

TAÍSA BORGES GRÜN

STRESS E HABILIDADES SOCIAIS EM PACIENTES
COM CÂNCER DE LARINGE

PUC-CAMPINAS
2008

TAÍSA BORGES GRÜN

STRESS E HABILIDADES SOCIAIS EM PACIENTES COM CÂNCER DE LARINGE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

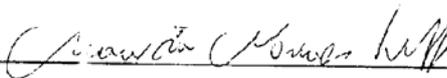
Orientador: Prof(a). Dr(a). Marilda Emmanuel Novaes Lipp.

PUC-CAMPINAS
2008

TAÍSA BORGES GRÜN

STRESS E HABILIDADES SOCIAIS EM PACIENTES COM
CÂNCER DE LARINGE

Banca Examinadora



Presidente Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Profa. Dra. Suzane Schimidlin Löhr



Profa. Dra. Karina Magalhães Brasio

2009

Aos participantes dessa pesquisa que, de forma generosa, se disponibilizaram a participar, mesmo num momento tão difícil de suas vidas.

Se pudermos observar cuidadosamente o comportamento humano, de um ponto de vista objetivo e chegar a compreendê-lo pelo que é, poderemos ser capazes de adotar um curso mais sensato de ação.

Skinner, 1953.

AGRADECIMENTOS

☺ À minha orientadora Marilda Emmanuel Novaes Lipp, por ter me acolhido, acreditado no meu trabalho e por estar sempre disponível para compartilhar seus conhecimentos e experiência comigo.

☺ Ao Hospital Erasto Gaertner e a toda equipe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, por mais uma vez abrirem as portas para a realização de uma pesquisa.

☺ A todos os participantes da pesquisa, por se disponibilizarem a contribuir com a ciência mesmo num momento tão delicado de suas vidas.

☺ À minha tia do coração Anita Aparecida Daboit, por ter me recebido inúmeras vezes em sua casa, sempre com tanto carinho e atenção.

☺ Às minhas grandes amigas e colegas de trabalho Caroline Guisantes Salvo de Tonni e Yara Kuperstein Ingberman, pelo incentivo e conhecimentos compartilhados durante a realização deste trabalho.

☺ À minha família, pelo amor incondicional, apoio e confiança durante toda a minha vida.

☺ À minha querida avó Maria Benta Goulart Borges, por ser meu modelo de vida e determinação sempre.

☺ A todos os meus colegas e amigos que sempre acreditaram no meu potencial.

☺ Acima de tudo a Deus, que iluminando meu caminho, concedeu-me forças para a realização deste trabalho de forma equilibrada, um grande aprendizado em todos os sentidos.

SUMÁRIO

Índice de Tabelas	VII
Índice de Anexos	IX
Resumo	X
Abstract	XI
Apresentação	XII
Introdução	01
Câncer e câncer de cabeça e pescoço.....	01
Câncer e fatores psicológicos.....	12
Stress.....	18
Habilidades Sociais.....	26
Objetivos	37
Objetivo geral.....	37
Objetivos específicos.....	37
Método	38
Participantes.....	38
Critérios de inclusão.....	38
Critérios de exclusão.....	38
Material.....	39
Local.....	41
Procedimentos.....	41
Vantagens para os participantes.....	43
Resultados	44
Método de análise dos resultados.....	44
Identificação da amostra.....	46
Resultados do ISSL.....	49
Resultados do Questionário de Habilidades Sociais.....	54
Análise da Associação entre Stress e Habilidades Sociais.....	58
Observações clínicas.....	63
Discussão	66

Conclusão.....	78
Referências Bibliográficas.....	81
Anexos.....	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dados demográficos dos participantes da pesquisa.....	46
Tabela 2. Consumo de cigarros dos participantes divididos por sexo.....	48
Tabela 3. Tempo transcorrido entre a percepção dos sintomas do câncer de laringe e o momento da entrevista para os participantes divididos por sexo....	48
Tabela 4. Número e porcentagem de participantes com stress em cada fase.	49
Tabela 5. Sintomas de stress físicos e psicológicos mais freqüentes na amostra.....	50
Tabela 6. Comparação dos dados obtidos no ISSL total e sintomas específicos (Teste do X^2).....	52
Tabela 7. Habilidades sociais mais freqüentemente pontuadas com a nota máxima (5) e mínima (1) no questionário de habilidades sociais.....	56
Tabela 8. Número de sintomas de stress e valor total do questionário de habilidades sociais de cada participante.....	58
Tabela 9. Escore Total dos participantes no questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.....	59
Tabela 10. Escore dos participantes na Categoria Interlocutor do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.....	60
Tabela 11. Escore dos participantes na Categoria Contexto do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.....	60
Tabela 12. Escore dos participantes na Categoria Habilidade Requerida do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.....	61
Tabela 13. Escore Total dos participantes no questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.....	61

Tabela 14. Escore dos participantes na Categoria Interlocutor do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.....	62
Tabela 15. Escore dos participantes na Categoria Contexto do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.....	62
Tabela 16. Escore dos participantes na Categoria Habilidade Requerida do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.....	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	88
Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	89
Anexo 2. Ficha de identificação do participante.....	92
Anexo 3. Questionário de habilidades sociais.....	94
Anexo 4. Texto sobre stress para participantes.....	98
Anexo 5. Texto sobre habilidades sociais para participantes.....	101

Grün, T.B. Stress e habilidades sociais em pacientes com câncer de laringe. Campinas/SP. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP. XIV + 103.

