

ARTIGO ORIGINAL

## Saúde mental e câncer infantil: a relação entre sintomas de TEPT de sobreviventes e mães

Mental health and childhood cancer: the relationship between PTSD symptoms in survivors

*Elisa Kern de Castro<sup>a</sup>*

*Maria Júlia Armiliato<sup>b</sup>*

*Luisa Vital de Souza<sup>c</sup>*

*Franciele Peloso<sup>d</sup>*

*Miguel Luis Alves de Souza<sup>e</sup>*

<sup>a</sup> Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINO (Pesquisadora do CNPq) – São Leopoldo, RS, Brasil.

<sup>b</sup> Graduanda em Psicologia pela UNISINOS – (Bolsista de iniciação científica Pibic/CNPq).

<sup>c</sup> Graduanda em Psicologia pela UNISINOS – (Bolsista de iniciação científica Unibic/UNISINOS).

<sup>d</sup> Graduanda em Psicologia pela UNISINOS – (auxiliar de pesquisa).

<sup>e</sup> Graduando em Psicologia pela UNISINOS – (auxiliar de pesquisa).

**Instituição:** Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

**Suporte Financeiro:** CNPq.

### Resumo

Vivenciar o adoecimento e o tratamento de câncer infantil pode ser uma experiência permeada por estresse para a criança e para as mães. Respostas emocionais negativas podem ocorrer durante o tratamento e também

após a remissão clínica, incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O objetivo do estudo foi examinar e comparar a sintomatologia de TEPT de mães e sobreviventes de câncer infantil. Metodologia: delineamento ex-post-facto. Participaram sobreviventes de câncer infantil (N=27, idade média = 23,1 anos) e mães de sobreviventes (N=49, idade média = 43,8). A coleta de dados foi realizada através de um link com um formulário eletrônico contendo a ficha de dados sociodemográficos e clínicos e o PCL-C. Os resultados revelaram diferença significativa na sintomatologia revivência ( $X^2=4,494^a$ ;  $p\leq 0,05$ ) e excitabilidade ( $X^2=4,055^a$ ;  $p\leq 0,05$ ) entre mães e sobreviventes, indicando uma maior frequência de mães que apresentam esses sintomas quando comparadas com os sobreviventes. Esses resultados apontam que prejuízos para a saúde mental podem ser maiores para as mães que para os sobreviventes. O fato da sintomatologia de revivência ser menor para os sobreviventes que para as mães pode indicar a sua relação com memória do evento traumático. É importante que sobreviventes e mães que passaram pela experiência do câncer na infância sejam acompanhados com atenção pela equipe multidisciplinar a fim de prevenir transtornos mentais como o TEPT.

**Palavras-chave:** Psicologia Clínica; Neoplasias; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Transtornos Mentais; Medicina do Comportamento.

## Abstract

Illness and treatment of childhood cancer can be an experience permeated by stress both for the children and their mothers. Negative emotional responses may occur during treatment, and also after clinical remission, including Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). The aim of the study was to examine and compare the PTSD symptoms of mothers and survivors of childhood cancer. Methodology: ex-post-facto design. Participants were survivors of childhood cancer (N = 27, mean age = 23.1 years) and their mothers (N = 49, mean age = 43.8). The data collection was performed through a link with an electronic form containing the sociodemographic and clinical data sheet and the PCL-C. The results revealed a significant difference in the symptoms of reliving ( $X^2 = 4,494^a$ ;  $p\leq 0,05$ ) and arousal ( $X^2 = 4,055^a$ ;  $p\leq 0,05$ ) among mothers and survivors, indicating a higher frequency of mothers presenting these symptoms when compared with survivors. These results show that mental health impairments may be greater for the mothers than for the survivors. The fact that the reliving symptomatology is lower for the survivor than for the mothers may indicate its relation with the memory of the traumatic event. It is important that survivors and mothers who have had the experience of childhood cancer are closely followed by the multidisciplinary team to prevent mental disorders such as PTSD.

