de gerenciamento de estresse incluiu relaxamento muscular progressivo combinado com respiração diafragmática, com o auxílio de um CD de áudio, e realizado em sessões individuais (com duração de 37 min). Os sujeitos receberam material contendo instruções sobre o exercício das técnicas de relaxamento e foram orientados a praticá-las duas vezes ao dia, durante oito semanas. Um telefonema semanal foi planejado para avaliar a adesão. Nesta sessão, os participantes foram instruídos a adaptar um estilo de vida saudável (alimentação saudável e exercício físico). Eles também foram solicitados a realizar comportamentos de saúde positivos nos dois meses seguintes (com base nas diretrizes da Hellenic Cardiological Society e da Hellenic Dietetic Association). Informações sobre a conexão entre estresse e estilo de vida foram dadas. Os participantes do grupo de controle foram instruídos a implementar um estilo de vida saudável (alimentação saudável e atividade física) e foi fornecido suporte por escrito, semelhante ao grupo de intervenção. Não foi avaliada a adesão durante o período de dois meses (por telefonema semanal). No entanto, poderia chamar a equipe de pesquisa, se eles quisessem.	Cortisol salivar (5 amostras de cortisol) Escala de estresse percebido (PSS) Formulário curto do índice de estresse dos pais (PSI-SF)	Cortisol (8,00-21,00) M(DP) Grupo Intervenção - 0,203 (0,109) Grupo Controle - 0,205 (0,151) PSS - M (SD) Grupo intervenção - 27,21 (7,65) Grupo controle - 27,24 (7,70) PSI-SF - M(SD) Grupo intervenção - 85,79 (18,08) Grupo controle - 79,76 (20,21)	Uma diminuição significativa no estresse percebido e no estresse dos pais foi observado no grupo intervenção. Os dois grupos (intervenção e controle) apresentaram diferença significativa no estresse percebido, na segunda avaliação. Nenhuma diferença significativa foi detectada entre os grupos nos níveis de cortisol.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida de estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Wakefield et al., 2016	45 pais Grupo intervenção (n=23) Masculino - 2 Feminino - 21 Grupo controle (n=22) Masculino - 4 Feminino - 18 Idade M (DP): Grupo intervenção: 42,00 (5,76) Grupo controle: 42,77 (5,21)	Câncer Tempo desde o diagnóstico (anos): M (DP) Cascata: 2,93 (2,14) Controle de lista de espera: 2,25 (1,06) Com 15 anos ou menos que completaram o tratamento do câncer com intenção curativa nos últimos 5 anos.	ECR O recrutamento ocorreu durante blocos de 4x12 semanas, com aproximadamente 50 pais sendo convidados 4 semanas antes da primeira semana de cada bloco. O cegamento ocorreu apenas para os estatísticos. Pais de uma mesma família foram inscritos em grupos diferentes, na mesma condição. Avaliação: basal, 1-2 semanas e 6 meses pós-intervenção.	O programa Cascade (Cope, Adapt, Survive: Life after Cancer) consiste em três sessões online semanais de 120 minutos, feitas via WebEx (Cisco WebEx, EUA). O Cascade consiste numa intervenção síncrona de e-saúde mental, uma vez que é feita "ao vivo", em tempo real, por um psicólogo, e deriva dos modelos de Incerteza na Doença e Sistemas Familiares-Doença. Como tal, concentra-se especificamente nos processos psicológicos intra e interpessoais relevantes para a adaptação à doença, incluindo avaliação construtiva (ou aceitação) da incerteza, solução prática de problemas e mobilização de recursos de apoio social. Esses mecanismos centrais de mudança foram direcionados usando estratégias de terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseadas em evidências, adaptando cada estratégia recomendada às preocupações específicas do câncer. Após um período de 6 meses, os pais inscritos no grupo da lista de espera foram convidados a participar do Cascade. Equipamentos técnicos e acesso à Internet foram fornecidos aos pais que expressaram tais necessidades.	Formulário curto da Escala de Estresse Ansiedade e Depressão (DASS-21)	Grupo intervenção - 14.89 (8.15) Controle lista de espera -13.88 (8.18)	Não houve efeito principal significativo para grupo (isto é, lista de espera versus intervenção) ou tempo (isto é, basal versus pós-intervenção versus acompanhamento) nas medidas de funcionamento psicológico (estresse).

