

CÂNCER NA INFÂNCIA: IMPACTO PSICOLÓGICO EM PACIENTES E SEUS PAIS EM DIFERENTES ETAPAS DA DOENÇA

Cancer In Children: Psychological Impact In Patients And Its Parents At Different Stages Of The Disease

WECHSLER, Amanda Muq̃lia

Centro Universitário Jaguariúna/PUC Campinas

Resumo: O cncer pediátrico é a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil. O tratamento da doença  longo, doloroso e ocasiona considerável sofrimento psicológico, não só na criança, mas principalmente em seus pais. Apesar das taxas de cura atualmente serem elevadas, fazendo com que o cncer adquira um status de doença crnica, a criança e sua família devem adaptar-se ao estigma da doença e aos efeitos colaterais do tratamento. Além disto, algumas famílias se deparam com uma experiência cíclica do cncer, passando por esta situação dolorosa por mais de uma vez. O presente trabalho teve como objetivo introduzir o leitor ao tema da Psico-Oncologia pediátrica, resumizando os principais resultados de pesquisas sobre o impacto psicológico nos pacientes com cncer e em seus pais nas diferentes etapas da doença (diagnóstico, tratamento, cura, recidiva e terminalidade), através de uma revisão não-sistemática de literatura. Conclui-se sobre a necessidade de intervenções psicológicas direcionadas principalmente aos cuidadores, e sugerem-se futuras revisões de literatura sistematizadas e meta-analíticas sobre o tema.

Palavras-chave: Cncer pediátrico; Psico-Oncologia; Psicologia Hospitalar.

Abstract: Pediatric cancer is the second cause of Brazilian childhood mortality. Its treatment is long, painful and causes considerable psychological distress, not only in children, but mostly in their parents. Although cure rates are currently high, making cancer a chronic disease, the child and his/her family must adapt to the stigma of the disease and to treatment's side effects. In addition, some families face a cyclical cancer situation, experiencing this painful experience more than once. The present study aimed to introduce the reader to Pediatric Psycho-Oncology, summarizing the main research results on the psychological impact on patients and parents in different stages of the disease (diagnosis, treatment, cure, recurrence and terminality), through a non-systematic literature review. Conclusions highlight the necessity of psychological interventions aimed to caregivers, and suggest future systematic and meta-analytic reviews in the field.

Key-words: Pediatric cancer; Psycho-Oncology; Health Psychology.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença definida pela proliferação progressiva e irreversível de um grupo de células, com origem na transformação maligna de uma célula, que se divide de forma incontrolável e invade órgãos e tecidos. Estes tumores malignos tem a capacidade de se dispersar pelo corpo através da corrente linfática, formando tumores secundários ou metástases (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC, 2014).

Apesar da maioria dos tumores adultos terem uma etiologia multifatorial, o câncer pediátrico é predominantemente de origem embrionária e está raramente associado a algum fator carcinogênico, o que dificulta sua prevenção (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA, 2013). Na infância, os tipos mais comuns de câncer são as leucemias, os tumores cerebrais, os linfomas, os tumores de Wilms, os neuroblastomas e outros tumores sólidos (PESTAÑA *et al.*, 2006).

Embora o câncer pediátrico não seja uma doença muito frequente, atingindo 3% da população infantil brasileira, ainda é a segunda causa de mortalidade infantil, atrás apenas de acidentes. Segundo dados do Ministério da Saúde (2014), a taxa de mortalidade em crianças com câncer entre os anos de 2000 a 2005 foi de 40,03 por milhão de habitantes. Apesar disso, os índices de cura obtidos no tratamento desta doença cresceram ao longo dos anos, de 30% nos anos 60 para 70% nos dias atuais (INCA, 2013). Portanto, atualmente, o câncer infantil já não é mais considerado uma doença fatal, e sim uma doença crônica.

Com o aumento do número de sobreviventes do câncer infantil, cresceu o interesse de pesquisadores em investigar os fatores psicológicos associados a esta doença. Surge, então, a Psico-Oncologia como uma área de interface entre a Psicologia e a Oncologia. Esta, por ser uma área relativamente recente dentro da Psicologia teve objetivos diferentes ao longo dos anos (COSTA JR., 2001).

Assim, nos anos 60 e 70, a Psico-Oncologia tinha como principal objetivo a investigação sobre o luto parental relacionado ao câncer. Contudo, com o avanço dos tratamentos e o aumento da taxa de sobrevivência, o enfoque mudou, passando-se a observar as crianças em tratamento e os efeitos psicológicos deste procedimento. Percebeu-se que os pacientes entendiam a seriedade da sua condição muito mais do que se imaginava, e que o silêncio imposto pelos adultos os

deixava enfrentando seus medos e sua morte iminentes praticamente sozinhos (BREITBART; ALICI, 2009; BRUCE, 2006).

A partir destas constatações, no começo dos anos 80, houve um interesse crescente em pesquisar meios de suporte psicológico às crianças em tratamento, permitindo maior compreensão dos profissionais sobre o stress que elas experimentavam. Estudos mais humanos, voltados ao controle da dor, ao aumento da qualidade de vida e a propostas de intervenções psicológicas foram delineados (BOAVENTURA; ARAUJO, 2012). Já na metade dos anos 80, começou-se também uma maior valorização da comunidade científica sobre os efeitos interpessoais da doença e de seu tratamento. O objetivo era pesquisar sobre a vida dos pacientes fora do ambiente hospitalar, avaliando a sua qualidade de vida, suas relações com familiares, amigos e escola e o impacto do tratamento na retomada da rotina (PATENAUDE; KUPST, 2005).

Atualmente, a Psico-Oncologia, além de concentrar-se em todas as questões acima descritas, também visa entender como as crianças e suas famílias se adaptam ao câncer e ao seu tratamento, identificando variáveis e contextos nos quais o psicólogo pode auxiliar à família e aos pacientes a enfrentar a doença de maneira mais eficaz (BRAGADO, 2009). Desta forma, como sugerido pela APA, divisão 38 (2014), o Psicólogo Hospitalar no contexto oncológico avalia, intervém e produz saber científico, de forma a contribuir com uma maior compreensão sobre todos os aspectos psicológicos envolvidos no diagnóstico, tratamento e cura do câncer infantil.