RESUMO

Cânceres de cabeça e pescoço são responsáveis por cerca de 5% dos novos casos de câncer. Pesquisas apontam que o stress prolongado pode contribuir para seu desenvolvimento e prejudicar o tratamento e a qualidade de vida do paciente. Relações sociais adequadas promovem melhores condições de saúde e moderam o stress. O objetivo do presente trabalho foi verificar a existência de stress e déficit em habilidades sociais em pacientes com câncer de laringe de um hospital de câncer em Curitiba. Participaram do estudo vinte e um pacientes. Os instrumentos utilizados foram ficha de identificação, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e questionário de habilidades sociais. Os resultados revelaram 12 participantes com stress. Resultados obtidos com o questionário de habilidades sociais não mostraram altas médias. Não foram verificadas associações estatísticas entre os valores referentes ao stress e às habilidades sociais. Os dados não apoiaram as hipóteses iniciais, uma vez que se esperava um maior número de participantes apresentando stress e déficit em habilidades sociais. Com relação ao stress da amostra, discutiram-se prováveis variáveis intervenientes, que talvez tenham contribuído para evitar que a doença se tornasse uma situação aversiva para esses pacientes até o momento da entrevista. Quanto às habilidades sociais, discutiu-se a adequação do instrumento utilizado para essa amostra. Sugere-se a replicação da presente pesquisa em amostras maiores e utilizando outro instrumento de avaliação das habilidades sociais. Conclui-se que os dados obtidos são de valia como ponto de partida para futuras pesquisas com amostras semelhantes.

Palavras-chave: câncer de laringe, stress, habilidades sociais.

Grün, T.B. Stress and social skills in patients with larynx cancer. Campinas/SP. Master's Degree Dissertation. Program of Pos Graduation in Psychology of Life Sciences Center. Pontifical Catholic University of Campinas – PUCCAMP. XIV + 103.

ABSTRACT

Head and Neck cancer are responsible for about 5% of the new cases of cancer. Surveys indicate that prolonged stress can contribute to its development and can damage patient's treatment and quality of life. Appropriate social relationships promote better health conditions and moderate stress. The purpose of this essay was to verify the existence of stress and deficit of social skills in patients suffering from larynx cancer in one of Curitiba's cancer hospital. Twenty and one patients took part on the study. The instruments used were identification form, Inventory of Symptoms of Stress for Adults of Lipp and questionnaire of social skills. The results revealed 12 participants with stress. Results gotten from social skills' questionnaire has showed high average. It was not verified statistics associations between stress and social skills values. The data did not support the initial hypothesis, since it was expected a higher number of participants with stress and deficit of social skills. Regarding the stress of the sample, a discussion is the probable intervening variables that might have helped to avoid the disease became an aversive situation for those patients until the time of the interview. As for social skills, a discussion is the adequacy of the instrument used for this sample. It is suggested replication of this research with larger samples and using another tool for evaluation of social skills. It was concluded that the data is valuable for a starting point for future researches with similar samples.

Key words: larynx cancer, stress and social skills.

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho é resultado de toda minha história pelos caminhos da Psicologia. O tema habilidades sociais tem sido de meu interesse desde o primeiro ano da faculdade, quando comecei a participar de um projeto de pesquisa com a Dra. Suzane Schmidlin Löhr na Universidade Federal do Paraná. Tratava-se de um projeto preventivo para o desenvolvimento de habilidades sociais em crianças pré-escolares de escolas públicas. Foi através desse projeto que dei meus primeiros passos no campo da ciência. Desde então, meu interesse por esse assunto só aumentou.

Já no final da faculdade fiz um curso de aperfeiçoamento em psicologia hospitalar com ênfase em oncologia num hospital que atende pacientes portadores de câncer em Curitiba, o mesmo que me abriu as portas para a pesquisa dessa dissertação de mestrado. Foi então que uma segunda paixão surgiu em minha vida: a Psiconcologia. Nesse curso tive a oportunidade de atender os pacientes do hospital, o que despertou em mim um profundo interesse em ajudá-los de alguma forma. Ao final dessa experiência percebi que vários pacientes pareciam apresentar déficit em habilidades sociais, o que resultou em uma pesquisa sobre esse tema em pacientes com câncer de estômago.

Junto a esse hospital ainda tive a oportunidade de desenvolver um grupo de fumantes para pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante um ano. Momento em que entrei em contato com algumas das enfermidades mais difíceis de serem enfrentadas por seres humanos.

Depois dessa caminhada eu já havia percebido que meus passos estavam definitivamente entrelaçados aos da ciência e decidi ingressar no mestrado. A Dra. Vera Lúcia Raposo Amaral foi quem inicialmente me acolheu, mas não pôde me orientar. Então tive o prazer de conhecer a Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, com quem compartilhei todas as dificuldades e alegrias dessa dissertação de mestrado. Com ela, além de me aperfeiçoar na arte de fazer ciência, aprendi a ser empreendedora sem perder de vista o ser humano e que grandes conquistas dependem mais de atitude do que de força. O tema stress tornou-se minha terceira paixão quando percebi sua amplitude, aplicabilidade e importância. Esse foi o terceiro elo desse triângulo amoroso: stress, habilidades sociais e câncer.

Ligar os temas foi a parte mais fácil! Sabendo que o apoio social é muito importante para o tratamento e sobrevivência dos pacientes com câncer, e sabendo que, em sentido contrário, o stress contribui para o desenvolvimento da doença e um pior prognóstico da mesma, a pergunta de pesquisa que surgiu foi: será que déficit em habilidades sociais – as quais são essenciais para a construção de relacionamentos estáveis e duradouros – estaria associado a maiores níveis de stress nesses pacientes?