Estudos (Autor / Ano)	Amostra (N) (Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Warner et al., 2011	5 pais Mãe – 4 Pai – 1 idade: n/p	Crianças com leucemia linfoblástica aguda e uma com neuroblastoma Tempo desde o diagnóstico: as crianças estavam em média 3,5 meses após o diagnóstico (DP = 2,7 meses, intervalo = 1-8 meses) Idade M (DP): 6,3 (6,3)	Não-ECR Avaliações: as avaliações foram realizadas antes e imediatamente após o programa.	A intervenção baseou-se principalmente no Programa de Intervenção Competente Sobrevivendo ao Câncer – Recém-diagnosticado (SCCIP-ND). No entanto, pequenas modificações foram feitas. Resumidamente, os cuidadores foram treinados para identificar e ressignificar suas crenças sobre as adversidades do câncer com o objetivo de modificar consequências emocionais, comportamentais e relacionais indesejáveis. A intervenção também visava ajudar os pais a antecipar o impacto do câncer em sua família ao longo do tempo e as formas pelas quais as habilidades desenvolvidas ao longo do tratamento seriam integradas no futuro. A fim de normalizar as reações dos pais e promover a discussão sobre suas crenças, três sessões incorporaram um vídeo de grupo de discussão multifamiliar que exibiu um grupo de pais de crianças com câncer discutindo suas experiências e respostas ao diagnóstico de câncer.	Distress Thermometer (DT) (Termômetro da Angústia)	M(DP) 6.5 (1.7)	Os resultados mostraram níveis reduzidos de angústia dos pais. Quatro dos 5 participantes exibiram níveis de angústia geral reduzidos, com pontuações no termômetro de angústia diminuindo significativamente após a intervenção.
Yeh et al., 2016	65 famílias Grupo experimental (n=34) Pai – 7 Mãe – 26 Outros – 1	Asma moderada a grave Tempo desde o diagnóstico: pelo menos seis meses antes do estudo.	ECR Avaliação: basal e acompanhamentos de 3 meses e 1 ano.	Programa de Empoderamento da Família com Asma. Nas 16 semanas, PEFA foi entregue em um formato de quatro sessões mensais (cada sessão 50 min) para um cuidador familiar primário. A pesquisa iniciou com cada família individual para resolver o problema por si mesma após os diálogos. As famílias foram encorajadas a escolher alternativas ou ideias para resolver problemas após discussões familiares. Por fim, a enfermeira reforçou sua tomada de decisão, confirmando o sucesso do manejo familiar da asma e ajudou o familiar a testar e colocar em prática suas soluções. Sessões / Objetivos: Sessão 1 - Identificação da família. Sessão 2 - Discutindo problemas e conflitos na família. Sessão 3 - Envolver-se em diálogo e pensamento crítico. Sessão 4 - Implementando conhecimento e atuação. Os participantes de ambos os grupos (experimento e controle) receberam um pacote educacional de auto manejo da asma com o diário de asma, o livro de educação em asma, um CD sobre asma e um medidor de pico de fluxo. As famílias do grupo de comparação receberam apenas o autogerenciamento regular da asma na clínica de asma.	Índice do estresse dos pais (PSI)	M(DP) Grupo intervenção - 229.88 (46.018) Grupo controle - 220.13 (25.98)	A pontuação média do PSI foi significativamente reduzida desde o início, para três meses, para um ano no grupo experimental em comparação com o grupo de comparação no início do estudo e três meses e um ano de acompanhamento. O programa de empoderamento familiar diminuiu o estresse parental.

