



ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

AVALIAÇÃO DE INDICADORES EMOCIONAIS DE ESTRESSE EM CRIANÇAS INTERNADAS NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Camila de Almeida Mendes¹; Silviane Krokosz²; Luciana Leonetti Correia³

UFGD-FCH, C.Postal 533, 79804-970 Dourados-MS, E-mail: lucianacorreia@ufgd.edu.br

¹Graduada em Psicologia pela UFGD; ²Graduada em Psicologia pela UFGD, Psicóloga Residente no HU/ UFGD, Bolsista MEC; ³Orientadora, Coordenadora do Projeto Avaliação de dor e estresse em crianças internadas na enfermaria pediátrica de um hospital universitário - HU/ UFGD, Docente do curso de graduação em Psicologia da UFGD.

RESUMO

As experiências estressantes no início do desenvolvimento podem promover uma ruptura no desenvolvimento típico do indivíduo, uma vez que, apresentam-se como fatores de risco para problemas de saúde mental na adolescência e na vida adulta. A internação hospitalar representa uma importante fonte de estresse para a criança. Além disso, a separação da família, o surgimento e desenvolvimento da doença e a admissão hospitalar podem contribuir para o desenvolvimento de quadros ansiosos em crianças. Dessa forma, o presente estudo teve por objetivo principal identificar a presença de estresse em crianças internadas na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Participaram do estudo vinte e nove crianças, na faixa etária dos seis aos treze anos de idade. Para a avaliação do estresse nas crianças foi utilizada a Escala de Stress Infantil de Lipp, a qual indica a presença ou não de estresse, assim como a fase predominante (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a sintomatologia predominante do estresse (psicológica, psicológica com componentes depressivos, física e psicofisiológica). Verificou-se que nove crianças apresentaram indicadores da presença de estresse, sendo que, seis encontravam-se na fase de resistência. Além disso, as crianças com estresse apresentaram maiores escores para sintomatologia psicológica do estresse, seguida pela sintomatologia psicológica com componentes depressivos, física e psicofisiológica. Sendo assim, faz-se relevante identificar a presença de estresse em crianças nas unidades de enfermaria pediátricas, a fim de promover programas de prevenção e manejo do estresse nesses contextos, de modo a minimizar o impacto do estresse na hospitalização e no desenvolvimento destas crianças.

Palavras-chave: Hospital, Estresse, Crianças.

INTRODUÇÃO

Segundo Lipp e Malagris (2001), o estresse é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causadas pelas alterações psicofisiológicas, que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite, confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. Portanto, a resposta de estresse deve ser entendida como um processo que, em sua fase inicial, pode ser benéfico e positivo ao indivíduo.

De acordo com a Síndrome de Adaptação Geral, descrita por Selye (1952), essa resposta inicial corresponde à fase de alerta e, é quando o organismo produz adrenalina que fornece ânimo, vigor e energia para enfrentar os eventos adversos. Entretanto, o organismo não consegue permanecer alerta por muito tempo, esgotando a capacidade de adaptação do mesmo.

Dessa forma, se os fatores estressantes persistirem, o organismo tentará restabelecer o equilíbrio interno e entrará em uma segunda fase, a de resistência. Esta fase é caracterizada pela tentativa da pessoa em lidar com os estressores de modo a reestabelecer sua homeostase, ocorrendo um maior consumo de energia que seria necessário para outras funções vitais (LIPP; LUCARELLI, 2005).

Caso os fatores estressantes continuem persistindo, em frequência ou intensidade, o organismo se aproximará da terceira fase, a de quase-exaustão. Nessa fase, inicia-se um processo de adoecimento e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade, genética ou adquirida, podem apresentar sinais de deteriorização. Sendo assim, quando o estressor perdura ou quando há a presença simultânea de outros estressores, o processo de estresse evolui para a última fase que é a de exaustão e que corresponde ao aparecimento de doenças graves, as quais podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis e, ocasionar enfarte, úlcera, psoríase e depressão (MASCELLA, 2011).