**Keywords:** Psychology, Clinical; Behavioral Medicine; Neoplasms; Stress Disorders, Post-Traumatic; Mental Disorders.

## Introdução

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais que ocorre em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na

infância são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Atualmente no Brasil, o câncer infantil representa a primeira causa de morte (7%) por doença entre crianças de 1 a 19 anos e espera-se a ocorrência de 12.600 novos casos entre crianças e adolescentes nos anos de 2016 e 2017. As possibilidades de cura atingem 70% dos pacientes a nível mundial, porém no Brasil a média de sobrevida ainda está abaixo da esperada, especialmente porque há diferenças regionais na oferta de serviços especializados<sup>1</sup>.

Os sinais e sintomas iniciais da doença são muito semelhantes a outras doenças infantis comuns, tais como febre, vômitos, constipação, tosse, dor de cabeça, ínguas e dor nos ossos, o que faz com que a suspeita e a confirmação do diagnóstico demorem em alguns casos. O tratamento do câncer infantil pode incluir quimioterapia, radioterapia, cirurgia e transplante de medula óssea<sup>1</sup>. Os tumores infantis são, em geral, mais sensíveis à quimioterapia que os tumores adultos<sup>2</sup>.

Após o término do tratamento do câncer infantil, é comum que a criança e seus familiares experimentem sentimentos ambivalentes: alegria, autoestima pela superação do câncer e ao mesmo tempo, sentimentos de medo e insegurança por conta de uma possível recidiva<sup>3,4</sup>. Esse receio pode ser muito prevalente, estando presente entre 22% a 99% dos sobreviventes de câncer infantil e sendo considerado uma das consequências mais angustiante para o sobrevivente e sua família<sup>5,6</sup>.

O período do tratamento da doença requer da criança e de sua família a interrupção das atividades de rotina, alterações nas relações familiares, sociais, além do risco potencial e medo da morte iminente<sup>7,8</sup>. Portanto, a vivência do câncer infantil somadas às sequelas físicas e emocionais da doença, pode superar a capacidade de assimilação dessa experiência pela criança e pela família, levando a consequências de longo prazo, como o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e/ou a presença de sintomatologia pós – trauma<sup>4,9-13</sup>.

O TEPT é caracterizado pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um fator de estresse extremo, desencadeando reações emocionais, como medo intenso, impotência ou horror<sup>14</sup>. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – V<sup>14</sup> o TEPT pode envolver a experiência pessoal direta a um evento real/ameaçador (inclui morte, ferimento grave ou algum tipo de ameaça à integridade física própria ou de outra pessoa) ou através da experiência de outra pessoa, recebendo a notícia de que o evento aconteceu com alguém.

Entre os sintomas característicos resultantes do trauma estão a revivência persistente do evento traumático (recordações recorrentes e intrusivas, sonhos aflitivos onde o evento traumático é recordado), evitação dos estímulos associados ao trauma (empenho intencional para evitar pensamentos, memórias, sentimentos ou quaisquer atividades que possam provocar recordações sobre o evento), sintomas de excitabilidade aumentada face a situações que lembrem o evento traumático (comportamento irritadiço, problemas de concentração, respostas exageradas à estímulos, perturbação do sono, em geral são ocorrências que se desenvolvem ou apresentam agravamento após o evento) e alterações negativas em cognições e no

humor associados ao evento traumático (frequência maior de estados emocionais negativos, retração no comportamento social, perda de interesse em atividades significativas e dificuldade persistente na expressão de emoções positivas). O quadro sintomático deve estar presente por mais de um mês e causar sofrimento ou prejuízo significativo na função social, ocupacional, ou em outras áreas da vida do indivíduo<sup>14</sup>.