Estudo (Autor / Ano)	Amostra (N)(Sexo / Idade)	Diagnóstico (Tempo / Idade da criança)	Desenho	Intervenção	Medida do estresse	Níveis de estresse pré-intervenção	Desfechos (estresse)
Yeh et al., 2016	Grupo de comparação (n=31) Pai – 2 Mãe – 27 Outros – 2 Idade (a/s): Grupo Experimental: 25-35 – 11 36-45 – 20 ≥ 46 – 3 Grupo de Comparação: 25-35 – 12 36-45 – 18 ≥ 46 – 1	Idade (y/o) - nGrupo experimento 6 – 13 7 – 6 8 – 4 9 – 3 10 – 5 11 – 2 12 – 1 Grupo comparação 6 – 10 7 – 2 8 – 5 9 – 7 10 – 2 11 – 3 12 – 2	ECR Avaliação: basal, e aos 3- Meses e 1- ano de seguimento.				

Tabela 2. Avaliação da qualidade dos estudos usando a lista de verificação adaptada do Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.

artigo	Questões																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Burke et al., 2014, Australia.	2	3	2	2	2	0	0	2	2	0	2	-	-	-	0	1	0	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	0	0
Celano et al., 2012, USA.	2	2	2	2	1	0	3	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	0	2	0
Hendricks-Ferguson et al., 2017, USA.	2	2	2	2	2	0	3	2	0	0	-	-	-	-	0	2	0	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	0	2	2
Mackey et al., 2016, USA.	2	3	2	2	1	0	2	1	2	0	2	0	2	1	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	0	2	0
Marsland et al., 2013, USA.	2	3	2	2	1	0	3	2	0	1	2	0	2	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	0	2	2
Méndez et al., 1997, Spain.	2	3	2	2	1	0	2	2	0	0	2	-	-	-	0	2	0	0	2	2	3	2	2	2	2	2	1	0	0	0
Minor et al., 2006, Canada.	2	3	2	2	2	0	3	2	0	-	2	-	-	-	2	2	-	1	2	2	3	2	2	2	2	1	2	0	0	0
Othman et al., 2010,Malaysia.	2	3	2	2	1	0	2	2	2	2	2	-	-	-	2	2	1	0	2	2	3	2	2	2	2	2	2	0	2	0
Rayner et al., 2016, Australia	2	2	2	2	2	0	3	2	2	0	2	-	-	-	0	1	-	3	2	2	3	2	2	2	2	0	2	0	0	0
Saßmann et al., 2012, Germany.	2	3	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	0	0	2
Streisand et al., 2000, USA.	2	3	2	2	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	2	2	0	2	2	3	2	2	2	2	1	2	0	2	0
Tsiouli et al., 2014, Greece	2	2	2	2	2	0	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	1	3	2	0	3	2	2	2	2	2	2	0	0	0
Wakefield et al., 2016, Australia.	2	3	2	1	1	0	3	2	2	2	2	1	2	2	0	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2	0	2	2	0	0
Warner et al., 2011, USA.	2	2	2	2	2	0	2	0	2	-	1	-	-	-	2	1	-	0	1	1	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2
Yeh et al., 2016, Taiwan	2	2	2	1	0	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	3	2	2	3	2	2	2	2	0	2	0	2	2

0- não feito ou não relatado; 1- feito, mas pouco claro e/ou relatado até certo ponto; 2- feito e/ou relatado adequadamente; 3- feito adequadamente com mais informações e/ou reportado adequadamente com mais informações.

Referência: Hawker S, Payne A, Kerr C, Hardey M, Powell J. Avaliando a evidência: revisando dados díspares sistematicamente. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2002, 12(6), 1284-1299; Higgins J, Green S. (eds). J. Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções 4.2.6. In: The Cochrane Library, Edição 4. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd. 2006; Higgins J, Green S. (eds). Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções Versão 5.1.0. A Colaboração Cochrane, 2011.