Para Lipp, Souza, Romano e Covolan (1991), o estresse infantil é semelhante ao do adulto. Sabe-se que a criança quando exposta a um evento estressante entra em estado de alerta, onde ocorre a ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, por meio do hipotálamo. Ao mesmo tempo, ocorre a ativação das glândulas supra-renais que liberam adrenalina, preparando a criança para a reação de “luta e fuga”

e provocando a inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares e alterações no sono (LIPP; LUCARELLI, 2005).

Além disso, experiências de estresse severo na infância podem produzir prejuízos tanto ao desenvolvimento físico, associado a doenças como asma, cefaléia, transtornos alimentares, quanto ao desenvolvimento psicológico, associado a desordens psiquiátricas severas, problemas emocionais, comportamentais, dificuldades de concentração, depressão, ansiedade, além de dificuldades escolares. (LIPP; LUCARELLI, 2005; BARROS, 1998; LIPP; ARANTES; BURITI; WITZIG, 2002; LEMES; FISBERG; ROCHA; FERRINI; MARTINS; SIVIERO; ATAKA, 2003). A vivência de um stress intenso pode gerar graves consequências para a criança. Lipp, Souza, Romano e Covolan (1991) apontam como consequências do estresse infantil a presença de doenças físicas, como asma, alergias e distúrbios dermatológicos, que podem ocorrer como resultado do esforço que o organismo faz para lidar com o estresse. Também podem ocorrer desajustes psicológicos, tais como comportamento agressivo, enurese, gagueira, medo exagerado quando submetido à situação de estresse, e ainda dificuldades de relacionamento.

Pesquisas apontam que o estresse infantil é um importante fator de risco em relação à saúde mental na adolescência e na vida adulta, uma vez que, a maneira como criança elabora estratégias para lidar ou enfrentar (*coping*) o estresse, irá determinar sua resistência às tensões na vida adulta (GARMEZY, 1996; NETTLES; PLECK, 1996; LIPP *et al*, 2002). Egeland e Kreutzer (1991) apontam que o stress é uma das principais variáveis associadas à ocorrência de psicopatologias na infância. Experiências estressantes no início do desenvolvimento podem contribuir para a ocorrência de problemas emocionais e comportamentais, provocando uma ruptura no desenvolvimento normal do indivíduo (COMPAS; PHARES, 1991).

Entre os fatores que podem ser eliciadores ou causadores do estresse infantil, a hospitalização da criança merece destaque (BARROS, 1998; LIPP *et al*, 2002; LEMES *et al*, 2003). De acordo com Dias, Baptista e Baptista (2003), crianças hospitalizadas por um período superior a cinco dias apresentam tendência para desenvolver transtornos psicológicos, dependendo da idade da criança, das experiências anteriores de internação, do quadro clínico e do tipo de vínculo estabelecido com a família e com a equipe do hospital. Chiattonne (2003) destacou que, nos dois primeiros anos de vida, as crianças apresentam dificuldades em permanecerem hospitalizadas, devido às características do ambiente hospitalar, tais como: níveis variados de iluminação, pessoas estranhas,

aparelhos específicos para a realização de exames. Além disso, as reações da criança no período de internação propiciam o desenvolvimento de quadros ansiosos, decorrentes da separação da família, do surgimento da patologia e da admissão no ambiente hospitalar (LINDQUIST, 1993). Segundo Jacob (1998), estresse vivenciado pela criança pode ampliar o seu medo e a sua percepção da dor, diminuindo a sua capacidade de colaborar com o tratamento. Portanto, o contexto de internação da criança deve ser compreendido como uma importante fonte de estresse, ao passo que também exige adaptação da mesma a esse novo ambiente.