Portanto, o presente trabalho visa introduzir o leitor ao tema da Psico-Oncologia pediátrica. Para isto, visto que o tema é recente dentro da literatura psicológica, foi realizada uma revisão não-sistemática da literatura nacional e internacional, sumarizando os principais resultados encontrados por pesquisas das últimas três décadas¹⁶ sobre a adaptação psicológica de crianças e seus pais em situação de câncer, nas diferentes etapas da doença.

¹⁶ A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados do Scielo, Lilacs, Medline, Psycinfo e Google Acadêmico de forma não sistemática.

O DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é considerado por muitos profissionais da saúde como o momento mais delicado de todo o processo do câncer pediátrico (STEELE *et al.*, 2003). Por ser muitas vezes inesperado, este período é marcado por grande desestruturação emocional, principalmente por parte dos pais (JURBERGS *et al.*, 2009). Além disto, o processo de diagnóstico já acontece muito antes da notícia em si, pois envolve vários exames e laudos médicos até se chegar ao diagnóstico final de câncer, causando extrema ansiedade nos pais e medo da temida notícia.

Ao receber o diagnóstico, os pais tendem a negar a doença e procurar outros especialistas, na tentativa de obter uma notícia diferente ou de entender as causas do adoecimento do filho (BORGES, 2013). É frequente a culpabilização neste momento, segundo Carvalho (1994). A culpa se refere tanto à distância emocional anterior à doença (por exemplo, pais se culpam por não ter dado mais carinho e atenção a este filho ou por não ter percebido os primeiros sintomas da doença) quanto à falta de comportamentos de cuidado com a saúde da criança (fantasias e culpas relacionadas por haver deixado o filho brincar no parque e se machucar ou ter permitido contato com outra criança doente).

Muitas dúvidas, tanto sobre a doença quanto sobre o tratamento, aparecem neste momento e, mesmo que a equipe de saúde tente saná-las, os pais parecem não absorvê-las totalmente neste momento (KOHLSDORF; COSTA JÚNIOR, 2008). Sentem-se desorientados, com dificuldade de assimilar todas as novas informações que lhe são transmitidas. Alguns, inclusive, descrevem uma sensação de “flutuação” logo após receberem a notícia, como se estivessem em um estado alterado de consciência.

Estas situações ocorrem porque o diagnóstico de câncer infantil faz com que os pais enfrentem a possibilidade de real perda do filho, o que lhes causa muito medo (BARRERA *et al.*, 2004). O estigma da doença, como algo fatal e/ou incapacitante é bastante presente neste período (ANGERAMI-CAMON; GASPAR, 2013). Além disso, eles se deparam com o ambiente hospitalar, que tem função aversiva para muitos, dado que é visto como um lugar de dor, sofrimento e morte (ALDRIDGE; ROESCH, 2007; COUTINHO; COSTA JR.; KANITZ, 2000).

As crianças também apresentam grande carga de ansiedade, angústia, depressão, dúvidas, medo de morrer (MÉNDEZ, 2005) ou medo de ficar com alguma deformidade corporal. Além disso, observa-se em muitas a presença de raiva, revolta ou culpa por apresentar a doença, relacionando o seu aparecimento com algum comportamento inadequado emitido anteriormente (CABRERA *et al.*, 2005; MOTTA; ENUMO, 2010). Assim, é comum observar em crianças pequenas a visão da doença como um castigo (por exemplo, por ter desobedecido aos pais), segundo Ortiz e Lima (2007).

Ao mesmo tempo, em função de todas as mudanças na rotina da criança e da família, a qualidade de vida de ambos é diminuída, pois terão que lidar com perdas imediatas (KOHLSDORF; COSTA JR., 2012). A criança sofre a perda da sua autonomia, do ambiente escolar e social e da sua saúde (ALDRIDGE; ROESCH, 2007). Já os pais devem lidar com a perda do filho saudável, da rotina familiar, do trabalho e da renda familiar (CELMA, 2009). Todas estas perdas, ainda em vida, geram um processo de luto, acompanhado por sentimentos de ansiedade e depressão (PAI *et al.*, 2007).

Desta forma, devido a todos estes estressores e ao conseqüente sofrimento apresentado pelo paciente e seus familiares, a equipe de saúde geralmente tem um cuidado especial ao dar o diagnóstico. Não obstante, muitos médicos e enfermeiros não conseguem lidar adequadamente com os sentimentos manifestados pelos pais, principalmente quando estes são agressivos com a equipe, culpando-a de alguma forma pelo aparecimento e/ou manutenção da doença. Neste sentido, a presença do Psicólogo é fundamental neste período, dando apoio emocional não só à família e paciente, mas também propiciando uma comunicação aberta e humana entre equipe e familiares, a fim de minimizar o impacto da notícia e os possíveis comportamentos desadaptativos de ambas partes (MCCUBBIN *et al.*, 2002).

O TRATAMENTO

O tratamento oncológico é outro período complicado durante o processo de adoecimento de câncer. Este é baseado em procedimentos invasivos e dolorosos, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula, podendo durar de seis meses a dois anos, se bem sucedido (ALDRIDGE; ROESCH, 2007).

Além das mudanças físicas decorrentes do tratamento (como alopecia, náuseas e dores), a internação hospitalar e admissão a Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) são frequentes, visto que a quimioterapia reduz a imunidade do organismo, deixando-o suscetível a vírus e infecções bacterianas. Juntem-se a isto as restrições alimentares e de atividades impostas pelo tratamento médico e os constantes ciclos de quimioterapia (KAZAK *et al.*, 2004; KOHLSDORF; COSTA JR., 2012). Todo este contexto pode ocasionar uma série de reações, entre elas: ansiedade, depressão, hipocondria, efeitos na inteligência e no rendimento escolar, problemas de comportamento e dificuldades de interações sócio afetivas na criança (BARAHONA *et al.*, 2009; PATENAUDE; KUPST, 2005).