Para responder essa pergunta, a presente dissertação inicia-se fazendo uma revisão bibliográfica sobre os temas envolvidos: câncer, câncer de laringe, câncer e fatores psicológicos, stress e habilidades sociais, bem como a inter-relação entre todos esses assuntos. Em seguida, estão descritos os objetivos da

pesquisa, o método para a execução da mesma e, então, os resultados alcançados, a discussão dos mesmos e a conclusão do trabalho.

Acredito que esses temas farão parte de minha história por muito tempo e espero que a importância de pesquisá-los juntos faça tanto sentido para os leitores desse trabalho quanto para mim. No momento em que formos capazes de melhorar os relacionamentos interpessoais dos pacientes com câncer e, com isso, moderar os efeitos prejudiciais do stress nos mesmos, teremos conseguido contribuir para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas num momento tão difícil de suas vidas.

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.994019 Grün, Taísa Borges.
G888s Stress e habilidades sociais em pacientes com câncer de laringe /
Taísa Borges Grün. - Campinas: PUC-Campinas, 2008.
103p.

Orientadora: Marilda Emmanuel Novaes Lipp.
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de
Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Câncer - Aspectos psicológicos. 2. Câncer - Diagnóstico.
3. Laringe - Doenças. 4. Câncer - Pacientes. 5. Stress (Psicologia).
6. Habilidades sociais. I. Lipp, Marilda Novaes. II. Pontifícia
Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da vida.
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed.CDD - t616.994019

INTRODUÇÃO

CÂNCER E CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O câncer, segunda causa de morte nos Estados Unidos, é um conjunto de mais de 100 doenças relacionadas, em que células anormais do corpo se multiplicam e se espalham de forma descontrolada, formando um tumor. Esses tumores podem ser benignos (não-cancerosos) ou malignos (cancerosos). Os tumores malignos consistem de células renegadas que não respondem aos controles genéticos do corpo quanto ao seu crescimento e divisão. Frequentemente essas células malignas têm a capacidade de migrar, atacar, invadir e destruir os tecidos circundantes – processo chamado de metástase – podendo levar à morte (Straub, 2005).

Foram estimados no mundo 5,3 milhões de novos casos de câncer entre os homens em 2000, o que significa um aumento de 1,5 milhão de casos incidentais diagnosticados em 1985. Quanto à mortalidade, houve 4,7 milhões de mortes por câncer entre os homens. Entre as mulheres, foram estimados 4,7 milhões de casos novos de câncer em 2000, um aumento de quase 1 milhão em comparação com a estimativa de 1995. Pode-se deduzir que o número de casos novos dobrou entre 1970 e 2000. Embora alguns desses aumentos possam ser devido à maior vigilância, pode haver um componente etiológico real nas tendências (Chang, Bondy & Gurney, 2006).

Na média mundial existe por volta de 10% de chance de se desenvolver um câncer antes dos 65 anos. A incidência e mortalidade são mais altas na

América do Norte, Austrália/ Nova Zelândia e Oeste da Europa e, mais baixas, em partes da África. Esse risco depende dos tipos de câncer. Por exemplo, no oeste da África, a incidência de quase todos os cânceres é baixa, exceto para câncer de colo do útero em mulheres e câncer de fígado em homens. Isso contrasta com o sul da África – onde existem altas taxas de câncer de pulmão e esôfago – e com o leste da África – onde há altas taxas de tumores relacionados à AIDS (Parkin, 2004).

As neoplasias são mais freqüentes nos muito jovens ou nos idosos, mas, em geral, a incidência de câncer aumenta com a idade. A incidência aproxima-se de 2.500 casos por 100.000 aos 85 anos de idade (Liu & Hobins, 2006).

No Brasil, em números absolutos, as neoplasias são a terceira causa de morte, precedidas por doenças do aparelho circulatório e causas externas. Representou 10,2% dos óbitos em 1990 e 10,9% dos óbitos em 1994. A ocorrência estimada de óbitos por neoplasias é de 107.950 por ano, em todo o território brasileiro, representando uma taxa específica de mortalidade de 80,2 por 100.000 homens e 67,1 por 100.000 mulheres (Kowalski & Nishimoto, 2000).

Sob a rubrica “câncer de cabeça e pescoço” está uma ampla variedade de neoplasias malignas que têm origem na mucosa do segmento aerodigestivo superior. O epitélio de revestimento do tubo aerodigestivo superior é responsável pela origem da maioria das neoplasias nessa região e, em particular, do carcinoma escamocelular, que é a forma mais comum. Porém as neoplasias também podem surgir a partir de outros tecidos, incluindo o conectivo (sarcomas ósseos e de tecidos moles), o linfóide (linfoma e plasmocitoma), a

pele (melanoma, carcinoma escamocelular e de células basais), e as glândulas salivares maiores (glândulas parótida, submandibular e sublingual) ou menores (Irish, O'Sullivan, Siu, & Lee; 2006).

Os cânceres de cabeça e pescoço são responsáveis por cerca de 5% de todos os novos casos de câncer diagnosticados. Trata-se de uma doença predominantemente de homens, mas o aumento do uso de tabaco pelas mulheres ao longo dos últimos 20 anos levou ao aumento da incidência entre essas (Irish et al., 2006).

O câncer de cabeça e pescoço é um problema grave no Brasil bem como em outros países. Nos Estados Unidos a incidência anual é aproximadamente 50.000 novos casos/ ano e um total de 500.000 são diagnosticados em todo o mundo. Infelizmente a maioria dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença (60% nos estágios III e IV) (Herchenhorn & Dias, 2004).

O câncer de laringe é um dos mais freqüentes a atingir a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área, sendo aproximadamente um terço na glote e dois terços na supraglote (Dias, Kligerman, Cervantes, Tavares, Carvalho e Freitas, 2001; INCA, 2008).

