

## RELATO DE CASO

# Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: relato de caso

## *Psychoeducational intervention for caregiver of a child with cancer: a case report*

Ana R.S. Herman<sup>1</sup>; Maria C.O.S. Miyazaki<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga\* e Docente da Universidade Paulista – UNIP; <sup>2</sup>Professora\*, Serviço de Psicologia, Hospital de Base - FUNFARME

\* Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP

**Resumo** Estudos em psico-oncologia pediátrica sobre programas de intervenções podem contribuir na adesão e prevenção de efeitos tardios do tratamento. O **objetivo** do presente estudo foi avaliar o impacto de um programa psicoeducacional sobre práticas parentais em um cuidador de criança com câncer, e as dificuldades relatadas pelo cuidador em relação aos problemas de comportamento da criança, pré e pós-intervenção. **Método:** Foi avaliada a mãe de uma criança com câncer de cinco anos, com diagnóstico de osteossarcoma e queixa de comportamentos agressivos. Os instrumentos utilizados foram: ficha de identificação, entrevista semi-estruturada, Inventário de Estilo Parental (Parental Bonding Instrument) e Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência (CBCL). A participante respondeu aos inventários e entrevistas em quatro momentos: na fase pré-intervenção, pós-intervenção e em dois seguimentos. Foram realizadas quatro sessões do programa educacional, que seguiu o modelo cognitivo-comportamental. **Resultados:** foram identificadas práticas do estilo parental indulgente na avaliação pré-intervenção. A intervenção educacional diminuiu os comportamentos de superproteção e manteve os altos escores de carinho, apresentando mudança na forma de lidar com a criança, com práticas parentais do estilo autoritativo ou participativo. A criança apresentou escore clínico para comportamentos agressivos, reduzindo pós-intervenção, e escore não clínico nos seguimentos. **Conclusão:** Programas educativos como este podem ser incluídos no tratamento global da criança pelo psicólogo que integra equipes interdisciplinares de oncopediatria.

**Palavras-chave** Psicologia da Criança; Neoplasias; Comportamento de Ajuda; Cuidadores; Cuidado da Criança; Educação em Saúde.

**Abstract** Studies on Pediatric Psychooncology related to intervention programs can contribute in the adhesion and prevention of late effects of the treatment. **Objective:** The present study evaluated the impact of a psychoeducational program on parental practices of a caregiver of a child with cancer, and the difficulties reported by the caregiver regarding the child's behavior problems pre and post-intervention. **Methods:** A mother of a 5-year-old child with cancer, osteosarcoma diagnosis and complaints of aggressive behavior was evaluated. Identification card, semi-directed interview, Inventory of parental style (Parental Bonding Instrument) and Inventory of the childhood and adolescence behavior (CBCL) were used. This participant answered to the inventories and interviews in four moments: in the pre-intervention phase, post-intervention and into two segments. Four sessions of the education program were accomplished, following the cognitive-behavioral model. **Results:** The results identified practices of the indulgent parental style in the pre-intervention evaluation. The educational intervention reduced the excessive protection behaviors and maintained the high scores of affection, presenting change in the manner of dealing with the child, with parental practices of authoritative or participative style. **Conclusion:** The child has presented clinical score for aggressive behavior, reducing post-intervention, and non clinical score in the follow-up. Educational programs similar to this one can be included in the child's global treatment by the psychologist who is part of the interdisciplinary teams of Oncopediatrics.

**Keywords** Child Psychology; Neoplasms; Helping Behavior; Caregivers; Child Care; Health Education.

## Introdução

Os avanços no tratamento do câncer na infância contribuíram para um aumento significativo de crianças curadas. Assim, o desenvolvimento de pesquisas, cujos dados possam nortear a prevenção, o tratamento e a reabilitação das crianças que sobreviveram à doença é altamente relevante.<sup>1-3</sup>

Apesar dos avanços da produção científica em Psicologia no Brasil, estudos em Psico-oncologia Pediátrica enfocando adesão e prevenção de efeitos psicossociais tardios da doença ainda são necessários. Inicialmente, estudos na área enfocaram o manejo da dor e dos procedimentos invasivos associados ao tratamento do câncer na infância. Atualmente, o foco tem sido prevenção, intervenção precoce e tratamentos eficazes de conseqüências psico-sociais na vida adulta da criança e do cuidador.<sup>1,4-6</sup>

O diagnóstico de doenças graves na infância, como câncer e HIV+/AIDS, está relacionado ao afastamento das atividades diárias, ao longo tempo de tratamento, a procedimentos invasivos, restrições e efeitos colaterais, modificando o cotidiano de toda a família.<sup>4-12</sup>