O sofrimento gerado pelo câncer infantil não afeta apenas os sobreviventes, mas também os familiares que acompanham o tratamento, e especialmente as mães que em geral são as principais cuidadoras, podendo também levá-los ao desenvolvimento da sintomatologia de TEPT<sup>15-18</sup>. Os sintomas de TEPT podem estar relacionados, dentre outras questões, à representação emocional e cognitiva, ou seja, a percepção da doença, que sobreviventes e mães possuem da doença do filho<sup>16,19</sup>.

No entanto, é possível observar que a ocorrência de sintomas, tanto nas mães quanto nos sobreviventes, está também relacionada ao tempo passado desde o diagnóstico da doença. Um estudo longitudinal<sup>20</sup> que relacionou os sintomas de TEPT em adolescentes após o diagnóstico do câncer evidenciou que os sintomas tendem a ser mais intensos nas mães, porém, diminuem ao longo de um período de 12 meses. Em se tratando dos sobreviventes, os sintomas tendem a ser menos intensos e permanecerem mais estáveis ao longo do mesmo período. Dessa forma, entende-se que as reações traumáticas, tanto nas crianças como em suas mães, podem ocorrer não só após o diagnóstico e durante o tratamento (estresse agudo), como também anos após a remissão do tratamento da criança<sup>4,9,13,21</sup>.

As taxas de TEPT em sobreviventes de câncer infantil variam conforme apontado em estudos: entre 5 e 20%<sup>12</sup>, ou de 8 a 29%<sup>4</sup>. Já com os familiares, principalmente as mães de sobreviventes de câncer infantil, os índices de sofrimento psicológico e de TEPT são muito alarmantes. Um estudo com 16 mães de sobreviventes realizado no Sul do Brasil apontou que metade das mães fechavam critério para TEPT, avaliado a partir do PCL-C e os indicadores de excitabilidade aumentada chegaram a 81% da amostra<sup>19,22,23</sup>.

Entende-se que a presença de sintomatologia pós-traumática em mães e em sobreviventes de câncer infantil, sem que haja todos os critérios diagnósticos para o transtorno já pode gerar muito sofrimento psicológico nessas pessoas. Dessa forma, é importante identificar não apenas o diagnóstico de TEPT nessa população, como também a presença da sintomatologia, que gera sofrimento considerável nesses indivíduos<sup>12,13,19</sup>. Diante disso, objetivo deste estudo é de examinar e correlacionar os sintomas de TEPT de sobreviventes de câncer infantil e suas mães.

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal e *Ex Post Facto*.

## Participantes

Participaram do estudo 27 sobreviventes de câncer infantil (idade média = 23,1 anos; DP=4,61) em remissão da doença há, no mínimo, um ano, e 49 mães de sobreviventes de câncer infantil (idade média = 43,8; DP=9,7), vinculados ao Instituto do Câncer Infantil do Rio Grande do Sul. A seleção da amostra foi por conveniência, entre aqueles que se disponibilizaram a responder aos questionários on-line.

## Material

- a. Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: instrumento criado pelo grupo de pesquisa, contendo questões relativas à dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, etc.) e à dados clínicos (informações sobre o diagnóstico, tratamento e remissão do câncer infantil, histórico de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e sobre a possível ocorrência de outros eventos estressores além do câncer, como acidentes, familiar com doença grave, perda de um ente querido ou de algum familiar, situações de violência e outros.
- b. TSD Checklist – Civilian Version (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993): Instrumento de autorrelato que contém 17 itens baseados nos critérios diagnósticos para TEPT estabelecidos no DSM-IV. Os participantes são convidados a responder se apresentaram os sintomas relatados no instrumento no último mês, em uma escala likert de 1 (nada) a 5 (muito). O instrumento pode ser avaliado de duas formas: por agrupamento, em que há indicativos de TEPT se pontuar ao menos um item do critério B (revivência), três itens do critério C (evitação) e dois itens do critério D (excitabilidade aumentada); ou através de um ponto de corte, que segundo Schwartz et al., (2012) deve ser considerado o valor de 40. No estudo de Ruggiero, Ben, Scotti & Rabalais, 2003, sobre as propriedades psicométricas deste instrumento e realizado nos Estados Unidos, o mesmo apresentou um índice de consistência interna de 0.87. Este mesmo instrumento já foi aplicado em sobreviventes de câncer infantil<sup>11,22</sup>.