Entretanto, outros estudos mostram que as crianças em tratamento para câncer apresentam bom ajustamento psicológico (vide meta-análise de Wechsler e Sánchez-Iglesias, 2013). Outras pesquisas corroboraram tais resultados, mostrando que estes pacientes não têm mais ansiedade, depressão (MILLER *et al.*, 2009; ROBB; EBBERTS, 2003) ou pior auto-estima que seus pares (BRAGADO *et al.*, 2008, RITCHIE, 2001), nem mudanças no rendimento escolar, nas amizades ou no humor após o início do tratamento (CHAO *et al.*, 2003). Estes resultados seriam um sinal claro da resiliência desta população, definida como a capacidade de adaptação e de recuperação frente a contextos adversos e estressantes (CLAY; KNIBBS; JOSEPH, 2009; LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000). Portanto, tais resultados não afirmam que as crianças não sofram durante o tratamento, não se sintam sobrecarregadas ou não apresentem sinais de desadaptação, mas sim que enfrentam o processo de maneira positiva, valorizando sua vida e suas relações sociais de forma otimista (BRAGADO, 2009; CURRIER *et al.*, 2009).

Contudo, alguns autores (ERICKSON; STEINER, 2001; FELDER-PUIG *et al.*, 2006; PHIPPS *et al.*, 2001) questionam se estes pacientes realmente apresentam resultados positivos ou se simplesmente não relatam o que sentem, sugerindo um “estilo repressivo” predominante nesta população. Este relato impreciso ou distorcido poderia estar relacionado aos próprios instrumentos de medida utilizados nas pesquisas (que não seriam específicos e sensíveis aos problemas que desta população), à falta de discriminação destas crianças sobre seus eventos privados ou ainda a uma omissão proposital por parte delas, devido aos temores sobre possíveis consequências aversivas ao relatar sentimentos desagradáveis (por exemplo, o que

poderiam sentir seus pais se elas dissessem que estão se sentindo mal). Por outro lado, é possível também que as respostas das crianças aos testes psicológicos sejam enviesadas devido às suas experiências passadas. Assim, elas tenderiam a avaliar seus sintomas atuais de maneira mais positiva, minimizando-os, pois usariam como comparação o que já sentiram no passado (PHIPPS, 2007).

Por outro lado, para os pais, ter um filho com câncer é um dos estressores mais severos que uma pessoa pode experimentar (JURBERGS *et al.*, 2009). São presentes crises de desesperança durante o tratamento, intercaladas com períodos de otimismo. A ameaça da perda se faz mais presente, sobrecarregando emocionalmente os membros da família (SAHLER *et al.*, 2005; SOANES *et al.*, 2009). Todos estes estressores tendem a levar a família a se unir mais (maior coesão e expressividade) ou a romper-se (divórcios, distanciamento emocional), dependendo do funcionamento familiar anterior ao diagnóstico de câncer infantil (BELTRÃO *et al.*, 2007).

As mães, em especial, sentem-se mais estressadas e sobrecarregadas durante o tratamento da criança. Experimentam um conflito entre manter as suas atividades cotidianas ou em paralisar a sua vida devido ao tratamento do filho (BECK; LOPES, 2007; KOLSHDORF; COSTA JUNIOR, 2008). Muitas acabam deixando de trabalhar, abandonam suas atividades domésticas e de lazer e “esquecem da própria vida” para viver exclusivamente em função do filho doente, o que pode ocasionar problemas de relacionamento com o cônjuge e demais filhos, além de distúrbios psicopatológicos nas próprias cuidadoras (BEST *et al.*, 2001; GERHARDT *et al.*, 2007).

Com o desemprego de um dos pais (geralmente a mãe), o outro tende a arrumar empregos adicionais para balancear o orçamento doméstico. Além disto, apesar das facilidades governamentais brasileiras em relação a remédios, moradias gratuitas e benefícios salariais para famílias de baixa renda que tem uma criança em tratamento para câncer, o próprio tratamento em si gera um aumento de despesas domésticas, com mais gastos relacionados a transporte, alimentação especial e medicamentos. Muitas famílias se mudam de cidade para poder ficar perto de um centro de tratamento especializado em câncer pediátrico, acarretando em custos adicionais (SANTO *et al.*, 2011).

Todos estes estressores fazem com que a família acabe superprotegendo a criança. Também são comuns neste período a hipervigilância e o monitoramento frequente da saúde da criança, inclusive por recomendações médicas (KOHLSDORF; COSTA JR., 2008). Por sentir pena ou para aliviar a culpa que sentem ao ver a criança em tratamento, muitos pais acabam adotando posturas complacentes e permissivas. Assim, a criança começa a ter ganhos secundários com a doença, sendo reforçada por comportamentos antes inaceitáveis dentro da família. Esta nova contingência propicia a instalação de comportamentos inadequados no repertório infantil, tais como birras, choros, tristeza e/ou agressividade excessivas (VALLE, 1994). Segundo Menezes (2010), também podem surgir comportamentos “regredidos” na criança, isto é, comportamentos que ela já havia superado em seu desenvolvimento e que voltaria a emitir como forma de obter reforçadores (por exemplo, enurese, fala infantilizada, etc.).

Assim, diferentemente da criança, que apresenta considerável resiliência, os pais tem dificuldades de se adaptar a esta nova realidade. Segundo Kazak et al. (2007), 60% dos pais apresentam sintomas de Transtorno de Stress Pós-Traumático até dois anos após o diagnóstico de seus filhos. Além disso, relatam uma pior qualidade de vida, mais ansiedade, stress, depressão e menor satisfação com suas vidas.

Os pais também expõem mais sentimentos de solidão durante o tratamento de seus filhos, visto que o suporte social que recebiam na fase do diagnóstico tende a ir diminuindo com o passar do tempo. As outras pessoas vão retomando suas rotinas, não fornecendo mais a mesma quantidade de ajuda que davam logo após o choque do diagnóstico (LONG; MARSLAND, 2011). Além disso, a incerteza do prognóstico, o medo de recaídas da doença e da morte e as preocupações quanto ao futuro da criança também estão presentes durante todo o tratamento (LAST; GROOTENHUIS, 2004).