O ambiente, por sua vez, é um forte determinante de contingências que influenciam o comportamento do cuidador e da criança. Diversos estudos indicam que a presença de doenças crônicas na criança pode comprometer seriamente as habilidades dos pais no relacionamento com filhos, bem como o próprio relacionamento conjugal e social.<sup>13-16</sup>

Como o câncer é uma condição crônica de saúde, portanto de longa duração<sup>6</sup>, o cuidador tem um papel essencial no desenvolvimento de repertórios comportamentais adequados na criança com a doença.<sup>7,17</sup> O impacto do tratamento altera e provoca modificações nos comportamentos dos pais e na forma de lidar com contingências,<sup>18,19</sup> que afetam, por exemplo, o estabelecimento de limites e o uso de práticas coercitivas.<sup>19</sup> Assim, a criança com câncer apresenta maior vulnerabilidade para desenvolver comportamentos-problema, como por exemplo, dependência excessiva.<sup>10,19</sup>

Práticas educativas que envolvem o cuidado adequado com a criança incluem o estabelecimento de limites. Quando utilizadas pelas mães de crianças com câncer, estas podem auxiliar no desenvolvimento de repertórios comportamentais adequados, que favorecerão, inclusive, no enfrentamento do tratamento.<sup>20-22,10</sup>

A alteração no modo de lidar com a criança com câncer, muitas vezes, é resultado de um quadro típico de superproteção. Os pais, diante da doença e da percepção do sofrimento da criança, apresentam dificuldades na forma de lidar com o filho. Acabam desenvolvendo sentimentos de pena e culpa, que os levam a adotar comportamentos excessivamente permissivos, deixar de impor limites e facilitar o desenvolvimento de problemas de comportamento.<sup>20-21,23</sup>

Mudanças das práticas parentais, decorrentes da doença crônica, provocam a perda do controle sobre o repertório de comportamentos da criança. Essa nova situação, altamente reforçadora para a criança, pode fazer com que esta obtenha vantagens, chamadas “benefícios secundários” que, sem a doença, não poderiam ser obtidas.<sup>24</sup> Dessa forma, um

relacionamento entre pais e filhos considerado seguro, necessita de práticas educativas positiva e participativas. São consideradas como práticas positivas: **a) monitoria positiva**, com uso adequado de privilégios, regras, distribuição de atenção e afeto, como também a supervisão das atividades escolares e **b) comportamento moral**, que envolve o senso de justiça, responsabilidade, generosidade e reconhecimento do “certo e errado” frente a questões como uso de drogas, álcool e sexo seguro<sup>25</sup>.

Este conjunto de estratégias educativas, denominado estilo parental ou práticas parentais, inclui ainda atitudes e/ou manifestações não verbais na relação com os filhos.<sup>26-27</sup>

As práticas parentais podem desenvolver tanto comportamentos pró-sociais como anti-sociais, dependendo da frequência e intensidade com que determinadas estratégias educativas são utilizadas, ou seja, a forma como os pais lidam com situações que requerem apoio emocional e estabelecimento de regras e limites.<sup>26,28</sup>

A influência dos estilos ou práticas parentais no desenvolvimento de repertórios comportamentais de crianças e adolescentes tem sido alvo de diferentes estudos, uma vez que possibilita delinear programas de prevenção e de intervenção para famílias e educadores.<sup>28-33</sup> Estudo analisando as relações entre práticas educativas e problemas de comportamento dos filhos, verificou que o uso inconsistente da disciplina, de baixa frequência de interação positiva e monitoramento insuficiente das atividades da criança, pode promover problemas de comportamento nos filhos. Enfatizam a importância das habilidades sociais parentais na promoção de comportamentos adequados nos filhos, como expressar sentimentos e opiniões, estabelecer limites evitando coerção, entre outras.<sup>34-35</sup> Outros estudos também ressaltam a importância do repertório de habilidades sociais educativas dos pais para maximizar o desenvolvimento infantil, como também a necessidade de programas educativos na área, visando melhorar a qualidade de seu relacionamento com os filhos.<sup>36-37</sup>

A compreensão de particularidades das práticas educativas utilizadas por pais de pacientes pediátricos com câncer é altamente relevante. Pode contribuir para auxiliar no manejo diário de uma criança que, além de apresentar necessidades próprias do desenvolvimento, como busca de autonomia e resistência à autoridade parental, também precisa atender a demandas médicas e cuidados especiais.<sup>2,24</sup>

A presença de problemas de comportamento decorre, muitas vezes, de inabilidades dos próprios pais no uso da disciplina, comportamento moral, responsabilidade da vigilância, reforço positivo, resolução de problemas e envolvimento com a criança.<sup>25,38</sup> Por isso, o desenvolvimento e a manutenção desses comportamentos nas crianças podem ser associados muitas vezes a interações mal-adaptativas entre pais e crianças, considerando o modelo interacionista bidimensional, onde características da criança influenciam as atitudes dos pais. O contexto geral (cultura, aspectos biológico, genéticos, transtornos psicológicos, situações específicas como divórcio e pobreza) influencia tanto as crenças parentais (valores, normas modelos e atitudes relacionadas ao processo

educacional) quanto as práticas parentais (formas de disciplina, monitoria, técnicas resolução de problemas, envolvimento e reforçamento positivo).<sup>13</sup>