No entanto, verificou-se que, a maior parte dos estudos sobre estresse infantil no Brasil, apesar de ser realizada em contextos diversos, utiliza para a identificação da presença de estresse a Escala de Stress Infantil- ESI (LIPP; LUCARELLI, 2005). Lipp *et al.* (2002) ao avaliar a presença de sintomas de estresse em escolares de sete a quatorze anos, verificou que a prevalência de estresse foi de 12,5%. Outro estudo realizado no contexto escolar com crianças da primeira a quarta série do ensino fundamental indicou uma prevalência de 30,1% para a presença de sintomas de estresse (LEMES *et al.*, 2003). Mombelli, Costa, Marcon e Moura (2011) encontraram uma prevalência de 73,3% em 30 crianças na faixa etária de sete a 12 anos de idade. Apenas o estudo de Marques (2004) foi realizado com 25 crianças entre seis e 14 anos, em tratamento quimioterápico, o qual identificou uma prevalência de 60% de sintomas de estresse.

Sendo assim, considerando o contexto de hospitalização como um ambiente provável de fonte de estresse para crianças e que há poucos estudos acerca da presença de estresse infantil nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo principal identificar a presença de estresse em crianças internadas na Enfermaria Pediátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/ UFGD).

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra do presente estudo foi composta por vinte e nove crianças, na faixa etária dos seis a 13 anos de idade, internadas na Enfermaria Pediátrica do HU/UFGD, no período de maio a julho de 2012.

Os critérios de exclusão foram crianças indígenas, crianças que não tinham a língua portuguesa como sua língua materna (nativa) e crianças com prescrição médica que as impedissem de participar da avaliação.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), o qual é 100% SUS e atende casos de média a alta complexidade. Atualmente, o HU/UFGD conta com quinze leitos na Enfermaria Pediátrica, sendo que a maioria destes leitos é ocupado por bebês com idade dos zero aos dois anos.

O presente estudo (n° 2011/0089) teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU e da UFGD (resolução do CEPEC n° 74 de 06 de maio de 2011). As mães, responsáveis pelas crianças internadas no HU/UFGD, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garantia a participação de seus filhos no presente estudo, além de ser assegurado a elas e a criança o direito de desligamento do presente estudo a qualquer momento, respeitando-se a tomada de decisão livre e espontânea das mães e das crianças participantes.

Para a realização da coleta de dados foi utilizada a Escala de Stress Infantil - ESI (LIPP e LUCARELLI, 2005). Esta escala possui 35 itens, os quais têm por objetivo avaliar o estresse infantil, na faixa etária dos seis aos 14 anos, é de fácil aplicação e permite verificar um quadro sintomatológico de estresse a partir de quatro dimensões: 1) Física: refere-se às respostas do estresse associadas à dimensão física experimentada pela criança, quando esta está sob o efeito do estresse; 2) Psicológica: observa-se a existência de respostas psicológicas comuns que podem ser experimentados pela criança quando esta está sob o efeito do estresse; 3) Psicológica com Componentes Depressivos: refere-se a conteúdos ligados a dimensão psicológica associada a um componente depressivo e 4) Psicofisiológica: refere-se às reações físicas do estresse tendo em comum aspectos psicofisiológicos. Os índices de consistência interna obtida por estas dimensões foram, respectivamente: 0,79; 0,79; 0,78 e 0,72. A escala demonstrou boas propriedades psicométricas uma vez que, o índice de consistência interna (alpha de Cronbach) foi de 0,90, indicando alta precisão.

Para caracterização econômica da amostra foi utilizado o Questionário da Associação Brasileira de Estudos Populacionais- ABEP (<http://www.abep.org/>). Este é formado por questões acerca do grau de instrução do chefe da família e da presença de eletrodomésticos, eletroeletrônicos, automóvel e empregada mensal na residência da família. A soma do número de itens fornece uma pontuação, a qual categoriza a criança em relação a sua classe econômica, conforme o "Critério de Classificação Econômica Brasil" (CCEB) da ABEP. De acordo com a classe econômica, estima-se a renda média bruta familiar, como segue a descrição: Classe A: varia de 35 a 46 pontos na escala,

sendo que a renda média bruta familiar mensal estimada é de R\$ 9.263,00; Classe B1: varia de 29 a 34 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada de R\$ 5.241,00; Classe B2: varia de 23 a 28 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada de R\$ 2.654,00; Classe C1: varia de 18 a 22 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada é de R\$ 1.685,00; Classe C2: varia de 14 a 17 pontos, renda média bruta familiar estimada é de R\$ 1.147,00 e as Classes DE: variam de 0 a 13 pontos, renda média bruta familiar mensal estimada é de R\$ 776,00.