Faz-se importante ressaltar que as possíveis psicopatologias apresentadas pelos pais estão altamente relacionadas às de seus filhos, isto é, pais que se deprimem durante o tratamento tendem a produzir sentimentos depressivos em seus filhos também (HASTINGS; BECK, 2004). Assim, a qualidade de vida da criança com câncer está diretamente associada à qualidade de vida dos seus pais, visto que pais menos ansiosos tendem a manter os níveis de ansiedade de seus filhos mais

baixos, diminuindo o seu sofrimento durante o tratamento (STEWART ET AL., 2010). Portanto, a habilidade da criança em lidar com os eventos estressores vai depender da habilidade de seus pais em manejar situações de crise (CALLAGHAN, 2007; MÉNDEZ, 2005). Por estes motivos, justificam-se intervenções psicológicas não somente com as crianças, mas também com seus cuidadores, como forma de prevenir a instalação ou agravamento de distúrbios psicológicos nos pacientes.

A CURA

O câncer infantil, atualmente, conta com taxas de cura bastante expressivas, quando comparadas às dos anos 60, por exemplo. Nos dias atuais, a taxa de cura para a leucemia linfóide aguda está ao redor de 70% dos casos e a de linfoma não-Hodgkin está em torno aos 85%, se diagnosticados precocemente (INCA, 2013).

Apesar destas altas taxas de cura, 60% dos sobreviventes de câncer infantil apresentam pelo menos um efeito médico tardio, como: dores crônicas, déficits neuro-cognitivos para pacientes que sofreram tumores cerebrais, crescimento retardado, fadiga, problemas de fertilidade, deficiências hormonais e maior probabilidade de mortalidade precoce devido a um maior risco de problemas cardíacos, pulmonares, segundas neoplasias ou doenças crônicas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014; CHILDREN'S ONCOLOGY GROUP, 2008). Também são frequentes as sequelas psicossociais, como restrições nas atividades habituais, hipocondria, distúrbios do humor, problemas de conduta, efeitos na inteligência e no rendimento acadêmico, dificuldades de reintegração escolar, problemas nas relações sociais e afetivas, stress pós-traumático, ansiedade e depressão (FERNÁNDEZ *et al.*, 2009; HUDSON *et al.*, 2003; KAZAK *et al.*, 2004; PATENAUDE; KUPST, 2005).

Entretanto, apesar de todos estes desafios e possíveis problemas a serem desenvolvidos, a maioria das crianças sobreviventes de câncer tende a apresentar um bom ajustamento psicológico nesta fase, sendo que somente 10% dos casos demonstra algum tipo de psicopatologia, de acordo com Erickson e Steiner (2001). Assim, estas crianças apresentariam níveis "normais" (dentro do esperado para sua faixa etária) de depressão (CHAO *et al.*, 2003), autoestima (KAZAK *et al.*, 1994) e qualidade de vida (STAM *et al.*, 2006), sugerindo que o câncer infantil não é tão

traumático como se imagina. Ainda, algumas pesquisas relatam que as taxas de ajustamento psicológico das crianças sobreviventes de câncer são mais elevadas que as de sobreviventes de outros eventos traumáticos na infância, como desastres naturais ou acidentes graves (PHIPPS *et al.*, 2006).

Além disso, estas crianças relatam sentimentos atuais de felicidade, bem-estar e esperança (ZEBRACK; CHESLER, 2002), inclusive informando que o tratamento oncológico proporcionou uma maior coesão familiar (CHAO *et al.*, 2003) e maior satisfação com a sua vida (PERINA, 2010), fazendo com que dessem mais valor a determinados aspectos de seus cotidianos (KAZAK *et al.*, 2007). Neste período de cura, principalmente logo após receber a notícia, é comum que as crianças façam comparações dos atuais estressores com os presentes no ambiente hospitalar, minimizando a importância dos primeiros e valorizando o fato de “estar viva” e haver superado todos os desafios impostos pela doença.

Portanto, o desenvolvimento de algum transtorno psicopatológico pós-tratamento oncológico parece estar mais relacionado a traços de personalidade pré-existentes e à história de ajustamento psicológico anterior da criança do que ao câncer em si (PHIPPS, 2007), sendo que a enfermidade seria só um desencadeador de transtornos que, de alguma forma, já faziam parte do repertório comportamental da criança.

Para os pais, a cura da criança também tem um papel importante. Seus níveis de ansiedade e depressão vão diminuindo gradualmente após a remissão do tumor, fazendo com que retomem a vida que tinham antes da notícia do câncer. Neste período, retornam ao trabalho e às atividades domésticas, recuperam os vínculos com os cônjuges, parentes e amigos e se engajam mais frequentemente em atividades de ócio e/ou lazer, melhorando conseqüentemente seu bem-estar emocional (KOHLSDORF; COSTA JR., 2012; MAURICE-STAM *et al.*, 2008).

Assim como as crianças, a maioria dos pais também observa aspectos positivos sobre o tratamento de seus filhos: relatam um maior crescimento pessoal (JURBERGS *et al.*, 2009), uma visão mais otimista sobre a vida (GROOTENHUIS; LAST, 1997) e um melhor manejo de outros estressores (FERNÁNDEZ *et al.*, 2009). Entretanto, o medo de uma recidiva do câncer é constante, principalmente porque observam esta situação ocorrendo com outros pacientes enquanto acompanham seu filho no hospital (BEST *et al.*, 2001). Deste modo, uma pequena parcela dos

cuidadores não supera o “trauma” da doença e de seu tratamento, apresentando sintomas de ansiedade crônica, de obsessão-compulsão e stress pós-traumático (KAZAK *et al.*, 2007).