Nomeadamente, refira-se que 4 destes 5 estudos incluíram pais de crianças com câncer, o que volta a chamar a atenção para a especificidade deste diagnóstico e para a possível dificuldade em atenuar estes sintomas, devido às características desta doença. Este resultado exige de estudos futuros, uma reflexão sobre a natureza das intervenções adequadas a estas famílias, uma vez que estas podem requerer uma intervenção personalizada, considerando especificamente as particularidades das doenças, por exemplo, intervenção em crises³⁴. Outro resultado que chama a atenção é o fato de que, das sete investigações que focaram pais de crianças com câncer, apenas duas apresentaram atenuação dos níveis de estresse.

Em nossa análise, a maioria das intervenções foi realizada presencialmente, com a maioria delas (58%) apresentando resultados significativos e um resultado misto. Das três intervenções realizadas remotamente, nenhuma encontrou diferenças significativas nos níveis de estresse ao longo do tempo. As intervenções em grupo não apresentaram diferenças em relação à sua eficácia (50% resultados positivos, 50% resultados não significativos). Por outro lado, 56% das intervenções realizadas individualmente não apresentaram resultados significativos e 11% apresentaram resultados mistos. Essas observações podem apontar para a importância da relação terapêutica construída no face-a-face e do vínculo estabelecido entre o profissional e o participante, e entre os participantes (no caso de intervenções em grupo). Estudos indicam que as intervenções grupais oferecem suporte emocional aos cuidadores, um sentimento de universalidade (percepção de que outras mães compartilham das mesmas dificuldades e sofrimentos) e criam um espaço para lidar com questões emocionais e com a sobrecarga de cuidar^{35, 36, 37}.

Torna-se importante considerar que o objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia de programas voltados para o manejo do estresse; dessa forma, considerando a diversidade de estudos e observações observadas, tornou-se possível analisar os resultados de intervenções com foco apenas na variável estresse. Para avaliar e quantificar a eficácia das intervenções entre os estudos de forma mais ampla, outras análises seriam necessárias, o que extrapola o escopo desta revisão.

Pontos fortes e limitações

Uma limitação inerente às revisões de escopo é que estas apresentam um determinado tema em amplitude, e não em profundidade. No entanto, este estudo contribuiu para a ampliação do conhecimento sobre intervenções junto a essas populações; além disso, os resultados aqui apresentados podem contribuir para possíveis aplicações de intervenções nesta área.

O tamanho e a diversidade das amostras em relação às doenças crônicas infantis e o desenho das intervenções podem influenciar o resultado e a eficácia das intervenções em relação à variável estresse, foco do presente estudo. No entanto, a análise destas intervenções contribui potencialmente para um melhor conhecimento desta temática e informa a prática clínica.

Adicionalmente, verificou-se uma ampla gama de instrumentos que mensuram o estresse, o que pode ter prejudicado a comparação entre os estudos/intervenções. Embora cada instrumento estivesse alinhado com o objetivo de cada estudo, foram identificadas diferenças conceituais em relação ao estresse, com variações como: estresse geral, estresse parental e estresse relacionado à doença infantil. Apesar dessa importante especificidade conceitual de cada estudo, nossa pesquisa analisou os resultados com base nas medidas de estresse apresentadas em cada estudo.

Uma limitação do estudo é a variedade das faixas etárias dos filhos dos participantes (a idade incluiu a infância em todos os estudos, mas também a adolescência em alguns deles). Apesar de considerar as especificações e características das idades, tais estudos foram incluídos porque sua exclusão traria prejuízos para nossa amostra.

CONCLUSÕES

O número limitado de artigos encontrados nesta revisão reflete a necessidade de mais estudos nesta área.

Embora este estudo retrate intervenções efetivas na redução dos níveis de estresse em pais/cuidadores de crianças com doenças crônicas, são escassas as pesquisas que apontam o estresse como a principal variável em estudo.