## Procedimentos de coleta de dados e éticos

Para a realização da coleta de dados foi criado um formulário on-line autoaplicável elaborado na ferramenta Google Docs. A pesquisa foi divulgada através de um site, que informava os critérios de inclusão e a aplicação dos instrumentos. Após, apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que os participantes deveriam aceitar para acessar o formulário *online*. Caso não houvesse a confirmação por parte do participante, a coleta era encerrada.

A divulgação do *site* da pesquisa ocorreu através das redes sociais, no *site* do Instituto do Câncer Infantil (ICI-RS), a partir de *folders* distribuídos no serviço e a partir de contato direto com possíveis participantes em eventos festivos do ICI-RS. Além disso, foi realizada uma busca ativa através de listas disponibilizadas pelo ICI-RS, o qual mantém cadastros de sobreviventes e seus familiares. A partir da lista que continha 130 nomes,

foram realizadas ligações telefônicas por pesquisadoras treinadas, que conseguiram contatar 95 famílias com o intuito de realizar o convite.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética (número 13962113.8.1001.5344). Foram adotados os procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos seguindo a resolução nº 466/12 e a resolução de Ética em Pesquisa para Ciências Humanas e Sociais de 06 de abril de 2016. As páginas da web contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos, bem como o banco de dados com as informações coletadas, foram armazenados e protegidos por senha com o objetivo de garantir a privacidade e a segurança das informações. Todos os participantes aceitaram responder à pesquisa e receberam uma cópia do TCLE enviada para o seu e-mail.

## **Análise dos dados**

Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS 20. Foram realizadas análises descritivas (frequência, porcentagens, médias e desvio padrão) na amostra de mães e de sobreviventes de câncer infantil. Foi realizado o teste Qui-quadrado para avaliar diferença significativa na sintomatologia de TEPT entre mães e sobreviventes de câncer infantil. Na análise de comparação, foi utilizado o valor  $p \leq 0,05$ .

## **Resultados**

### **Caracterização da amostra**

Entre os sobreviventes, 59,3% (N=16) eram mulheres e 40,7% (N=11) homens, com idade média atual de 23,1 anos (DP=4,61). O diagnóstico ocorreu há, em média, 14 anos (DP=7,04) e os participantes tinham em média 9 anos (DP=5,3). O tratamento durou em média 2,46 anos (DP=2,33) e 55,6% (N=15) deixaram de estudar durante uma parcela desse período. Os participantes estão em remissão clínica da doença (fora do tratamento para o câncer infantil) há, em média 11,04 anos (DP= 7,51).

Em relação ao tipo de câncer dos sobreviventes participantes, 44,4% (N=12) foram diagnosticados com leucemia, 18,5% (N=5) com linfoma, 3,7% (N=1) com tumor de SNC e 33,4% (N=9) com outros tipos de câncer. Em relação ao tratamento, 100% (N=27) realizaram quimioterapia, 48,1% (N=13) radioterapia, 70,4% (N=19) cirurgia e 11,5% (N=3) transplante de medula. Entre eles, 22,2% (N=6) tiveram recidiva da doença e 25,9% (N=7) ficaram com sequelas físicas decorrentes do câncer ou do tratamento. Os demais dados sociodemográficos e clínicos estão descritos na tabela 01.

As mães apresentaram idade média atual de 43,8 (DP=9,7) anos. As mães tinham em média 33,9 anos de idade (DP=9,24) no momento do diagnóstico. Entre as 49 mães participantes, 47 (95,9%) delas foram as principais cuidadoras dos filhos.