A RECIDIVA

Algumas famílias se deparam com uma experiência cíclica do câncer, que consiste no diagnóstico, tratamento, remissão e recidiva. A recidiva do câncer pediátrico não é tão incomum, acometendo por volta de 10% dos pacientes e de 20 a 30% em pacientes que tiveram leucemia (GAYNON *et al.* 1998; KO *et al.*, 2010). Por recidiva entende-se o retorno do tumor original ou o desenvolvimento de uma segunda neoplasia, que obrigam o paciente a submeter-se a um novo tratamento. Este novo ciclo da doença geralmente está composto por cirurgias mais invasivas e doses mais agressivas de quimioterapia, que provocam efeitos colaterais mais intensos (náuseas, alopecia, dores, quedas de imunidade, doenças oportunistas) e internações hospitalares e em UTIs com maior frequência (INCA, 2013). Todas estas condições teriam uma maior probabilidade de provocar consequências psicológicas mais severas nos pacientes e em seus familiares.

Deste modo, o processo de ajustamento psicológico das crianças em recidiva seria diferente das crianças que estão em tratamento pela primeira vez, devido à repetição da experiência e ao contato com estímulos já condicionados anteriormente (MU *et al.* 2001). Por estes motivos, as possibilidades que a criança em recidiva apresente sintomas de depressão e ansiedade ou distúrbios do comportamento são mais elevadas. Eiser, Hill e Vance (2000) sinalizam que as crianças em recidiva teriam duas vezes mais chances de apresentar algum transtorno psicológico que as crianças que estão em tratamento pela primeira vez e, portanto, mereceriam atenção psicológica individualizada.

A recaída de câncer poderia produzir um efeito chamado de “vulnerabilidade psicológica”. Este efeito acontece da seguinte forma: um primeiro impacto (primeiro diagnóstico de câncer) não seria suficiente para causar um desajustamento psicológico, mas deixaria o indivíduo vulnerável, de tal forma que um segundo impacto (recidiva) teria um efeito maior, aumentando a probabilidade de

desenvolvimento de transtornos de ajustamento e de ansiedade (JURBERGS *et al.*, 2009; MAURICE-STAM *et al.*, 2009).

Apesar disto, Wechsler (2016) não constatou diferenças entre o ajustamento psicológico de crianças em recidiva de câncer ao compará-las com crianças que sobreviveram ao câncer e com crianças “saudáveis”. As crianças em situação de recaída se adaptaram tão bem às contingências presentes em suas vidas quanto às demais, não apresentando índices mais elevados de psicopatologias. Além disso, as crianças em recidiva mostravam, inclusive, alguns resultados melhores do que as crianças sem histórico de câncer (“saudáveis”), como por exemplo, mais habilidades sociais e adaptativas e menos comportamentos atípicos, indicando que a recidiva de câncer pode, inclusive, gerar ou fortalecer habilidades importantes, que lhes serão úteis ao longo do seu desenvolvimento.

Entretanto, para os pais, o processo de recidiva do câncer infantil tem um impacto psicológico diferente do constatado nas crianças. Como eles possuem maiores habilidades cognitivas para entender todo o risco de vida que a recidiva acarreta, o efeito psicológico deste diagnóstico pode ser mais intenso (LANDOLT *et al.*, 2003), produzindo sentimentos de angústia, medo, raiva, depressão e desesperança (KLASSEN *et al.*, 2011), além da sensação de que todo o esforço anteriormente empregado fora inútil (MÉNDEZ, 2005).

É comum os pais sentirem-se desanimados ou mesmo exaustos, visto que o tratamento oncológico se prolonga, os estressores aumentam e eles não observam melhoras no quadro de saúde da criança. O contato ainda mais estreito com possíveis sequelas da doença e com a probabilidade de morte do filho também contribuem para a manutenção de sentimentos depressivos (SOANES *et al.*, 2009). Assim, diferentemente das crianças, os pais apresentam significativamente mais problemas de ajustamento psicológico, tais como Transtorno de Stress Pós-Traumático, depressão, ansiedade e stress (JURBERGS *et al.*, 2009; WECHSLER, 2016).

A TERMINALIDADE

Apesar das altas taxas de cura no âmbito da oncologia infantil, muitos pacientes não conseguem entrar em estado de remissão da doença, e inclusive

alguns presenciam a progressão do seu tumor, mesmo fazendo uso dos tratamentos disponíveis. O surgimento de metástases pode fazer com que a equipe decreta o fim das possibilidades terapêuticas e submeta o paciente a cuidados paliativos. Assim, o objetivo principal, neste momento, passa a ser a promoção da qualidade de vida e não a sua preservação a qualquer custo, permitindo que o paciente tenha um final de vida digno e confortável e que os seus desejos sejam respeitados (GIROND; WATERKEMPER, 2006). Desta forma, o paradigma atual da Psico-Oncologia é o de humanização da morte, onde se tenta evitar a dor, controlar os sintomas, manter a autonomia e a privacidade do paciente e promover a presença constante da família, de forma que ela tenha oportunidades de se despedir (GARROS, 2003; PESSINI; BERTACHINI, 2004).

As crianças, apesar de não estarem totalmente desenvolvidas cognitivamente e terem dificuldades de compreender o conceito de morte em sua totalidade, percebem que podem morrer. A partir dos 9 anos de idade, aproximadamente, elas começam a entender a morte como algo universal e irreversível (VALLE, 2001). Entretanto, conforme a doença vai progredindo, mesmo as mais novas observam a deterioração do seu estado de saúde, as reações das pessoas e a iminência da morte (CABRERA *et al.*, 2005; ORTIZ; LIMA, 2007). Elas notam que há algo errado e que a sua saúde está pior, mas devido à “conspiração do silêncio”¹⁷ imposta por seus familiares e amigos, preferem não falar (KÓVACS, 2005). Não obstante, esta não-expressão de sentimentos de ambas as partes, aliada à negação da situação, podem gerar sentimentos de culpa, medo, angústia e ansiedade na criança, que não consegue entender exatamente o que está acontecendo e, conseqüentemente, não pode se preparar psicologicamente para os eventos que se sucederão (MÉNDEZ, 2005).