A escassa literatura enfatiza a necessidade de desenvolver ECR e intervenções similares de forma a demonstrar a sua eficácia e, conseqüentemente, tornarem-se úteis em contextos clínicos para auxiliar pais e cuidadores de crianças com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013. Available: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
2. GLOBAL STATUS REPORT. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.
3. WHO – World Health Organization. What are noncommunicable disease and their risk factors? 2018. Available: http://www.who.int/topics/noncommunicable_disease/en/.
4. Ellenwood AE, Jenkins JE. Unbalancing the Effects of Chronic Illness: Non-Traditional Family Therapy Assessment and Intervention Approach. The American Journal of Family Therapy. 2007; 35(3), 265-277. <https://doi.org/10.1080/01926180600968431>
5. Minor HG, Carlson LE, Mackenzie MJ, Zernicke K, Jones L. Evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Program for Caregivers of Children with Chronic Conditions. Social Work in Health Care. 2006; 43(1), 91-109. https://doi.org/10.1300/J010v43n01_06
6. Cousino K, Hazen RA. Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. Journal of Pediatric Psychology. 2013; 38(8), 809–828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
7. Cairo S, Sant'Anna CC. Estresse em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma: um estudo sobre a frequência do estresse e fatores estressores. Caderno de Saúde Coletiva. 2014; 22(4), 393-400. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040013>