Na identificação dos estilos parentais são consideradas dimensões comportamentais como 1) atenção, 2) indiferença, 3) dependência, 4) autonomia, 5) carinho e 6) superproteção<sup>28</sup>. A atenção ocorre quando os pais respondem de maneira satisfatória as necessidades do filho (estímulo discriminativo-SD). A não discriminação de comportamentos, por sua vez, pode gerar indiferença.<sup>39</sup>

Quando a maior parte dos pedidos dos filhos é satisfeita pelos pais, sem estimular o desenvolvimento de novos comportamentos, desenvolve-se um padrão de dependência. A superproteção ocorre quando há comportamentos de dependência, restrição de comportamentos e falta de incentivo para exposição ao ambiente social. Limitando assim o enfrentamento de novas contingências, e conseqüentemente o desenvolvimento do repertório comportamental da criança.<sup>21,39</sup>

Neste estudo foram considerados quatro diferentes estilos parentais: **autoritativo** (os pais apresentam um repertório de alta frequência de carinho e baixa frequência de comportamentos superprotetores), **autoritário** (pais com um repertório de baixa frequência de comportamentos de carinho e alto de superprotetores), **negligente** (pais que apresentam déficit de comportamentos de carinho e superproteção) e **indulgente** (excesso de comportamentos de carinho e superproteção).<sup>39</sup>

O estilo autoritativo, também denominado participativo, é considerado o mais adequado para o desenvolvimento de competências psico-sociais.<sup>21</sup> Os pais são centrados na relação, socialização e desenvolvimento do filho. Apresentam regras e limites e também muito afeto, envolvimento, apoio, atenção emocional e estrutura positiva, favorecendo o desenvolvimento de competências psico-sociais, habilidades no desempenho escolar, estilo de atribuição otimista, habilidades sociais e outros comportamentos adequados.<sup>28,32</sup>

Pais com estilo autoritário são mais exigentes que responsivos. Apresentam excesso de regras, limites e estrutura positiva, com pouco envolvimento afetivo e atenção emocional<sup>26</sup>, priorizando a agressividade como forma de estabelecer limites<sup>35</sup>. A obediência deve ser mantida, favorecendo o desenvolvimento de um repertório infantil com desempenho escolar moderado e passividade. Quando a coerção é excessivamente utilizada, podem ocorrer sintomas como ansiedade, depressão, baixa auto-estima e déficit em habilidades sociais (baixo desempenho escolar; hostilidade e agressividade contra figuras de autoridade, como os professores, por exemplo).<sup>29,35,36</sup>

Pais negligentes apresentam pouco envolvimento afetivo e falta de regras e limites, são definidos com ausentes, geralmente apresentam baixo limiar de tolerância e de monitoramento, bem como supervisão insuficiente das atividades da criança. As conseqüências dessa prática parental são, geralmente, problemas afetivos e comportamentais, como o uso de drogas e álcool, baixa auto-estima e auto-eficácia, com probabilidade maior de sintomas depressivos, estresse, baixo desempenho acadêmico e déficit de habilidades sociais.<sup>26,35</sup>

Pais que apresentam estilo indulgente são também chamados

permissivos. São muito mais responsivos do que exigentes, apresentam muito envolvimento afetivo e com pouco limite. São pais centrados no comportamento da criança, favorecendo o desenvolvimento de um repertório comportamental com déficit em regras de convivência e dificuldades em seguir regras e orientações.<sup>35</sup>

As práticas educativas utilizadas pelos pais são classificadas como: monitoria positiva; comportamento moral; punição inconsistente; negligência; disciplina relaxada; monitoria negativa e abuso físico. A monitoria positiva e comportamento moral são considerados formas positivas de práticas parentais<sup>39</sup>. A avaliação permite uma indicação de intervenções necessárias para melhorar as práticas parentais.<sup>30</sup>

Estudo avaliou os estilos parentais adotados por pais na interação com seus filhos portadores e não portadores de deformidade craniofacial, verificando que não houve diferença significativa nos estilos parentais adotados pelos pais (indulgente) e pelas mães (autoritativo) para se relacionarem com seus dois filhos. No entanto, cabe ressaltar que houve uma diferença significativa nas categorias dependência e autonomia, que sugere mais superproteção para com o filho portador de deformidade craniofacial.<sup>39</sup>

Comparando indicadores do repertório de habilidades sociais e grau de envolvimento de 22 mães e 13 pais com seus filhos, estudo indicou que os cônjuges com maior repertório de habilidades sociais apresentaram maior envolvimento na educação dos filhos.<sup>37</sup> Programas deveriam, portanto, envolver o repertório de habilidades sociais educativas dos pais para maximizar o desenvolvimento infantil, favorecendo a qualidade de relacionamento com seu filho.<sup>41</sup>

Assim a literatura valoriza que para uma educação efetiva e relacionamento positivo entre pais e filhos, não basta expressar os sentimentos, é preciso que os pais o façam de maneira socialmente adequada, equilibrando comportamentos de carinho e limites.