Tabela 01. Dados sociodemográficos das mães e sobreviventes de câncer infantil

	Mães		Sobreviventes	
	F	%	F	%
<i>Situação conjugal</i>				
Com <u>companheiro(a)</u> fixo(a)	34	69,4	13	48,1
Sem <u>companheiro(a)</u> fixo(a)	15	30,6	14	51,9
<i>Escolaridade</i>				
Até ensino fundamental	17	34,7	0	0
Até ensino médio	20	40,8	12	44,4
Até ensino superior	12	24,5	15	55,5
Trabalha atualmente	26	53,1	20	74,1
Acompanhamento psicológico durante o tratamento	23	46,9	18	66,7
Acompanhamento psicológico após o tratamento	5	10,2	3	11,1
Acompanhamento psiquiátrico durante o tratamento	11	22,4	6	22,2
Acompanhamento psiquiátrico após o tratamento	5	10,2	2	7,4
Outra situação difícil além do CI	38	77,6	15	55,6

## Sintomatologia de TEPT em mães e em sobreviventes de câncer infantil

De acordo com os critérios de avaliação do instrumento PCL-C, a média na pontuação igual ou superior a 40 pontos indica sofrimento psíquico em função de sintomatologia traumática<sup>25</sup>. A média da pontuação total do PCL-C foi de 42,41 (DP=14,39) pontos entre as mães, indicando acentuado sofrimento, e de 36,41 (DP=13,57) nos sobreviventes, abaixo do nível clínico. Ainda, considerando esse ponto de corte, 59,2% (N=29) das mães e 33,3% (N=9) dos sobreviventes de câncer infantil apresentaram sintomas acentuados de sofrimento traumático.

Em termos critérios diagnósticos, 42,9% (N=21) das mães e 26,9% (N=8) dos sobreviventes apresentam critérios para diagnósticos de TEPT, que são a revivência do trauma, a evitação dos estímulos associados ao trauma e os sintomas de excitabilidade aumentada frente a situações que lembrem o evento traumático. A tabela 2 apresenta dados da presença de sintomatologia de TEPT na amostra.

Tabela 02. Sintomatologia de TEPT em mães e sobreviventes de câncer infantil

	Mães		Sobreviventes	
	N	%	N	%
Revivência	40	81,6	16	59,3
Evitação	23	46,9	9	33,3
Excitabilidade	35	71,4	13	48,1

Em relação à comparação da sintomatologia de TEPT entre mães e sobreviventes de câncer infantil, o teste Qui-quadrado indicou diferença significativa na sintomatologia revivência ( $X^2=4,494^a$ ;  $p\leq 0,05$ ) e excitabilidade

( $\chi^2=4,055^a$ ;  $p\leq 0,05$ ) entre mães e sobreviventes, indicando uma maior frequência de mães que apresentam essas sintomatologias quando comparadas com os sobreviventes. Não houve diferença significativa na manifestação da sintomatologia em relação à dados referentes ao sexo, idade e demais variáveis sociodemográficas, tanto nas mães como nos sobreviventes.

## Discussão

Os resultados deste estudo apontam que o câncer infantil pode ser uma situação traumática para sobreviventes e, especialmente, para suas mães. Neste estudo, 26,9% dos sobreviventes apresentaram critérios para diagnóstico de TEPT, resultado dentro dos parâmetros de uma revisão sistemática sobre o tema, que mostrou taxas que variaram entre 8% e 29% nessa população<sup>4</sup>. Nas mães, os índices de TEPT nessa amostra (42,9%) estão de acordo com os encontrados em estudos realizados em outros países, que variaram de 39,6%<sup>17</sup> a 45%<sup>26,27</sup>.