A proximidade da morte faz com que a criança se fixe no aqui-agora e evite fazer planos para o futuro ou ter expectativas sobre tempos vindouros. Por outro lado, segundo Aguiar (2005), ela começa a apresentar um luto antecipatório, devido às perdas que vai sofrendo no decorrer do período terminal (perda de autonomia, saúde, relações sociais, rotina, entre outros). Estas perdas vão se apresentando

¹⁷ Situação em que adultos (familiares, conhecidos e até a equipe de saúde) ocultam a gravidade da situação da criança, assim como os sentimentos que experimentam, com o intuito de protegê-la (VALLE, 2001).

gradual e constantemente, fazendo com que a criança comece a pensar cada vez mais sobre a sua morte como uma forma de esquivar-se de todas as contingências aversivas presentes neste período.

A família, durante o período terminal, também começa a se confrontar com questões relacionadas à separação, perdas, luto e tristeza, oscilando entre períodos de negação (em que não aceitam a condição de saúde da criança, evitando pensar ou falar sobre o assunto) e de depressão (considerando a possibilidade real de morte do filho). Durante todo este processo, o stress é constante e o esgotamento emocional e físico é visível nos familiares (TORRES *et al.*, 1990).

Apesar disto, a maioria dos pais tende a manter a esperança e o otimismo até o óbito em si, acreditando na recuperação da criança ou até mesmo em intervenções divinas/ milagrosas que a “salvariam” (HAN *et al.*, 2009). Este otimismo não é considerado, por si só uma estratégia de enfrentamento desadaptativa. Pelo contrário: no momento da terminalidade, é importante que a família mantenha a esperança como uma forma de preservação da sua saúde mental (MAURICE-STAM *et al.*, 2008). A religião, inclusive, aparece como uma estratégia de enfrentamento importante frente à incontrolabilidade do câncer e da morte (STEWART *et al.*, 2010), sendo utilizada por grande parte das famílias que se encontram nesta situação (GOBATTO; ARAÚJO, 2010).

Quando a criança morre, após o choque inicial, os pais entram em processo de luto, cuja duração e patologização irão depender do tempo de duração do tratamento e das estratégias parentais de enfrentamento anteriores à perda do filho. Em especial, o luto parental pode se tornar mais suportável se este for progressivo, isto é, se a família for percebendo a piora do estado de saúde da criança de forma gradual e tiver chances de, pouco a pouco, ir elaborando a sua perda e se despedindo (KÓVACS, 1992). Na Oncologia pediátrica, este cenário é muitas vezes possível, já que o processo é longo e as famílias tem oportunidades de ir elaborando o luto antecipadamente. Entretanto, nem todas conseguem aceitar a perda, cabendo ao psicólogo assistir a estas famílias durante o período terminal e após o óbito infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão não-sistemática de literatura proposta pelo presente artigo, foi possível obter um breve panorama do cenário nacional e internacional sobre a Psico-Oncologia pediátrica. Não obstante, apesar de sumarizar os principais resultados encontrados por estudos brasileiros e internacionais na área, tal revisão não é extensiva. Isto se deve a um corpo insuficiente de pesquisas sobre o tema, o que impede de discorrer somente sobre resultados publicados na última década. A baixa produtividade científica na área nos leva a refletir sobre a dificuldade de recrutamento de amostras para estudos, assim como a formação universitária precária na preparação de pesquisadores. Há ainda que considerar a sobrecarga dos psicólogos hospitalares, que muitas vezes lhes impede de realizar pesquisas, muito embora não haja dados quantitativos brasileiros sobre isto.

Por outro lado, pode-se concluir através da revisão realizada que, apesar de haver discordâncias na literatura em relação ao impacto psicológico nos pacientes (com algumas pesquisas constatando problemas psicopatológicos a curto e longo prazo e outras verificando considerável resiliência nesta população), parece ser consenso que os cuidadores estão especialmente vulneráveis aos efeitos do diagnóstico e tratamento da doença (vide, por exemplo, PAI *et al.*, 2007, JURBERGS *et al.*, 2009; Kazak *et al.*, 2007 e WECHSLER, 2016). Assim, pode-se inferir através dos dados apresentados na presente revisão, que os cuidadores se encontram sobrecarregados e com níveis elevados de stress e depressão nas diferentes fases da doença. Todas estas reações podem ser consideradas adaptativas frente às contingências que estão enfrentando, porém perigam interferir no acolhimento da criança e prejudicar o seu tratamento, se não forem acompanhadas por um profissional.

Portanto, faz-se necessária a presença do psicólogo hospitalar em todas as etapas do tratamento, desde os primeiros exames diagnósticos até depois do término do tratamento principalmente com os pais/cuidadores, pois estes estão em maior risco de apresentar problemas psicológicos ao longo do processo. Além disto, o cuidado com a saúde mental dos cuidadores deverá ter impacto também nos pacientes, visto que estes dependem de um bom ajustamento dos pais para adaptar-se ao ambiente hospitalar e aos procedimentos médicos.

Assim, futuros estudos poderiam centrar-se tanto na avaliação psicológica de crianças e familiares no contexto oncológico quanto no delineamento de protocolos de intervenção especificamente direcionados aos cuidadores, assim como na avaliação de sua eficácia posteriormente. Sugere-se também revisões sistemáticas e meta-analíticas sobre o impacto do câncer pediátrico em pacientes e cuidadores, de forma a ampliar a compreensão sobre este fenômeno e sobre possíveis intervenções com esta população, assim como estudos que avaliem os níveis de sobrecarga dos profissionais de saúde mental no âmbito hospitalar, fomentando assim a melhoria do atendimento psicológico oferecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M. A. F. **Luto antecipatório em criança com câncer**. São Paulo, SP. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.
- ALDRIDGE, A. A.; ROESCH, S. C. Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 30, n. 2, p. 115-129, 2007.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA, Division 38), 2014. Disponível em <www.health-psych.org>. Consultado em 01 julho 2014.
- ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPARI, K. C. **Psicologia e Câncer**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2013.
- BARAHONA, T. *et al.* Consulta de seguimiento activo de supervivientes de cáncer pediátrico. **Psicooncología**, v. 6, n. 2-3, p. 373-379, 2009.
- BARRERA, M. *et al.* Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. **Psycho-Oncology**, v. 13, p. 630-641, 2004.
- BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos de vida afetados pela atividade do cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, 2007.
- BELTRÃO, M. R. L. R. *et al.* Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 562-566, 2007.
- BEST, M. *et al.* Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSS) after treatment ends. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 26, n. 5, p. 299-307, 2001.