8. Wood BL, Miller BD, & Lehman HK. Review of Family Relational Stress and Pediatric Asthma: The Value of Biopsychosocial Systemic Models. *Family Process*. 2015; 54, 376–389. doi:10.1111/famp.12139
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
10. Golfenshtein N, Sruлович E, Deatrick JA. Interventions for Reducing Parenting Stress in Families with pediatric conditions: an integrative review. *Journal of Family Nursing*. 2016; 22 (4), 460-492. https://doi.org/10.1177/1074840716676083
11. Levac D, Calquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010; 5, 69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69
12. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*. 2009; 6(7) e1000100, 2009. doi: 10.136/bmj.b2700
13. Hawker S, Payne A, Kerr C, Hardey M, Powell J. Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative Health Research*. 2002; 12(6), 1284-1299. http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v2n4p194
14. Higgins J, Green S. (eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6* [updated September 2006]. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2006.
15. Higgins J, Green S. (eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org
16. Burke K, Muscara F, McCarthy M, Dimovski A, Hearps S, Anderson V, et al. Adapting Acceptance and Commitment Therapy for Parents of Children With Life-Threatening Illness: Pilot Study. *Families Systems & Health*. 2014; 32(1), 122-127. doi: 10.1037/fsh0000012
17. Celano MP, Holsey CN, Kobrynski LJ. Home-Based Family Intervention for Low-Income Children With Asthma: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Family Psychology*. 2012; 26(2), 171–178. http://dx.doi.org/10.1037/a0027218
18. Hendricks-Ferguson VL, Pradhan K, Shih CS, Gauvain KM, Kane JR, Liu J, et al. Pilot Evaluation of a Palliative and End-of-Life Communication Intervention for Parents of Children With a Brain Tumor. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2017; 34(3), 203-213. https://doi.org/10.1177/1043454216676836
19. Mackey ER, Herbert L, Monaghan M, Cogen F, Wang J, Streisand R. The Feasibility of a Pilot Intervention for Parents of Young Children Newly Diagnosed with Type 1 Diabetes. *Clinical practice in pediatric psychology*. 2016; 4(1), 35-50.
20. Marsland AL, Long KA, Howe C, Thompson AL, Tersak, Ewing LJ. A Pilot Trial of a Stress Management Intervention for Prim Jary Caregivers of Children Newly Diagnosed With Cancer: Preliminary Evidence That Perceived Social Support Moderates the Psychosocial Benefit of Intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 2013; 38(4), 449–461. doi:10.1093/jpepsy/jss173
21. Méndez FX, Olivares J, Ros MC, Bermejo RM. Aplicabilidad de estrategias reductoras del estrés en los padres de niños con diabetes mellitus insulino-dependiente. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997; 23(91), 649-669.
22. Othman A, Blunden S, Mohamad N, Hussin ZAM, Osman ZI. Piloting a psycho-education program for parents of pediatric cancer patients in Malaysia. *Psycho-Oncology*. 2010; 19, 326–331. doi: 10.1002/pon.1584
23. Rayner M, Dimovski A, Muscara F, Yamada J, Burke K, McCarthy M, et al. Participating From the Comfort of Your Living Room: Feasibility of a Group Videoconferencing Intervention to Reduce Distress in Parents of Children With a Serious Illness or Injury. *Child & Family Behavior Therapy*. 2016; 38(3), 209–224. http://dx.doi.org/10.1080/07317107.2016.1203145
24. Saßmann H, Hair M, Danne T, Lange K. Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled study for evaluating the effects of the DEL-FIN parenting program. *BMC Pediatrics*. 2012; 12,152. https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-152
25. Streisand R, Rodrigue JR, Houck C, Graham-Pole J, Berlant N. Brief Report: Parents of children undergoing bone marrow transplantation: documenting stress and piloting a psychological intervention program. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000; 25(5), 331-337. http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/25.5.331
26. Tsiouli E, Pavlopoulos V, Alexopoulos EC, Chrousos G, Darviri C. Short-term impact of a stress management and health promotion program on perceived stress, parental stress, health locus of control, and cortisol levels in parents of children and adolescents with diabetes type 1: a pilot randomized controlled trial. *Explore*. 2014; 10, 88-98. https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.004
27. Wakefield CE, Sansom-Daly UM, McGill BC, Ellis SJ, Doolan EL, Robertson EG, et al. Acceptability and feasibility of an e-mental health intervention for parents of childhood cancer survivors: "Cascade". *Support Care Cancer*. 2016; 24, 2685–2694. doi: 10.1007/s00520-016-3077-6
28. Warner CM, Ludwig K, Sweeney C, Spillane C, Hogan L, Ryan J, et al. Treating Persistent Distress and Anxiety in Parents of Children with Cancer: An Initial Feasibility Trial. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2011; 28(4), 224 –230. https://doi.org/10.1177/1043454211408105
29. Yeh HY, Ma WF, Huang JL, Hsueh KC, Chiang LC. Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma: A randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 60, 133-144. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.013
30. Malay S, Chung KC. The Choice of Controls for Providing Validity and Evidence in Clinical Research. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2012; 130(4), 959–965. doi: 10.1097/PRS.0b013e318262f4c8
31. Silver EJ, Stein REK, Dadds MR. Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*. 1996; 21(1), 43-56.
32. Vaz JC, Milbrath VM, Gabatz RIB, Hirschmann B, Oliveira MM. Cuidado à Família da Criança com Doença Crônica. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, Recife. 2018; 12 (5), 1397-408. doi 10.5205/1981-8963-v12i5a230852p1397-1408-2018
33. Anyaoku EN. Relationship between Patients' Access to Health Information and Coping with Chronic Diseases. *Journal of information and knowledge management*. 2018; 9 (3), 117-131.
34. Hendricks-Ferguson VL. Crisis Intervention Strategies When Caring for Families of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2000; 17, 3. doi: 10.1177/104345420001700102
35. Amaral SCO, Pimenta F, Marôco J, Sant'Anna CC. Stress reduction intervention with mothers of children/adolescents with asthma: a randomized controlled study in Brazil. *Health Care Women International*. 2019; 8,1-18. doi: 10.1080/07399332.2019.1570201
36. Ducharme F, Lévesque L, Gendron L, Legault A. Development process and qualitative evaluation of a program to promote the mental health of family caregivers. *Clinical Nursing Research*. 2001; 10(2), 182-201. https://doi.org/10.1177/C10N2R7
37. Santos RL, Sousa MFB, Brasil D, Dourado M. Intervenções em grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011; 38(4), 161-167. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009