O fato das mães apresentarem mais indicadores de TEPT que os sobreviventes, resultado desse estudo, já havia sido encontrado em outras pesquisas internacionais<sup>15,18</sup>. Os motivos pelos quais as mães apresentam maior sofrimento traumático que os sobreviventes ainda não estão bem esclarecidos. Esses estudos apontam que a baixa escolaridade e renda podem estar associadas a maior sofrimento dessas mães, enquanto Brown et al., (2008) sustentam que a monoparentalidade pode ser um fator de risco para essas mães. Contudo esses estudos e os demais revisados têm amostras reduzidas, e essas associações ainda não puderam ser feitas com clareza.

Já com os sobreviventes, uma revisão sobre o assunto<sup>4</sup> aponta que não há consenso na literatura sobre as associações entre variáveis sociodemográficas e sintomatologia, o que também ocorreu com a presente amostra. Possivelmente, isso também ocorre em função do número reduzido de participantes que impossibilitam comparações e associações confiáveis.

O câncer infantil é considerado pelos familiares uma situação muito difícil em suas vidas, pois têm que lidar não só com o sofrimento da criança por ser diagnosticada com câncer, mas também com seu próprio sofrimento sobre a doença<sup>28</sup>. É possível que o fato de as mães serem as principais cuidadoras do filho com câncer com toda a sobrecarga que isso acarreta, como gastar muito tempo e energia com o doente, viver em função de seu filho, abdicar de atividades antes cotidianas, além do sofrimento por problemas sociais e financeiros da família<sup>29-31</sup> pode contribuir para os altos índices de sofrimento psíquico e sintomatologia de TEPT.

Eventos traumáticos ocorridos durante a infância podem ser mais facilmente esquecidos com o crescimento e a vida adulta<sup>32,33</sup>. Logo, levanta-se a hipótese de que a memória poderia servir como um fator protetor para o desenvolvimento do TEPT em crianças que tiveram câncer infantil. Dessa forma, a idade que o indivíduo tem quando ocorre o câncer infantil bem como suas lembranças sobre o ocorrido poderia ter relação com a sintomatologia de TEPT posteriormente. Contudo, essas questões precisarão ser aprofundadas



e estudos longitudinais serão importantes para investigar alterações nos eventos traumáticos ao longo do desenvolvimento.

No período do tratamento do câncer infantil, a criança e sua família se vê cercada de cuidados médicos e de toda a equipe para que possam superar essa etapa. Contudo, com o término do tratamento, muitos pacientes e suas famílias podem se sentir desamparados<sup>3</sup>, o que pode os tornar vulneráveis a desenvolverem sintomas psicológicos. Após a remissão do câncer, o acompanhamento médico realizado, geralmente com oncologistas ou pediatras, é centrado em investigar a qualidade de vida através da averiguação de sintomas que indiquem a recidiva do câncer, o desenvolvimento de doenças crônicas ou infertilidade, uma vez que o tratamento realizado na infância contribui para aumentar o risco de desenvolvimento de um desses quadros à longo prazo<sup>34</sup>. Considerando isso e a falta de contato frequente e intenso com a criança e sua família, muitas vezes os sintomas podem não ser reconhecidos pelos próprios profissionais, que minimizam o sofrimento psicológico do sobrevivente e sua mãe e, conseqüentemente, podem não dar o encaminhamento para ajuda adequada. Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde, especialmente oncologistas e enfermeiros pediátricos, estejam atentos nas consultas de revisão de rotina a possíveis sinais e sintomas de sofrimento psíquico, como evitação de ir às consultas, dificuldades de falar sobre o período da doença e tratamento, ansiedade ou tristeza excessiva, dentre outros, para que possam orientar as famílias nesse aspecto. Entende-se que a identificação desses sinais é o primeiro passo para que se busque ajuda psicológica e/ou psiquiátrica adequada.

## Conclusão

O presente estudo mostra que sobreviventes e suas mães podem ter sua saúde mental afetada mesmo muitos anos após a experiência traumática do câncer infantil. A equipe de saúde deve estar atenta a sinais e sintomas de sofrimento psíquico dessas pessoas em todas as fases do tratamento do câncer infantil e, também, durante as consultas de revisão pós-tratamento, para que possam dar o encaminhamento do tratamento de maneira mais adequada, evitando e/ou tratando transtornos mentais.