BOAVENTURA, C. T.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse pós-traumático da criança sobrevivente de câncer e sua percepção acerca da experiência parental. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, 283-290, 2012.

BORGES, A. A.: **Processo comunicacional familiar no contexto do câncer infantil**: São Carlos, SP. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Carlos, 2013.

BRAGADO, C. *et al.* Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. **Psicothema**, v. 20, n. 3, p. 413-419, 2008.

BRAGADO, C. Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. **Psicooncología**, v. 6, n. 2-3, p. 327-341, 2009.

BREITBART, W. S.; ALICI, Y. Psycho-Oncology. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 17, n. 6, p. 361-376, 2009.

BRUCE, M. A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. **Clinical Psychology Review**, v. 26, p. 233-256, 2006.

CABRERA, P. *et al.* Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, v. 10, n. 2, p. 115-124, 2005.

CALLAGHAN, E. E. Achieving balance: a case study examination of an adolescent coping with life-limiting cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 24, n. 6, p. 334-339, 2007.

CARVALHO, M. M. Visualização e câncer. In: M. M. Carvalho (Org.) **Introdução à Psiconcologia**. Campinas, Psy, 1994.

CELMA, A. Psicooncología infantil y adolescente. **Psicooncología**, v. 6, n. 2-3, p. 285-290, 2009.

CHAO, C. *et al.* Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 57, p. 75-81, 2003.

COSTA JR., A. L. O desenvolvimento da Psico-Oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 36-43, 2001.

CHILDREN'S ONCOLOGY GROUP, THE. Long-term follow-up guidelines for survivors of childhood, adolescent, and young adult cancers. Disponível em <www.survivorshipguidelines.org>. Acesso em 06 set 2014.

CLAY, R.; KNIBBS, J; JOSEPH, S. Measurement of posttraumatic growth in young people: A review. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 411-422, 2009.

COUTINHO, S. M. G.; COSTA JUNIOR, A. L.; KANITZ, S. Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da Psiconeuroimunologia. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 17, n. 3, p. 33-42, 2000.

CURRIER, J. M.; JOBE-SHIELDS, L. E.; PHIPPS, S. Stressful life events and posttraumatic stress symptoms in children with cancer. **Journal of Traumatic Stress**, v. 22, n. 1, p. 28-35, 2009.

EISER, C.; HILL, J. J.; VANCE, Y. H. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 25, n. 6, p. 449-460, 2000.

ERICKSON, S. J.; STEINER, H. Trauma and personality correlates in long term pediatric cancer survivors. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 31, n. 3, p. 195-213, 2001.

FELDER-PUIG, R. *et al.* Health-related quality of life of pediatric patients receiving allogeneic stem cell or bone marrow transplantation: results of a longitudinal, multi-center study. **Bone Marrow Transplantation**, v. 38, p. 119-126, 2006.

FERNÁNDEZ, B. *et al.* Calidad de vida y estado de salud en niños y en adolescentes supervivientes de cáncer. **Psicooncología**, v. 6, n. 2-3, p. 459-468, 2009.

GARROS, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 2, p. 243-254, 2003.

GAYNON, P. S. *et al.* Survival after relapse in childhood acute lymphoblastic leukemia: impact of site and time to first relapse—the Children’s Cancer Group Experience. **Cancer**, v. 82, n. 7, p. 1387-1395, 1998.

GERHARDT, C. A. *et al.* Parental adjustment to childhood cancer: a replication study. **Families System & Health**, v. 25, n. 3, p. 263-275, 2007.

GIROND, J. B. R.; WATERKEMPER, R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 258-63, 2006.

GOBATTO, A. C.; ARAÚJO, F. C. C. *Coping* religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia: **Revista da Sociedade brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 1, 2010.

GROOTENHUIS, M. A.; LAST, B. F. Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. **Psycho-Oncology**, v. 6, p. 115-128, 1997.

HAN, H. *et al.* The report of coping strategies and psychosocial adjustment in Korean mothers of children with cancer. **Psycho-Oncology**, v. 18, p. 956-964, 2009.

HASTINGS, R. P.; BECK, A. Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, n. 8, p. 1338-1349, 2004.

HUDSON, M. M. *et al.* Health status of adult long-term survivors of childhood cancer. **Journal of the American Medical Association**, v. 290, n. 12, p. 1583-1592, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em 01 nov 2013.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), 2014. Disponível em: <www.iarc.org>. Acesso em 23 agosto 2014.

JURBERGS, N. *et al.* Symptoms of posttraumatic stress in parents of children with cancer: are they elevated relative to parents of healthy children? **Journal of Pediatric Psychology**, v. 34, n. 1, p. 4-13, 2009.

KAZAK, A. E. *et al.* Evidence-based assessment, intervention and psychosocial care in pediatric oncology: a blueprint for comprehensive services across treatment. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 32, n. 9, p. 1099-1110, 2007.

_____. Posttraumatic stress symptoms (PTSS) and posttraumatic stress disorder (PTSD) in families of adolescent childhood cancer survivors. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 29, n. 3, p. 211–219, 2004.

_____. Young adolescent cancer survivors and their parents: Adjustment, learning problems, and gender. **Journal of Family Psychology**, v. 8, n. 1, p. 74-84, 1994.

KLASSEN, A. *et al.* Parents of children with cancer: which factors explain differences in health-related quality of life. **International Journal of Cancer**, v. 129, p. 1190-1198, 2011.

KO, R. H. *et al.* Outcome of patients treated for relapsed or refractory acute lymphoblastic leukemia: a therapeutic advances in childhood leukemia consortium study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 2, n. 4, p. 648-654, 2010.

KOHLSDORF, M.; COSTA JR., A. L. C. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 3, p. 417-429, 2008.