A prevalência de certos tipos de câncer varia de país para país, indicando o papel de fatores ambientais envolvidos no seu desenvolvimento (Liu & Hobins, 2006). As diferenças estatísticas sobre o câncer que ocorrem entre várias regiões do mundo refletem a geografia e as variações culturais; a variação entre

países desenvolvidos e em desenvolvimento; sociedades industrializadas e o Oeste dos EUA; o consumo do cigarro; etc. (Cole & Rodu, 2001).

A incidência do carcinoma oral está aumentando em várias partes do mundo e sua malignidade é maior em países em desenvolvimento, representando uma causa líder de morte. Esse tipo de câncer não tem recebido a mesma atenção que os cânceres mais prevalentes nos países desenvolvidos – pulmão, mama e cólon. A sobrevivência continua a ser pequena (50%) quando comparada ao progresso em diagnóstico e tratamento de outros tumores malignos (Mehrotra & Yadav, 2006).

Segundo Irish et al. (2006) duas regiões do mundo merecem um comentário especial. Na Índia encontra-se um terço de todos os cânceres com origem na região da cabeça e pescoço, principalmente na cavidade oral, devido ao costume de fumar cigarros “ao contrário” e mascar a noz de areca (betel). Já nas populações chinesas do sudeste asiático existe um risco maior para o carcinoma nasofaríngeo, sugerindo que tanto a predisposição genética quanto fatores ambientais são importantes.

Segundo Parkin (2004), os cânceres da cavidade oral somaram 267.000 casos no mundo em 2000, sendo quase dois terços dos casos em homens. A área mundial com maior incidência é a Melanésia (36,3 por 10^5 em homens e 23,6 por 10^5 em mulheres). As taxas em homens são maiores no oeste (12,5 por 10^5) e sul da Europa (9,2 por 10^5), sul da Ásia (13 por 10^5), sul da África (12,4 por 10^5) e Austrália/ Nova Zelândia (12,1 por 10^5). Em mulheres, a incidência é relativamente alta no sul da Ásia (8,6 por 10^5). Esses padrões refletem a

prevalência de fatores de risco específicos – tabaco e álcool no oeste e sul da Europa, e sul da África; mascar betel no sul da Ásia e na Melanésia. A alta taxa de câncer oral na Austrália é devida ao câncer de lábio (relacionado à radiação solar).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o carcinoma da cavidade oral em homens de países em desenvolvimento é o sexto mais comum, após pulmão, próstata, colo-retal, estômago e bexiga, enquanto nas mulheres é o décimo tipo de câncer mais comum, após mama, colo-retal, pulmão, estômago, útero, colo do útero, ovário, bexiga e fígado (Landis, Murray, Bolden & Wingo; 1999).

Quanto ao câncer de laringe, são diagnosticados 161.000 novos casos anualmente no mundo. É predominantemente um câncer de homens, afetando mais de 7 homens para cada mulher. O câncer de laringe compreende 2,7% dos casos de câncer em homens. As áreas de alto risco são Europa (leste, oeste e sul), sul da América e oeste da Ásia. No oeste da Ásia, esse câncer corresponde a mais de 5% dos cânceres em homens. Estima-se que dois terços de todos os casos em homens sejam causados pelo fumo do tabaco (Parkin, 2004).

Segundo Straub (2005), foram desenvolvidas várias teorias de como o câncer começa a se desenvolver no organismo. Elas compartilham a visão comum de que o câncer começa como resultado de um vírus – que explicam aproximadamente 15% de todos os cânceres humanos (Chang et al., 2006; Straub, 2005) – ou de uma mutação genética. Em determinados indivíduos, a

doença avança devido a fatores genéticos, comportamentais e/ou psicológicos que fazem com que as células anormais se multipliquem, formando um tumor.

No que diz respeito às mutações genéticas, Straub (2005) aponta duas linhas de evidência. Primeiramente, o câncer é uma propriedade herdada das células, ou seja, depois que as células cancerosas aparecem, todas as células-filha também o serão. Em segundo lugar, a maioria dos carcinogênicos – raios X, pesticida, fumaça do tabaco, substâncias químicas encontradas nos alimentos – também são mutagênicos. Segundo o autor, a exposição repetida de certas partes do corpo a carcinogênicos pode gerar mutações, bloqueando os genes supressores da divisão celular, permitindo a superprodução de fatores de crescimento a partir dos oncogenes e levando ao desenvolvimento de um tumor maligno.

Outra hipótese em voga sugere que apenas uma pequena, mas identificável, população de células de um tumor é responsável pela “auto-renovação” do câncer. Uma extensão dessa hipótese é que essas células de auto-renovação (*cancer stem cells* – CSC) são as mais parecidas com a célula de origem para determinado câncer. Baseado nessa hipótese, acredita-se que a célula de origem de um câncer seja a célula primitiva com a habilidade para suportar a divisão com alto grau de fidelidade e retenção das multipotencialidades (Merlino & Khanna, 2007; Vermeulen, Sprick, Kemper, Stassi & Medema, 2008).

Estudos epidemiológicos indicam que a maioria dos cânceres humanos ocorre em consequência da exposição a agentes ou fatores ambientais: dieta

(35%), tabaco (30%), comportamento reprodutivo e sexual (7%), infecção (10%), ocupação (4%), fatores geofísicos (3%), álcool (3%), poluição (2%), aditivos de alimentos (1%), medicamentos (1%), produtos industriais (1%) (Vulimiri & Digiovanni, 2006).