Há algumas limitações na pesquisa que levam a que os dados sejam analisados com cautela. Em primeiro lugar, o número reduzido de participantes (apesar de se tratar de uma amostra clínica bastante específica) faz com que análises estatísticas multivariadas não possam ser utilizadas e, portanto, suas conclusões ficam limitadas. Entende-se que os dados dão uma ideia da problemática em saúde mental de sobreviventes e mães, porém os resultados devem ser interpretados como preliminares em função da amostra e da ausência de outros estudos a respeito. O fato de que a coleta ter sido realizada online pode ter dificultado a participação de pessoas com sintomas de evitação em tratar de temas relacionados ao câncer infantil. Contudo, entende-se que esse estudo é importante pois, além de ser pioneiro no Brasil, mostra já indicadores claros de que sobreviventes de câncer infantil e suas mães podem estar vulneráveis à sintomatologia traumática, que requer atenção especializada. Esses dados alertam para a necessidade de um acompanhamento periódico das equipes não só

dos exames clínicos e laboratoriais do sobrevivente, mas também dos aspectos psicológicos e sociais dessas famílias, que apesar de terem superado a doença, ainda vivem em sofrimento. Futuros estudos, com amostrar maiores e incluindo outras variáveis, poderão ajudar esclarecer o impacto dessa sintomatologia traumática para a qualidade de vida dessas pessoas, e quais fatores poderão estar relacionados ao desenvolvimento do TEPT.

## Referências

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. 2017. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>
2. Fragkandrea I, Nixon JA, Panagopoulou P. Signs and symptoms of childhood cancer: a guide for early recognition. *Am Fam Physician*. 2013;88(3):185-92.
3. Wakefield CE, McLoone J, Goodenough B, Lenthén K, Cairns DR, Cohn RJ. The psychosocial impact of completing childhood cancer treatment: a systematic review of the literature. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(3):262-74.
4. Zancan RK, Castro EK de. Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Sobreviventes de Câncer Infantil: uma revisão sistemática de literatura. *Mudanças – Psicol da Saúde*. 2013;21(1):9-21.
5. Simard S, Savard J, Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *J Cancer Surviv*. 2010;4(4):361-71.
6. Crist J V., Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*. 2013;22(5):978-86.
7. Zebrack BJ, Chesler MA. Quality of life in childhood cancer survivors. *Psychooncology*. 2002;11(2):132-41.
8. ACCO. American Childhood Cancer Organization [Internet]. 2017. Available from: <http://www.acco.org/late-effects/>
9. Tremolada M, Bonichini S, Basso G, Pillon M. Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in 223 childhood cancer survivors: predictive risk factors. *Front Psychol*. 2016;7:287.
10. Castro EK, Armiliato MJ, Zancan RK, Gregianin LJ. Evaluation of posttraumatic stress disorder in childhood cancer survivors. *Quad Psicol*. 2016;18(2):7.
11. Castro EK, Zancan RK, Gregianin LJ. Posttraumatic stress disorder and illness perception in young survivors of childhood cancer. *Psychol Community Heal*. 2015;4(2):86-98.
12. Wenninger K, Helmes A, Bengel J, Lauten M, Völkel S, Niemeyer CM. Coping in long-term survivors of childhood cancer: relations to psychological distress. *Psychooncology*. 2013 Apr;22(4):854-61.
13. Stuber ML, Meeske KA, Leisenring W, Stratton K, Zeltzer LK, Dawson K, et al. Defining medical posttraumatic stress among young adult survivors in the childhood cancer survivor study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Jul;33(4):347-53.
14. APA. Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais – DSM 5. 2nd ed. Association AP, editor. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais – Dsm – V. Porto Alegre: Artmed; 2014.