Baseado nestas considerações foram elaborados os objetivos do presente estudo: a) avaliar o impacto de um programa psicoeducacional sobre práticas parentais em um cuidador de criança com câncer e b) avaliar as dificuldades relatadas pelo cuidador relacionadas aos problemas de comportamento da criança pré e pós-intervenção.

### **Apresentação do Caso**

A cuidadora (33 anos, ensino fundamental completo) trabalhava com auxiliar de enfermagem em clínica particular, mas foi demitida por necessitar se afastar excessivamente do trabalho para cuidar do filho. O pai era comerciante. R. tinha 5 anos, sexo masculino, filho único, diagnóstico de osteossarcoma na tíbia, dificuldades de locomoção. Estava em tratamento quimioterápico há um mês, aguardando procedimento cirúrgico.

**Queixa principal:** R apresentava comportamentos agressivos com os pais, como chutar, morder e bater com as mãos. Tinha dificuldade em realizar os procedimentos necessários ao tratamento, debatendo-se durante as intervenções. O comportamento agressivo piorava na presença da mãe/pai. Não

brincava com amigos, principalmente pela sua dificuldade de locomoção (era carregado pelos familiares). Não se alimentava nos dias em que realizava a quimioterapia.

Foram utilizados como instrumentos nas avaliações: 1) Ficha de Identificação e dados sobre a doença; 2) Entrevista semi-estruturada, sobre as dificuldades enfrentadas no contexto familiar; 3) Parental Bonding Instrument (PBI) - Instrumento de Avaliação das Relações Familiares.<sup>42</sup> O PBI mede quatro dimensões do suporte familiar com as seguintes características: Dependência (controle, infantilização, contato excessivo e prevenção de comportamentos de independência); Autonomia (permissão de independência e de autonomia); Atenção (afeição, calor emocional, empatia e proximidade) e rejeição e negligência. Os escores acima de 17 são considerados altos; 5) Child Behavior Checklist (CBCL) - Inventário de comportamentos da infância e da adolescência, utilizado para avaliar funcionamento psicossocial de crianças e adolescentes com idade entre quatro e 18 anos, considerando o relato dos pais. Contém 138 itens: 20 que avaliam competência social e 118 que avaliam problemas de comportamento. No presente estudo foram considerados somente os comportamentos agressivos.<sup>43</sup>

A criança recebeu acompanhamento da equipe interdisciplinar, voluntários ou da professora escolar no período em que a mãe realizava a avaliação e recebia a intervenção.

As sessões do programa educacional seguiram uma abordagem Cognitivo-comportamental,<sup>4,23</sup> utilizando material educativo e treino em habilidades (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição do programa realizado nas sessões de orientação.

Sessão	Objetivo	Procedimentos utilizados
1ª Sessão	Estabelecer contrato terapêutico	-Entrevista com a mãe e com a criança
	Fornecer informações sobre o procedimento	-Ensino respiração profunda e relaxamento muscular progressivo
	Avaliar necessidades	-Dicas de controle da emoção e pensamentos distorcidos
	Ensino inicial de estratégias de manejo	
2ª e 3ª Sessões	Uso do programa educacional sobre práticas parentais	-Ensino de como lidar com o comportamento de birra (extinção) -Ensino do uso do elogio (reforço positivo) e de modelos adequados. -Ensino do uso de comportamentos incompatíveis (RDO)
4ª Sessão	Continuação do programa educacional	- Discussão sobre como utilizar as informações na vida cotidiana.

Foram realizadas avaliações pré-intervenção (no mínimo um mês e no máximo cinco semanas após o diagnóstico) e pós-intervenção (um mês após a intervenção), bem como duas avaliações de seguimento (1º mês pós-intervenção e 2º mês pós-intervenção) (Tabela 2).

Tabela 2. Momentos das avaliações realizadas antes e durante o programa educacional.

Instrumentos utilizados na avaliação	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento 1º mês pós	Seguimento 2º mês pós
Explicação do Estudo e consentimento informado	*			
Ficha de identificação	*			
Entrevista semidirigida	*	*	*	*
Inventário PBI	*	*	*	*
Inventário CBCL	*	*	*	*

\* utilizados na avaliação

Os dados foram avaliados de forma quanti e qualitativa. Na avaliação qualitativa foram considerados os relatos verbais da mãe na entrevista clínica.