Os fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço são bem conhecidos, sendo o tabagismo e o consumo de álcool os mais importantes e estudados (Herchenhorn & Dias, 2004; Irish et al., 2006; Kowalski & Nishimoto, 2000; Mehrotra & Yadav, 2006; Straub, 2005;). Estima-se que esses fatores sejam responsáveis por 75% dos cânceres orais que são evitáveis. Outros fatores incluem dieta, imunodeficiência e infecções virais (Mehrotra & Yadav, 2006).

Muitos estudos têm demonstrado que o uso de tabaco causa a maioria dos cânceres de pulmão, orofaringe, laringe e esôfago nos EUA e, aproximadamente um terço de todos os cânceres de pâncreas, rim, bexiga e útero. Evidências mais recentes também associam o cigarro aos cânceres de estômago, fígado e do reto (Thun, Henley & Calle, 2002).

Segundo Dias, Kligerman, Cervantes, Tavares, Carvalho e Freitas (2001) o tabaco é considerado o fator etiológico mais importante no câncer de laringe. O risco para o desenvolvimento desse câncer é 14,3 vezes maior em indivíduos que fumam em comparação aos que não fumam.

Wu, Zhao, Suk e Christiani (2004) apontam que os cânceres relacionados ao tabagismo desenvolvem-se apenas em uma pequena parcela de indivíduos expostos à fumaça do cigarro, o que os fez levantar a hipótese de que fatores

genéticos podem tornar alguns fumantes mais suscetíveis ao câncer. O principal fator genético reconhecido clinicamente é a história familiar, mas os autores citam outros fatores, como falhas no mecanismo de reparação do DNA e outros mecanismos reguladores das células.

Evidências epidemiológicas de estudos de caso-controle indicaram que o histórico familiar de câncer (Straub, 2005) e de câncer de cabeça e pescoço é um fator de risco (Mehrotra & Yadav, 2006).

O consumo de álcool em excesso, especialmente entre os usuários de tabaco, é um importante risco para câncer de trato respiratório e digestório superiores. Dias, Kligerman, Cervantes, Tavares, Carvalho e Freitas (2001) apontam que o risco do desenvolvimento do câncer laríngeo é potencializado pela ação sinérgica do fumo e do álcool, aumentando o risco em cerca de 100%. Além disso, pessoas que abusam de álcool também podem sofrer de má nutrição e privação do sono, o que as torna expostas a outros patógenos (Chang et al., 2006; Straub, 2005). Entretanto, a influência do tipo de álcool consumido permanece incerta. Enxágüe bucal com mais de 25% de álcool e bebidas destiladas podem ter efeitos mais potentes do que outros tipos de álcool no desenvolvimento do câncer de boca e outros cânceres. Também permanece incerto se um consumo moderado aumenta o risco de câncer o suficiente para causar preocupação, uma vez que só o alto consumo seja claramente não recomendado (Chang et al., 2006).

Irish et al. (2006) apontam ainda que a alta prevalência do consumo de álcool e tabaco entre essa população de pacientes também está associada à

ameaça constante de desenvolver um segundo tumor primário no trato aerodigestivo superior e com uma miríade de doenças comórbidas. Ao passo que, modificações no estilo de vida depois do tratamento potencialmente curativo de um tumor primário podem levar à redução do risco de novos tumores. Em geral, a interrupção do consumo de álcool e tabaco ou da exposição à noz de areca na Índia pode interromper o processo carcinogênico multifásico, principalmente em indivíduos que nunca desenvolveram uma neoplasia.

Segundo Straub (2005), apenas a dieta se aproxima do tabaco como causa do câncer, contabilizando o mesmo número de mortes por ano. Segundo o autor, a dieta é um fator primário em um terço de todas as mortes por câncer, sendo que inúmeros fatores estão envolvidos como os tipos de alimentos ingeridos, a maneira como é preparada, o tamanho das porções, o equilíbrio da dieta e o balanço calórico total.

Ainda pouco se sabe sobre os mecanismos pelos quais determinados alimentos transmitem efeitos à saúde. De modo geral, os alimentos que devem ser evitados são as gorduras animais (saturadas) e a carne vermelha. Entre os alimentos saudáveis estão os vegetais, frutas e legumes (como feijões e ervilhas), carboidratos (como os grãos integrais) e gorduras não hidrogenadas (Chang et al., 2006; Straub, 2005).

A importância da dieta no carcinoma oral tem sido indicada em muitos estudos epidemiológicos. Frutas e vegetais (com vitaminas A e C) são descritas como protetoras para a neoplasia oral, enquanto carne e pimenta vermelha são

tidos como fatores de risco. Embora os micronutrientes individuais responsáveis não tenham sido formalmente identificados, vegetais e frutas que protegem contra o câncer oral são ricos em b-caroteno, vitamina C e vitamina E, com propriedades antioxidantes. O ferro também parece exercer um papel de proteção para o desenvolvimento desse carcinoma (Irish et al., 2006; Mehrotra & Yadav, 2006).

Recentemente, a importância de novos fatores de risco como o vírus Epstein-Barr e o papiloma vírus humano têm recebido maior atenção, especialmente no que diz respeito aos carcinomas nasofaríngeo e laríngeo, respectivamente (Chang et al., 2006; Herchenhorn & Dias, 2004; Irish et al., 2006). O fungo da cândida também pode induzir a proliferação epitelial e produzir substâncias carcinogênicas (Mehrotra & Yadav, 2006).

No que diz respeito ao câncer de laringe, além do papiloma vírus humano, as hipovitaminoses e o refluxo gastro-esofageano também são fatores etiológicos associados ao seu desenvolvimento (Dias, Kligerman, Cervantes, Tavares, Carvalho & Freitas, 2001).