15. Yi J, Zebrack B, Kim MA, Cousino M. Posttraumatic Growth Outcomes and Their Correlates Among Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(9):981-91.
16. Pai ALH, Greenley RN, Lewandowski A, Drotar D, Youngstrom E, Peterson CC. A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol*. 2007;21(3):407-15.
17. Bemis H, Yarboi J, Gerhardt CA, Vannatta K, Desjardins L, Murphy LK, et al. Childhood cancer in context: sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(8):733-43.
18. Zebrack BJ, Stuber ML, Meeske KA, Phipps S, Krull KR, Liu Q, et al. Perceived positive impact of cancer among long-term survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Psychooncology*. 2012;21(6):630-9.
19. Lawrenz P, Peuker AC, Castro EK. Percepção da doença e indicadores de TEPT em mães de sobreviventes de câncer Infantil. *Temas em Psicol*. 2016;24(2):427-38.
20. Murphy D, Palmer E, Lock R, Busuttill W. Post-traumatic growth among the UK veterans following treatment for post-traumatic stress disorder. *J R Army Med Corps*. 2016;0:1-6.
21. Meyerson DA, Grant KE, Carter JS, Kilmer RP. Posttraumatic growth among children and adolescents: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):949-64.
22. Phipps S, Klosky JL, Long A, Hudson MM, Huang Q, Zhang H, et al. Posttraumatic stress and psychological growth in children with cancer: has the traumatic impact of cancer been overestimated? *J Clin Oncol*. 2014;1;32(7):641-6.
23. Schwartz LA, Kazak AE, DeRosa BW, Hocking MC, Hobbie WL, Ginsberg JP. The role of beliefs in the relationship between health problems and posttraumatic stress in adolescent and young adult cancer survivors. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(2):138-46.
24. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility [Internet]. Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio, TX; 1993. Available from: <http://www.istss.org/assessing-trauma/posttraumatic-stress-disorder-checklist.aspx>
25. Schwartz LA, Kazak AE, DeRosa BW, Hocking MC, Hobbie WL, Ginsberg JP. The Role of Beliefs in the Relationship Between Health Problems and Posttraumatic Stress in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(2):138-46.
26. Dunn MJ, Rodriguez EM, Barnwell AS, Grossenbacher JC, Vannatta K, Gerhardt CA, et al. Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Children With Cancer Within Six Months of Diagnosis. *Health Psychol*. 2012;31(2):176-85.
27. Gunjur A. PTSD in parents after childhood cancer. *Lancet Oncol*. 2015 Jul;16(7):e320.
28. Guimarães CA, Enumo SRF. Impacto familiar nas diferentes fases da leucemia infantil 1 Claudiane Aparecida Guimarães. *Rev Psicol Teor e Prática*. 2015;17(3):66-78.
29. Silva Marcon S, Sassá AH, Soares NTI, Molina RCM. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(2):411-9.

30. Svavarsdottir EK. Caring for a child with cancer: a longitudinal perspective. *J Adv Nurs*. 2005;50(2):153-61.
31. Castro EK, Piccinini CA. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estud Psicol*. 2004;9(1):89-99.
32. Rubin DC, Boals A. People who expect to enter psychotherapy are prone to believing that they have forgotten memories of childhood trauma and abuse. *Memory*. 2010;18(5):556-62.
33. Wittekind CE, Jelinek L, Kleim B, Muhtz C, Moritz S, Berna F. Age effect on autobiographical memory specificity: A study on autobiographical memory specificity in elderly survivors of childhood trauma. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;54:247-53.
34. Kuehni CE, Rueegg CS, Michel G, Rebholz CE, Strippoli M-PF, Niggli FK, et al. Cohort profile: the Swiss childhood cancer survivor study. *Int J Epidemiol*. 2012;41(6):1553-64.

### **Correspondência**

*Elisa Kern de Castro*

Avenida Unisinos, 950

93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil

elisa.kerndecastro@gmail.com

Submetido em: 17/02/2017

Aceito em: 25/05/2017