KOHLSDORF, M.; COSTA JR., A. L. C. Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. **Paidéia**, v. 22, n. 51, p. 119-129, 2012.

KÓVACS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

KÓVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992.

LANDOLT, M. A. *et al.* Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 44, n. 8, p. 1199-1207, 2003.

LAST, B. F.; GROOTENHUIS, M. A. Psychosocial interventions: a cognitive-behavioral approach. In: KREITLER, S.; ARUSH, M. W. B. **Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology** (Org.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, 2004. p. 313-333.

LONG, K. A.; MARSLAND, A. L. Family Adjustment to Childhood Cancer: A Systematic Review. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 14, p. 57-88, 2011.

LUTHAR, S. S.; CICHETTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines of future work. **Child Development**, v. 71, n.3, p. 543-562, 2000.

MAURICE-STAM, H. *et al.* Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment. **Psycho-Oncology**, v. 17, p. 448-459, 2008.

_____. School-aged children after the end of successful treatment of non-central nervous system cancer: longitudinal assessment of health-related quality of life, anxiety and coping. **European Journal of Cancer Care**, v. 18, p. 401-410, 2009.

MCCUBBIN, M. *et al.* Family resilience in childhood cancer. **Family Relations**, v. 51, n. 2, p. 103-111, 2002.

MÉNDEZ, J. Psicooncología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, v. 10, n. 1, p. 33-52, 2005.

MENEZES, M. **A criança e a sua rede familiar: significações do processo de hospitalização**. Florianópolis, SC. Originalmente apresentada como tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

MILLER, K. S. *et al.* The role of coping and temperament in the adjustment of children with cancer. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 34, n. 10, p. 1135-1143, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 10 agosto 2014.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 445-454, 2010.

MU, P. *et al.* Families of children with malignancy: The mothers experience. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 16, n. 4, p. 287-295, 2001.

NOLBRIS, M.; ENSKÄR, K.; HELLSTRÖM, A. Experience of siblings of children treated for cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 11., n. 2, p. 106-112, 2007.

ORTIZ, M. C. A.; LIMA, R. A. G. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 411-417, 2007.

PAI, A. L. H. *et al.* A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. **Journal of Family Psychology**, v. 21, n. 3, p. 407-415, 2007.

PATENAUDE, A. F.; KUPST, M. J. Psychosocial functioning in pediatric cancer. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 30, n. 1, p. 9-27, 2005.

PERINA, E. M. **Qualidade de vida de adolescentes sobreviventes de câncer na infância e sua relação com ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.** Campinas, SP. Originalmente apresentada como tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2010.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

PESTAÑA, Á. V. *et al.* Síndromes hereditarios en oncología pediátrica. In: SÁNCHEZ, A. A. *et al.* (Org.). **Cáncer hereditário.** Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2006, p. 563-587.

PHIPPS, S. Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 32, n. 9, p. 1055-1066, 2007.

PHIPPS, S. *et al.* Adaptive style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 31, n.3, p. 298-309, 2006.

_____. Repressive adaptation in children with cancer: a replication and extension. **Health Psychology**, v. 20, n. 6, p. 445-451, 2001.

RITCHIE, M. A. Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. **Journal of Pediatric Nursing**, v.16, n. 1, p. 35-42, 2001.

ROBB, S. L.; EBBERTS, A. G. Songwriting and digital video production interventions for pediatric patients undergoing bone marrow transplantation, part I: an analysis of depression and anxiety levels according to phase of treatment. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 20, n. 1, p. 2-15, 2003.

SAHLER, O. J. Z. *et al.* Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: report of a multisite

randomized trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 73, n. 2, p. 272-283, 2005.

SANTO, E. A. R. *et al.* Cuidando da criança com câncer: avaliação da sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, [09 telas], 2011.

SLOPER, P. Experiences and support needs of siblings of children with cancer. **Health and Social Care in the Community**, v. 8, n. 5, p. 298-306, 2000.

SOANES, L. *et al.* What are the experiences of the child with a brain tumor and their parents? **European Journal of Oncology Nursing**, v. 13, p. 255-261, 2009.

STAM, H. *et al.* Health-related quality of life in children and emotional reactions of parents following completion of cancer treatment. **Pediatric Blood & Cancer**, v. 47, n. 3, p. 312-319, 2006.

STEELE, R. G. *et al.* Changes in maternal distress and child-rearing strategies across treatment for pediatric cancer. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 28, n. 7, p. 447-452, 2003.

STEWART, J. L. *et al.* Test of a conceptual model of uncertainty in children and adolescents with cancer. **Research in Nursing & Health**, v. 33, p. 179–191, 2010.

TORRES, W. C. *et al.* A criança terminal: vivência no luto antecipado. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 42, n. 1, p. 31-36, 1990.

VALLE, E. R. M. (org.). **Psico-Oncologia Pediátrica**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.

VALLE, E. R. M. Algumas consequências psicossociais em crianças curadas de câncer. **Jornal de Pediatria**, v. 70, n. 1, p. 21-27. 1994.

WECHSLER, A. M. **Ajuste psicológico en niños brasileños con cáncer y en sus padres o cuidadores**. Madrid, Espanha. Originalmente apresentada como tese de doutorado. Universidade Complutense de Madrid, 2016.

WECHSLER, A. M.; SÁNCHEZ-IGLESIAS, I. Psychological adjustment of children with cancer as compared with healthy children: a meta-analysis. **European Journal of Cancer Care**, v. 22, p.314-325, 2013.

ZEBRACK, B. J.; CHESLER, M. A. Quality of life in childhood cancer survivors. **Psycho-oncology**, v. 11, p. 132-141, 2002.

SOBRE A AUTORA

Amanda Muglia Wechsler é psicóloga (Puc-Campinas), especialista em Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR-Campinas), mestre em Psicologia como Ciência e Profissão (Puc-Campinas) e doutora em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidade Complutense de Madri, Espanha).

Atualmente, é docente do curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFAJ e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puc-Campinas).

E-mail: amanda_wechsler@yahoo.com.br