Estudos brasileiros encontraram resultados na mesma direção. Em Ribeirão Preto foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o carcinoma epidermóide de terço médio do esôfago e o alcoolismo (Jozala, Infante, Marchini & Okano; 1983). No Rio Grande do Sul, Dietz, Pardo, Furtado, Harzheim e Furtado (1998) encontraram que o fumo, álcool, mate, agricultores e antecedentes de pai com câncer foram significativamente mais freqüentes entre os casos de câncer de esôfago em relação aos controles. E em Araçatuba

encontrou-se maior incidência de câncer de laringe entre fumantes, indivíduos brancos entre 50 e 60 anos, bem como um maior risco para esse tipo de câncer foi associado a baixos status socioeconômico, rendimento, nível educacional e a uma dieta pobre (Goiato & Fernandes, 2005).

Outro estudo brasileiro identificou o perfil de pacientes acometidos por câncer de laringe atendidos no Centro de Oncologia Bucal da UNESP (Goiato, Fernandes, Santos & Conrado Neto, 2006). Foram atendidos 88 casos de câncer de laringe entre 1991 e 2003, dos quais 80 foram identificados em homens. O maior número de casos de câncer de laringe ocorreu em região glótica e necessitou de intervenção cirúrgica (laringectomia parcial ou total). A frequência de câncer de laringe foi mais alta em fumantes e foi mais comum em idade entre 50 e 69 anos. O tratamento fonoaudiológico e a utilização de prótese estética ainda ficaram restritos a menor porcentagem dos pacientes.

No que diz respeito ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço, estudos incluindo radioterapia e quimioterapia têm sido sujeitos a muitos problemas técnicos. A dificuldade é atribuída, ao menos em parte, aos problemas relatados pelos pacientes, tais como comorbidades (devido em parte ao tabagismo e consumo de álcool), estágio avançado da doença no diagnóstico e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar incluindo cirurgia, oncologia médica, radioterapia, nutrição e patologia da fala (Herchenhorn & Dias, 2004).

Para o tratamento de câncer de laringe são indicados procedimentos cirúrgicos, como laringectomias parciais ou totais, radioterapia e quimioterapia,

de acordo com a localização e estadiamento da doença (Dias, Kligerman, Cervantes, Tavares, Carvalho & Freitas, 2001).

CÂNCER E FATORES PSICOLÓGICOS

O possível papel dos fatores psicológicos no risco do câncer e sobrevida tem recebido considerável atenção nos últimos trinta anos (Garssen, 2004). Muito deste interesse deriva de algumas hipóteses largamente difundidas. A primeira hipótese diz respeito à existência de uma base biológica comum, a qual determina ambas personalidade e resposta psicológica ao estresse, bem como o risco para o desenvolvimento do câncer. A segunda hipótese é aquela que afirma que a personalidade predispõe a certos comportamentos e expõe a fatores de estilo de vida, como fumar e certos padrões de alimentação, os quais influenciam o risco para o câncer. Outra possibilidade de explicação é aquela em que fatores psicológicos podem prejudicar a função imune, a qual poderia predispor o organismo ao início e progressão de uma neoplasia (Dalton, Boesen, Ross, Schapiro & Johansen, 2001; Schapiro, Nielsen, Jorgensen, Boesen & Johansen, 2002).

Assim, surgiram diversos estudos com o objetivo de verificar estas hipóteses. Algumas pesquisas têm sido feitas no sentido de verificar se algumas características da personalidade estão mais associadas ao risco para o câncer (ex., Hansen, Floderus, Frederiksen & Johansen, 2005; Nakaya et al., 2003; Schapiro et al., 2001; Schapiro et al., 2002; Watson & Greer, 1998). Outras pesquisas buscaram verificar relações entre papéis sociais e câncer (Helgson,

Cohen e Fritz, 1998), fatores psicossociais e câncer (Fox, 1998; Holland, 1990), e psiconeuroimunologia e câncer (Bovbjerg & Valdimarsdottir, 1998). Finalmente, existem pesquisas com o objetivo de fazer um levantamento sobre os estudos realizados nestas áreas, bem como sobre os resultados encontrados (Dalton et al., 2001; Garssen, 2004).

Quando se fala dos aspectos da personalidade de pacientes com câncer é importante mencionar o trabalho clássico de Temoshok (apud Carvalho, 2003). Estudando pacientes portadores de melanoma, ela propôs o padrão de comportamento tipo C. Temoshok percebeu que se tratava de indivíduos que aparentemente não tinham crises de raiva, eram relaxados e não competitivos. Na verdade, sob essa fachada, existiam raiva e ansiedade não expressas, bem como um profundo sentimento de desesperança. Nesse sentido, Straub (2005) relata que alguns estudos levaram os pesquisadores a supor que indivíduos propensos a ter câncer sejam mais passivos, obedientes, não reclamam e têm dificuldade para expressar suas emoções. Outros estudos apontam a relação entre supressão/negação de emoções e imunocompetência reduzida, bem como entre depressão e aparecimento/progressão do câncer. Na mesma linha, Eysenck (1995) aponta para o fato de que pessoas propensas ao câncer suprimem emoções como medo e raiva; têm reações inapropriadas e ineficazes a circunstâncias estressantes, lidando com sentimentos como desesperança e depressão.

Na mesma linha, pesquisa recente focou nas relações entre fatores de personalidade, estilos de enfrentamento, necessidades de informação,

representação da doença e resultados em um modelo de estudo longitudinal em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (Llewellyn, McGurk & Weinman, 2007). Os resultados mostraram que crenças sobre a cronicidade da doença foram preditivas de depressão após o tratamento.