## Resultados e discussão

Foi utilizada a análise qualitativa, considerando a vantagem de fornecer além do perfil da amostra, a vivência e experiência sob a perspectiva da cuidadora. A experiência individual pode apresentar uma riqueza de detalhes, percepções e sensações, que são compreendidas somente pelo participante, e a técnica quantitativa não permite acesso a esta complexidade de resultados.<sup>44</sup>

A Tabela 3 e Figura 1 descrevem os resultados dos escores obtidos nas avaliações do estilo parental (PBI). A intervenção diminuiu os comportamentos de superproteção (soma dos escores autonomia e dependência) e manteve os altos escores de carinho (soma escores atenção e indiferença), apresentando mudança na forma de lidar com a criança, com práticas parentais do estilo autoritativo ou participativo. Citado pela literatura como o mais adequado no cuidado da criança com doença crônica, como o câncer, considerando que os comportamentos de adesão estão relacionados à presença de comportamento de carinho, atenção diferenciada e imposição de limites.<sup>20,19</sup>

Tabela 3 – Escores obtidos das práticas parentais (PBI) nas avaliações.

Estilo parental	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento 1	Seguimento 2
	indulgente	autoritativa	autoritativa	autoritativa

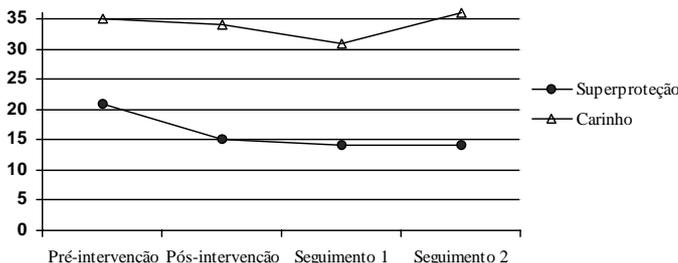


Fig 1. Escores do Inventário de Práticas Parentais-PBI nas avaliações

Esses dados apresentam características próximas da literatura, que indicam que pais de crianças com doenças crônicas apresentam comportamentos superprotetores.<sup>20,39,45</sup>

Estudo com pais das crianças com câncer e grupo controle (sem doença crônica), verificou a presença do estilo autoritativo nos pais e mães de ambos os grupos, mas também verificou a presença de comportamentos de controle, infantilização, contato excessivo e prevenção de comportamentos de independência nas mães de crianças com câncer<sup>21</sup>. Outro estudo realizado na mesma instituição com mães de crianças com câncer, avaliando adesão ao tratamento e estilo parental, identificou o estilo parental indulgente como mais freqüente na amostra. Comportamentos de carinho e afetividade foram mais freqüentes no grupo com melhor adesão ao tratamento. A superproteção foi identificada como importante variável que dificulta a estimulação de comportamentos de independência e de autonomia na criança. O mesmo estudo conclui que o grupo de

crianças com problemas de adesão possuíam mães que, quando comparadas ao Grupo Adesão, relataram frequência maior de comportamentos da categoria Indiferença (distância afetiva, rejeição e negligência).<sup>20</sup>

Outro estudo avaliando o estilo parental de 15 mães de crianças com câncer realizando tratamento quimioterápico, também identificou o estilo indulgente como o mais frequente na amostra.<sup>51</sup>

A avaliação de estilos parentais adotados pelos pais na interação com seus filhos portadores e não portadores de deformidade craniofacial, identificou no pai o estilo indulgente e nas mães o autoritativo, sendo mais superprotetores com o filho portador de deformidade craniofacial.<sup>39</sup>

Esses dados sugerem a possibilidade de problemas psicológicos futuros para essas crianças, como falta de autonomia, baixa auto-estima e dificuldades de interação com pares.<sup>46</sup>

O comportamento dos pais de dar atenção e afeto favorece a percepção de emoções positivas, ampliando o comportamento exploratório e o desenvolvimento de habilidades na criança<sup>53</sup> como também favorece o desenvolvimento de um repertório de comportamentos otimistas na vida adulta.<sup>48</sup> Os sentimentos devem ser respeitados e aceitos, porém os comportamentos devem ser controlados e associados com as suas conseqüências<sup>23,31,34,35,53</sup>. Assim o ensino de habilidades de como manter os limites nos comportamentos da criança pode favorecer um repertório mais adequado. Comportamentos de super proteção em situações de doença crônica podem estar associados ao estresse das limitações situacionais e podem interferir na qualidade do cuidador.<sup>13,15,47</sup>

Os comportamentos agressivos da criança estão descritos na figura 2. A criança apresentou escore clínico para comportamentos agressivos, reduzindo pós-intervenção, e com escore não clínico nos seguimentos.