Primeiramente, os dados relativos à caracterização da amostra foram submetidos à análise descritiva, por meio de frequência e porcentagem, médias e desvio padrão, de acordo com a natureza dos dados. A classificação econômica fornecida pelo *Questionário da Associação Brasileira de Estudos Populacionais- ABEP* foi categorizada de acordo com a renda familiar mensal estimada em três níveis: a) baixo: que abrangeu as classes E, D e C2, compreendendo uma renda familiar mensal estimada entre R\$ 776,00 a R\$ 1.147,00; b) médio: que abrangeu as classes C1 e B2, compreendendo uma renda familiar mensal estimada entre R\$ 1.685,00 a R\$ 2.654,00 e c) alto: abrangendo as classes B1 e A, com uma renda familiar mensal estimada entre R\$ 5.241,00 a R\$ 9.263,00. A análise dos dados da Escala de Estresse Infantil (ESI) foi realizada de acordo com as normas do instrumento (LIPP e LUCARELLI, 2005).

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). O nível de significância adotado no presente estudo foi de 5 %.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os dados relativos à caracterização da amostra.

Tabela 1. *Características da amostra*

Características da amostra	Amostra Total (n=29)
Idade materna (anos)- Média (desvio padrão)	32,66 (± 12,23)
União civil- frequência (porcentagem)	
União estável	22 (76%)
Separada/ divorciada	5 (17%)
Solteira	2 (7%)
Número de filhos- Média (desvio padrão)	3 (± 2,64)
Escolaridade materna (grau)- frequência (porcentagem)	
Analfabeto/ Fundamental 1 incompleto	14 (48%)
Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto	5 (18%)
Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	2 (7%)
Médio completo/ Superior incompleto	6 (21%)

Superior completo	1 (3%)
Não soube/não quis responder	1 (3%)
Ocupação profissional materna- frequência (porcentagem)	
Do lar	13 (45%)
Trabalhadora	13 (45%)
Estudante	2 (7%)
Desempregada	1 (3%)
Classificação sócio-econômica ^(a) - frequência (porcentagem)	
Baixo	15 (52%)
Médio	14 (48%)
Idade da criança (anos) - Média (desvio padrão)	9 (\pm 1,74)
Sexo da Criança- Frequência (porcentagem)	
Feminino	15 (52 %)
Masculino	14 (48%)
Frequenta escola	
Fundamental	29 (100%)

^(a) Classificação ABEP.

De acordo com a Tabela 1, as mães da amostra tinham, em sua maioria, idade média de 32 anos, viviam em união civil estável, possuíam, em média, três filhos, e haviam cursado o ensino fundamental incompleto. Verificou-se que a maior parte da amostra pertencia a famílias com um perfil desfavorável economicamente, de acordo com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). As crianças participantes tinham, em média, nove anos de idade e frequentavam o ensino fundamental.

A Tabela 2 apresenta os resultados em relação à avaliação do estresse pela ESI.

Tabela 2 *Presença de estresse infantil*

Características do estresse	Frequência (%)	Escore total
Presença de estresse infantil	9 (31%)	460
Fase do estresse		
Resistência	6 (66%)	--
Alerta	3 (34%)	--
Sintomatologia do estresse		
Psicológica	--	134
Psicológica com componentes depressivos	--	126
Física	--	105
Psicofisiológica	--	95

Verificou-se que, de acordo com a ESI, 31% das crianças apresentaram quadro de estresse. Em relação às fases de estresse das crianças, 66% encontravam-se na fase de

resistência, que corresponde a uma fase de cronificação dos sintomas de estresse. Verificou-se ainda que, em relação à sintomatologia do estresse, as crianças apresentaram mais altos escores na dimensão Psicológica. Os itens dessa dimensão que receberam maior pontuação foram: ficar preocupado com as coisas ruins que podem acontecer, ficar nervoso com tudo e ter dificuldade para dormir.