Temoshok (apud Carvalho, 2003) afirmou que indivíduos com esse padrão de comportamento tipo C desenvolvem um manejo de vida que envolve a supressão de sentimentos e de necessidades biológicas, o que afeta a homeostase que estabelecem com o meio ambiente. Enquanto não existem situações estressantes, o equilíbrio precário é mantido. No entanto, muitas vezes há um severo comprometimento biológico como deficiência de regulação homeostática com conseqüente diminuição das funções celulares, entre elas os macrófagos, imunoglobulinas, células Natural Killer (NK) e outras alterações do sistema imunológico.

Eysenck (1995) comentou um estudo em que foram seguidos grupos de estudantes durante quarenta anos. Encontrou-se que as pessoas que suprimiam suas emoções eram 16 vezes mais propensas ao câncer quando comparadas aos que expressavam suas emoções. Além disso, encontrou-se que os fatores psicológicos são aproximadamente 8 vezes tão preditivos para o câncer e doenças cardíacas quanto o tabagismo. Eysenck (1995) critica esse estudo por assumir independência entre os fatores personalidade e tabagismo, uma vez que as evidências apontam para uma forte interação entre eles, e entre fatores genéticos, personalidade e tabagismo.

Outro estudo em que os participantes responderam um questionário de 105 questões sobre auto-regulação foi citado por Eysenck (1995). Esse termo denota uma pessoa que não é governada por suas emoções, tem autonomia de outras pessoas e é funcional em seu comportamento (Eysenck, 1995). Esse questionário provou sua validade em prever mortalidade para câncer e doenças cardíacas. Foi administrado em 3108 homens e 2608 mulheres, nenhum dos quais sofria de alguma doença séria. Após 15 anos, os resultados apontaram que a mortalidade estava relacionada a baixos índices de auto-regulação.

Em um terceiro estudo citado por Eysenck (1995), o questionário de auto-regulação foi administrado a 662 pacientes com câncer, alguns dos quais aceitaram e outros recusaram a oferta de cirurgia, quimioterapia ou radioterapia. Os membros de cada grupo foram divididos em altos e baixos índices de auto-regulação. Foram tomados cuidados para o pareamento das amostras com base em idade, sexo diagnóstico e tratamento. Os resultados apontaram pouca diferença no tempo de sobrevivência entre os que aceitaram e recusaram o tratamento (5,7 e 5,1 anos; respectivamente). Em ambos os grupos o tempo de sobrevivência foi maior para aqueles indivíduos com altos índices de auto-regulação quando comparados aos de baixos índices de auto-regulação (entre 3,7 e 13,8; entre 2,9 e 6,6; respectivamente) (Eysenck, 1995).

Em outro sentido, estudos têm mostrado a modificação de atitudes de vida de pacientes após o tratamento do câncer. Estudo recente explorou as atitudes de vida em pacientes após o tratamento de carcinoma nasofaríngeo

(Chou, Liaw, Yu & Tang, 2007). Os sujeitos foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram gravadas e então transcritas. Quatro temas emergiram desse estudo e revelaram que os pacientes de carcinoma nasofaríngeo podem (1) construir sua confiança para sobreviver e aprender a abraçar a vida, (2) desenvolver um novo amor por si e por outros, (3) reinterpretar suas atitudes sobre o sofrimento e a morte e (4) alcançar um significado de vida transcendendo seu eu. Os resultados desse estudo revelaram que durante o tratamento os pacientes aprenderam a enriquecer seus valores sobre a vida através da construção da fé para sobreviver, para adaptar suas atitudes de vida em resposta ao impacto da doença, a reinterpretar a morte através do sofrimento no tratamento, a transcender o seu eu e desenvolver altruísmo. Segundo os autores, esses achados apontam a necessidade de estabelecer grupos de apoio em hospitais para efetivamente ajudar pacientes com carcinoma nasofaríngeo durante o tratamento.

Os avanços recentes em psiconeuroimunologia permitiram aos pesquisadores prestar mais atenção nessa relação entre os fatores psicológicos e o câncer, em particular, no papel do stress. Segundo Straub (2005), quando o sistema imunológico é saturado pelo número de células cancerosas ou enfraquecido pelo stress ou por algum outro fator, o sistema de vigilância de células anormais é suprimido e o câncer pode se desenvolver.

O stress prolongado também pode promover o câncer limitando a capacidade do corpo de reparar erros que ocorrem durante a divisão celular. Caso o DNA não seja replicado de forma precisa a cada divisão celular, o preço

a pagar pode ser a malignidade e até a morte. Quando o sistema de reparo – que revisa cada replicação e corrige qualquer erro detectado nesse processo – é impedido de funcionar por diversos fatores, um dos quais é o stress persistente ou extremo, as pessoas ficam suscetíveis a uma série de doenças, incluindo o câncer (Straub, 2005).

Eysenck (1995) citou um estudo em que as amostras em questão foram seguidas por 10 anos. Um dos grupos foi chamado “normal” (numa seleção de base randômica) e o outro grupo de “estressado” (sendo apontados por amigos e familiares). Claramente o grupo “estressado” apresentou taxa de mortalidade mais alta.

Embora haja uma quantidade crescente de evidências de que o stress desencadeia mudanças imunológicas, os pesquisadores ainda não sabem exatamente em que ponto essas mudanças aumentam a suscetibilidade à doença. Quando a doença atinge a pessoa estressada é possível que outros fatores estejam envolvidos como idade, história familiar, um sistema imunológico já comprometido, interagindo com o stress para determinar o efeito sobre a saúde (Straub, 2005).

Eysenck (1995) ainda citou estudos de intervenção usando métodos de terapia comportamental e manejo do stress de forma saudável, os quais têm apresentado sucesso individualmente ou em grupo.