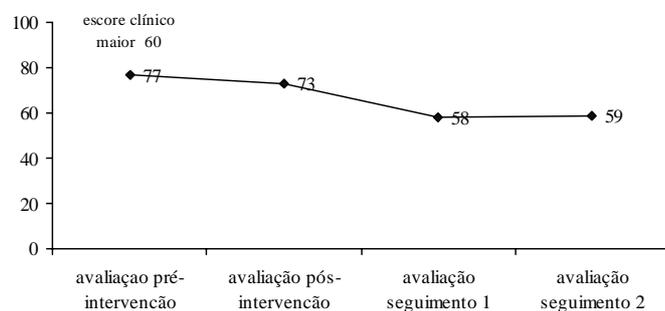


Figura 2- Escores comportamentais da criança (CBCL) para comportamentos agressivos: pré-intervenção, pós-intervenção e seguimentos.

Estudos mostram existir uma maior vulnerabilidade para problemas comportamentais em crianças portadoras de doenças crônicas, além da presença de déficits de competência.<sup>14,49,50</sup> Em crianças com câncer também foi identificado maior incidência de transtornos de comportamento global, como também internalizantes e externalizantes,<sup>49,21</sup> o fato foi relacionado as frequentes internações, limitações que a criança vivencia, comportamentos de insegurança, preocupação excessiva dos cuidadores e variáveis presentes durante o tratamento como,

como mudanças na aparência, vômitos, mal-estares, diminuição da imunidade e outras.<sup>49</sup>

Na avaliação pós-intervenção a cuidadora verbalizou algumas dificuldades vivenciadas no período de tratamento e seu comportamento frente às modificações de vida. As verbalizações foram categorizadas de acordo com as dificuldades vivenciadas e a percepção da cuidadora de modificação de seus comportamentos com a situação de doença e tratamento. Os dados estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias de dificuldades citadas para justificar não adesão ao programa e exemplos de verbalizações.

Aspecto	Exemplo de verbalização que representa este aspecto
<b>Sofrimento emocional:</b> dificuldades vivenciadas com o impacto da doença	"Amamos demais o R e quando ele adoeceu não pensamos em nada mais, a não ser cuidar dele. Fiquei pode se dizer cega pra outras coisas, pois a sensação que eu tinha é que o R. é mais importante em nossas vidas, o amor por ele é intenso".
<b>Estilo indulgente:</b> dificuldades impor limites/ Comportamentos superprotetores.	"ele me agredia, pois era eu a mais próxima, era eu que o segurava para punicionar a "veinha", o carregava para as sessões de quimio, no isolamento, nos cuidados com ele. Se tornou tão agressivo, que mordida, batia, chutava, gritava, jogava as coisas no chão, até a refeição ele chegou a jogar longe" "Deixei ele gritando até cansar e gritava alto, estridente. Eu sofria, mas tinha que ser forte, mesmo dodói eu fazia ele pegar o que jogava no chão, segurava os braços dele com segurança para que não me mordesse e dava pontos e "caretinhas" legais, para quando ele conseguia melhorar, até que funcionou, deu resultado" "Ele está ótimo, eu não conseguia nem ir ao banheiro, sem que ele gritasse e agora consegui um trabalho, já comecei e ele aceitou, está se comportando super bem".
<b>Familiares:</b> dificuldade com o apoio social durante o tratamento da criança	Minha família nos ajudou bastante no cuidado com meu filho, com alojamento, cuidados com roupas, higiene, mas a dificuldade foi nas visitas em hospital, eles vem pouco e também na educação de R. pois apresentavam comportamentos de superproteção..." "Encontramos dificuldades com meus pais (avós de R), pois eles achavam que estávamos maltratando"
<b>Trabalho:</b> incompatibilidade entre cuidados com a criança e trabalho	"O R disse que isso não se faz. O meu patrão me mandar embora" "Eu precisava trabalhar, mas não dava pra cuidar de tudo... da comida ...das internações e ele sem andar..." "Fomos morar com meus pais, sem meu salário não dava"

A cuidadora relatou pós-intervenção que se sente competente para educar e cuidar de seu filho e esperar o prazo necessário para considerá-lo curado.

## Conclusão

O programa educacional teve impacto na mudança de comportamentos e práticas parentais da cuidadora. De acordo com a percepção da mãe e registros do comportamento da criança, os comportamentos agressivos diminuíram pós-intervenção. Embora efetivo, este relato apresenta limitações, uma vez que não houve comparação com controle. Além disso, réplicas de casos como este são necessárias para controle de variáveis internas e externas.