Em relação à presença de estresse encontrada no presente estudo, destaca-se que o estresse infantil é um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias infantis (EGELAND e KREUTZER, 1991), para a saúde mental na adolescência e na vida adulta (GARMEZY, 1996; NETTLES e PLECK, 1996), assim como pode contribuir para a ocorrência de problemas emocionais e comportamentais, provocando ruptura no desenvolvimento normal do indivíduo (COMPAS e PHARES, 1991).

Considerando a fase de resistência, na qual encontravam-se 66% das crianças com estresse, observa-se que o organismo entra nessa fase quando fatores estressantes permanecem atuantes por muito tempo (LIPP e LUCARELLI, 2005). Além disso, essa fase caracteriza-se por um excesso de fontes de estresse que persistem na vida da criança e faz com que ela utilize muita energia para seu enfrentamento. Segundo Shonkoff e Garner (2012), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico sobre o Desenvolvimento da Criança propôs uma taxonomia conceitual composta por três tipos distintos de respostas ao estresse em crianças, seriam eles: estresse positivo, estresse tolerável e estresse tóxico.

O estresse positivo seria aquele que quando envolto por um ambiente de relações estáveis e de apoio, é um elemento de promoção do crescimento do desenvolvimento normal, uma resposta adaptativa saudável frente às experiências adversas. O estresse tolerável, em contraste com o estresse positivo, está associado à exposição para experiências ou situações de maior magnitude de adversidade ou ameaça a criança, como a morte de um membro da família, uma doença ou lesão grave, por exemplo. A característica essencial desta forma de resposta ao estresse tolerável é que a maneira com que o suporte e enfrentamento adaptativo são trabalhados com a criança propicia a redução do estresse fisiológico e promove um retorno ao estado. A terceira e mais perigosa forma de resposta corresponde ao estresse tóxico, pode resultar da ativação forte, frequente ou prolongada de sistemas de resposta do corpo ao estresse, na ausência da proteção e enfrentamento adequado inicial (SHONKOFF; GARNER, 2012).

Segundo Shonkoff (2010), as interações das influências de genes e das experiências moldam o cérebro em desenvolvimento. Dessa forma, a característica essencial do estresse tóxico é o rompimento de circuitos cerebrais durante períodos sensíveis ao desenvolvimento, o que pode resultar em alterações anatômicas, precursoras de prejuízos posteriores para o desenvolvimento e para doenças crônicas relacionada ao estresse físico e mental (SHONKOFF; GARNER, 2012).

De acordo com Barros (1998), Lipp et al. (2002) e Lemes et al. (2003), o ambiente hospitalar pode ser potencialmente motivador de estímulos estressores, os quais dificilmente podem ser eliminados. O ambiente hospitalar promove a interrupção do cotidiano da criança e do ambiente familiar e é repleto de equipamentos estranhos, dolorosos e ameaçadores à criança. Além disso, no contexto hospitalar a criança está incapacitada de manter o controle sobre os acontecimentos e sua rotina. Todos esses fatores, em conjunto, exigem respostas adaptativas da criança, que reage com mudanças psicológicas, físicas, químicas e comportamentais. Por isso, faz-se necessário a avaliação do estresse nesse contexto, pois, se os fatores estressantes continuarem persistindo, em frequência ou intensidade, o indivíduo entrará nas fases em que há um agravamento dos sintomas de estresse (MASCELLA, 2011).

CONCLUSÕES

O presente estudo constitui-se em uma das tentativas de se avaliar o estresse de crianças no contexto de hospitalização em uma Enfermaria Pediátrica. Dessa forma, estudos dessa natureza são importantes, uma vez que, contribuem para maior compreensão do estresse infantil nesse contexto específico, assim como, para que juntamente com a equipe hospitalar desenvolvam-se programas que visem melhorar as condições de prevenção e manejo do estresse nesse contexto, proporcionando humanização dos cuidados prestados, além da redução nos níveis de ansiedade e estresse relativos à condição de hospitalização.