Considerando que o tratamento oncológico é um período onde ocorrem inúmeras mudanças que afetam o contexto familiar, os problemas comportamentais estão presentes mesmo com monitoria adequada dos pais. Entretanto, estes podem ser ampliados se os pais apresentarem dificuldades no modo de lidar com os filhos. Essas mudanças comportamentais podem ter um impacto negativo na adesão ao tratamento e às

habilidades para lidar com variáveis associadas ao tratamento de uma doença crônica.

Programas educativos como este podem ser incluídos no tratamento global da criança pelo psicólogo que integra equipes interdisciplinares de oncopediatria. Os resultados indicam o favorecimento de mudanças no repertório comportamental dos pais e, como consequência, no comportamento da criança.

### Referências bibliográficas

1. Dixon-Woods M, Young B, Ross E. Researching chronic childhood illness: the example of childhood cancer. *Chronic Illn* 2006;2(3):165-77.
2. Kazak AE, Simms S, Alderfer MA, Rourke MT, Crump T, McClure K et al. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer. *J Pediatr Psychol* 2005;30(8):644-55.
3. Roberts MC, Mitchell MC, McNeal R. The evolving field of pediatric psychology critical issues and future challenges. In: Roberts MC. *Handbook of Pediatric Psychology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford; 2003. p. 3-18.
4. Kazak AE. Evidence-based interventions for survivors of childhood cancer and their families. *J Pediatr Psychol* 2005;30(1):29-39. [citado 2007 jun. 30]. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/1/29?>
5. Wilkins KL, Woodgate RL. A review of qualitative research on the childhood cancer experience from the perspective of siblings: a need to give them a voice. *J Pediatr Oncol Nurs* 2005;22(6):305-19.
6. Apter A, Farbstein I, Yaniv I. Psychiatric aspects of pediatric cancer. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12(3):473-92.
7. Martín MPB, Arraz P, Albanos C, Gutiérrez JB, Sopena RB. Intervenção psicológica com pessoas na fase final da vida. In: Caballo EV. *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde*. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 462-83.
8. Patenaude AF, Kupst MJ. Psychosocial functioning in pediatric cancer. *J Pediatr Psychol* 2005;30(1):9-27.
9. Grecca KRR. Variáveis envolvidas na revelação do diagnóstico de HIV/AIDS para a criança/adolescente soropositivos [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2004.
10. Marques APFS. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicol Hosp* 2004;2(2). [citado 2007 jun 30]. Disponível em [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200006&lng=pt&nrm=is](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200006&lng=pt&nrm=is)
11. Valle ERM, Lopes DPLO. A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer. In: Valle ERM, organizador. *Psico-oncologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 13-74.
12. Löhr SS. Crianças portadoras de câncer. In: Silveiras EFM. *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papirus; 2000. cap. 1, p. 233-62.
13. Patterson G, Reid J, Dishion T. *Antisocial boys: comportamento anti-social*. Tradução de AC Lima e GVM Rocha. Santo André: ESETec Editores Associados; 2002.
14. Salomão Jr. JBS. Competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes portadores de asma moderada e grave. [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2001.
15. Miyasaki MCOS, Amaral VLAR, Salomão Jr. JB. Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais In: Kerbauy RR, organizador. *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. 1<sup>a</sup> ed. Santo André: Arbytes; 1999. p. 99-118.
16. Thompson Jr RJ, Gustafson KE. Psychological adjustment of parents and siblings. In: \_\_\_\_\_. *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington (DC): APA; 1996.
17. Svavarsdottir EK. Gender and emotions: icelandic parents experiencing childhood cancer. *Int J Nurs Stud* 2005;42(5):531-5.
18. Hospital do Câncer AC Camargo. Departamento de Pediatria. *A criança com câncer: o que devemos saber? Um guia para pais e familiares de crianças e adolescentes em tratamento*. São Paulo: Comuniquê Editorial; 2003.
19. Piccinini CA, Castro EK, Alvarenga P, Vargas S, Oliveira VZ. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia* 2003, 8(1):75-83.
20. Shiota CM. *Estilos parentais e comportamentos de adesão em crianças com câncer*. [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2004.
21. Shiota CM. *Problemas de comportamento em crianças com câncer: percepções e estilos parentais*. [monografia]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde; 2002.
22. Löhr SS. *Crianças com câncer: discutindo a intervenção psicológica*. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 1998.
23. Löhr SS. *Orientação de pais, algumas propostas: um modelo de intervenção com pais de crianças com câncer*. In: Kerbauy RR, Wielska RC. *Sobre o comportamento e cognição*. Volume 4 – *Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação*. 1<sup>a</sup> ed. Santo André: Arbytes; 1999. p. 116-20.
24. Santos ARR. *Psico-oncologia pediátrica em um hospital-escola*. In: Kerbauy RR. *Sobre o comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação*. Volume 5 – *A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. 1<sup>a</sup> ed. Santo André: Arbytes; 2000. p. 139-47.
25. Gomide PIC. *Estilos parentais e comportamento anti-social*. In: Prette AD, Prette ZAPD. *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção*. Campinas: Alínea; 2003. p. 21-60.
26. Weber-Prust L, Gomide PIC. *Relação entre comportamento moral dos pais e dos filhos adolescentes*. *Estud Psicol* 2007;24(1):53-60. [citado 2007 jul 02]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v24n1/v24n1a06.pdf>
27. Montandon C. Parental education practices and children's experience. *Educ Soc* 2005;26(91). [citado 2007 abr. 03].

- Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302005000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302005000200010&lng=en&nrm=iso)
28. Costa FT, Teixeira MAP, Gomes WB. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicol Reflex Crít* 2000;13(3):465-73.
29. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF* 2002;7(2):163-73. [citado 2007 jul. 30]. Disponível em: <http://www.naobataeduque.org.br/biblioteca/a576927df97129941d0086b9ff6d8bfa.pdf>
30. Gomide PIC. Inventário de Estilos Parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes; 2006.
31. Regra JAG. Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. *Rev rás Ter Comport Cogn* 2000;2(1):79-101.
32. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estud Psicol* 2004;9(2):227-37. [citado 2007 jul. 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a04v9n2.pdf>
33. McMahon RJ. Treinamento de pais. In: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia e modificação comportamental. São Paulo: Editora Santos; 1996. p. 399-422.
34. Bolsoni-Silva AT, Del Prette, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. *Rev rás Ter Comp Cogn* 2003;2(5):91-103. [citado 2007 abr. 03]. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/pdf/rbtcc/v5n2/v5n2a02.pdf>
35. Bolsoni-Silva AT, Marturano EM. Habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento: algumas relações. In: Brandão MZS, Conte FCS, Brandão FS, Ingberman YK, Moura CB, Silva VM et al. Sobre o comportamento e cognição. Volume 11 – A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. Santo André: ESETec; 2004. cap. 14, p. 251-60.
36. Deffenbacher JL, Lynch RS. Intervenção cognitivo-comportamental para o controle da ira. In: Caballo EV. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde. 1ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2007. cap. 22, p. 623-60.
37. Cia F, Pereira CS, Ruas TCB, Del Prette ZAP, Del Prette A. Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filhos. *Psicol Estud* 2006;11(1):73-81. [citado 2007 apr 03]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a09.pdf>
38. Gomide PIC. Como evitar o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais em seu filho. In: Brandão MZ, Conte FCS, Mezzaroba SMB, organizadores. Comportamento humano: tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor. Santo André: ESETec Editores Associados; 2002. p. 3-20.
39. Rezende MCLB. Estilos parentais e a relação entre pais e filhos com e sem deformidades faciais [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica; 2001.
40. Weber LND, Brandenburg, OJ, Viezzer AP. A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF* 2003;8(1):71-9.
41. Beale IL, Bradlyn AS, Kato PM. Psychoeducational interventions with pediatric cancer patients: part II. Effects of information and skills training on health-related outcomes. *J Child Fam Stud* 2003;12(4):385-97.
42. Parker G, Tupling H, Brown LBA. Parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 1979;52:1-10.
43. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância e adolescência): dados preliminares. *Rev APB-APAL* 1995;17:55-66.
44. World Health Organization. Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Geneva: WHO; 2004.
45. Bernardes-da-Rosa L. Ajustamento do comportamento de crianças com câncer a procedimentos invasivos: intervenção cognitivo-comportamental [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
46. Amaral LFG, Santos ARR, Miyazaki MCOS. Estilo parental de pais de crianças com câncer. *Arq Ciênc Saúde* 2006;13(Supl 1):10.
47. Seligman MEP. Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.
48. Cannan-Oliveira S, Neves MEC, Melo e Silva F, Robert AM. Compreendendo seu filho: uma análise do comportamento da criança. Belém: Paka-Tatu; 2003.
49. Oliveira AF, Santos ARR, Miyazaki MCOS. Problemas de comportamento em crianças com câncer. *Arq Ciênc Saúde* 2006;13(Supl 1):9.
50. Luiz AMAG, Gorayeb R. Aspectos emocionais, comportamentais e sociais da obesidade infantil. In: Miyazaki MCOS, Domingos NAM, Valério NI. Psicologia da saúde: pesquisa e prática. São José do Rio Preto: THS/Arantes Editora; 2006. cap. 6, p.111-38.

---

**Correspondência:**

Ana Rita Santos Herman  
Rua Luis Nunes da Fonseca, 209 apto04 Vila Ercília  
15013-130 – São José do Rio Preto-SP  
Tel: (17)3233-0876  
e-mail: anaritifamerp@yahoo.com.br

---