Shonkoff e Garner (2012) apontam para a importância de uma vigilância eficaz dos fatores de risco significativos no contexto dos cuidados de saúde primários e sinalizam para a necessidade de se ir além da identificação desses fatores, de modo a contribuir para a tarefa crítica de desenvolver, testar e refinar estratégias mais eficazes para a redução do estresse e atenuar os seus efeitos o mais cedo possível.

Em relação às limitações do presente estudo, destaca-se que o número de participantes foi limitado devido a maior parte das crianças hospitalizadas na Enfermaria Pediátrica apresentarem idade inferior a seis anos e, portanto, não poderiam ser avaliadas pela Escala de Stress Infantil de Lipp.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP (2008). Critério de Classificação Econômica Brasil. Internet. Disponível em <http://www.abep.org/> acessado 10/2008.

BARROS, L. **As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controle**. *Análise Psicológica*, v.1, n. XVI, p. 11-28, 1998.

CHIATTONE, H. B. C. **A criança e a hospitalização**. In V. A. A. Camon (Org.), *A psicologia no hospital*. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003, p. 23-99.

COMPAS, B. & PHARES, V. Stress during childhood and adolescence: source of risk and vulnerability. In: Cummings, E. M.; Greene, A. L.; Karraker, K. **Life-Span developmental psychology: perspectives on stress and coping**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.

DIAS, R. R., BAPTISTA, M. N., & BAPTISTA, A. S. D. Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In DIAS, R. R., BAPTISTA, M. N., & BAPTISTA, A. S. D. (Orgs.), **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos** Rio de Janeiro: Guanabara, 2003, pp.53-73.

EGELAND, B.; KREUTZER, C. Maternal stress on high-risk children. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. **Life-Span developmental psychology: perspectives on stress and coping**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.

GARMEZY, N. Reflections and commentary on risk, resilience and development. In: HAGGERTY, R.; SHERROD, L.; GARMEZY, N; RUTTER, M **Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions**. Cambridge University Press, New York, 1996.

JACOB, L. S. Psicologia e odontologia. Em B. Rangé (Org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo:Editorial Psy, 1998.

LEMES, S. O., FISBERG, M., ROCHA, G., FERRINI, L., MARTINS, G., SIVIERO, K., ATAKA, M. **Stress infantil e desenvolvimento escolar- avaliação de crianças de**

1º a 4º serie de uma escola publica do município de são Paulo. Estudos de Psicologia, PUC- Campinas, 2003. v.20, n.1 p. 5- 14 .

LINDQUIST, I. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo**. São Paulo: Scritta, 1993.

LIPP, M. N.; SOUZA, E. A. P.; ROMANO, A. S. F.; COVOLAN, M. A. **Como enfrentar o stress infantil**. São Paulo: Ed. Icone, 1991.

LIPP, M. N. **Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. N., & MALAGRIS, L. N. Manejo de estresse. In B. Rangé (Org) **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva- Pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2001, p. 279-292.

LIPP, M. N., ARANTES, J. P., BURITI, M. S., WITZIG, T. **O estresse em escolares**. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2002. v. 6, n.1, p. 51-56.

LIPP, M. N. & LUCARELLI, M. D. M. **Escala de Stress Infantil - ESI**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MARQUES, A. P. F. S. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Revista de Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, 2004.

MASCELLA, V. **Stress, sintomas de ansiedade e depressão na migrânea e cefaléia tensional**. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Pontífica Universidade Católica de Campinas para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência. Campinas, Brasil, 2011.

MOMBELLI, M.; COSTA, J.; MARCON, S.; MOURA, C. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 3, p. 327-335, 2011.

NETTLES, S. M. & PLECK, J. Risk, resilience and development: the multiple ecologies of black adolescents in the United States. In: HAGGERTY, R.; SHERROD, L.; GARMEZY, N; RUTTER, M. **Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions**. New York: Cambridge University Press, 1993.

SEYLE, H. **The story of the adaptation syndrome**. Montreal. Act, 1952.

SHONKOFF, J. P. Building a New Biodevelopmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy. **Child Development**, v. 81, n. 1, p. 357-367, 2010.

SHONKOFF, J. P.; GARNER, A. S. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. 232-246, 2012.