Finalmente é importante ressaltar que apesar da quantidade de estudos na área, as evidências quanto ao papel dos fatores psicológicos no surgimento e progressão do câncer ainda não são muito claras. A maior parte dos estudos

realizados apresenta problemas metodológicos, nem sempre sendo replicados com sucesso, o que compromete os resultados alcançados (Dalton et al., 2001; Garssen, 2004; Hansen et al., 2005; Straub, 2005).

STRESS

Walter Cannon (1929, apud McKay, Rogers & McKay, 2001) documentou pela primeira vez as reações fisiológicas de diferentes órgãos em todo tipo de stress. Em experimentos com animais ele viu as mesmas anormalidades características nos órgãos de todos, independentemente do tipo de stress ao qual tivessem sido submetidos (dor, ansiedade, calor, fome intensa etc.). Hans Selye (1936, apud McKay et al., 2001) chamou esse padrão de anormalidades orgânicas de “síndrome do stress”. Segundo esse autor, a reação de stress é altamente adaptativa numa emergência, mas ele demonstrou que se o sistema de alarme do corpo fica ligado em estado crônico, um grave comprometimento orgânico será inevitável.

Lipp (2003) define o “stress como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer face a algo que ameace sua homeostase interna” (pág.18). Essa reação pode acontecer frente a situações negativas – p. ex. algo que irrite, amedronte, excite confunda, cause dor, fome, frio, calor excessivo – ou positivas – p. ex. algo que faça imensamente feliz.

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003) definem a resposta ao stress como resultado da discrepância que ocorre na interação entre as características

da pessoa e as demandas do meio, bem como da percepção do indivíduo de sua capacidade de resposta. Segundo os autores, essa resposta envolve aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, ativados para melhorar a percepção da situação e de suas demandas, processar mais rapidamente a informação disponível, possibilitar a busca de soluções, selecionar condutas adequadas e preparar o organismo para agir de maneira rápida e vigorosa. A ativação desses três níveis é eficaz até certo limite, mas quando ultrapassado, gera um efeito desorganizador.

Quanto aos aspectos cognitivos da resposta ao stress, sabe-se que a mesma depende de como o indivíduo filtra, processa e avalia as situações. Esta avaliação determina a forma de responder ao evento estressante e como o indivíduo será afetado pelo stress. Quanto às respostas comportamentais frente à situação de stress, existem três possibilidades básicas: enfrentamento, evitação ou passividade, as quais dependem da história de aprendizagem anterior do indivíduo. Já as respostas fisiológicas têm suas raízes nas reações de defesa dos animais, que ocorrem em resposta aos perigos encontrados em seu meio ambiente (Margis et al.; 2003).

Segundo Hans Selye (apud Lambert & Kinsley, 2006; Lipp, 1996; Lipp 2003), o stress envolve uma série de sintomas que o indivíduo apresenta quando submetido a situações que exijam uma importante adaptação do organismo para enfrentá-las e se divide em três fases: alerta, quando o indivíduo entra em contato com sua fonte de stress e ocorre a perda da homeostase; resistência, quando o indivíduo tenta se recuperar do desequilíbrio sofrido na

primeira fase, gerando desgaste; exaustão, quando o indivíduo não consegue retomar a homeostase, os sintomas aparecem agravados, há um maior comprometimento físico em forma de doenças.

Em 2003, Lipp apontou a existência de uma quarta fase do stress, a fase de quase-exaustão. Nessa fase, embora a pessoa apresente desgaste e outros sintomas, ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade até certo ponto, porém, os problemas não são tão graves quanto em exaustão. Essa quarta fase veio ao encontro da dificuldade encontrada na classificação da fase de resistência, proposta por Selye, que era muito extensa e apresentava momentos distintos.

Lipp (1996, 2007) aponta que as fontes de stress podem ser externas (p. ex. situações do cotidiano e pessoas que convivemos no dia-a-dia) ou internas (p. ex. vulnerabilidade biológica, características pessoais, valores, crenças e formas de interpretar situações). Além disso, o stress pode ser gerado por situações negativas (p. ex. morte do cônjuge, divórcio, perda de emprego, doença etc.) ou positivas (mudar para uma casa nova, ganhar na loteria, casar etc.), em qualquer experiência que envolva mudança e gasto de energia superior à disponível pelo organismo (Lipp, 2007).

Margis et al. (2003) classificam as situações provocadoras de stress em: eventos de vida estressores (*life-events*), acontecimentos diários menores e situações de tensão crônica. Os eventos de vida estressores são diferenciados em dependentes (dependem do comportamento do sujeito, o qual gera situações desfavoráveis para si mesmo) e independentes (estão fora do controle

do sujeito, são inevitáveis, p. ex. a morte de um ente querido). Os acontecimentos diários menores são definidos como situações cotidianas geradoras de stress – perder coisas, esperar em filas, ouvir o despertador ou o barulho de vizinhos etc. As situações de tensão crônica geram estresse relativamente intenso e persistem ao longo do tempo – p. ex. relacionamento conjugal perturbado.

Na inter-relação desses fatores Lipp (2004) postula ainda a teoria dos “temas de vida”, em que ela sugere que algumas pessoas mais vulneráveis ao stress parecem apresentar sempre as mesmas fontes de stress em suas vidas. Esses “temas de vida” interagem com as fontes externas de stress para determinar o nível de tensão experimentado e, quanto mais compatíveis eles forem, maior o stress experimentado. Pode-se citar como exemplo um homem que se relaciona repetidamente com mulheres que o traem ou uma pessoa que se relaciona freqüentemente com figuras de autoridade que a agriem.

Atualmente sabe-se que existem grandes diferenças individuais na forma de responder ao stress. Lambert e Kinsley (2006) apontam como o envolvimento parental, o envelhecimento, as diferenças sexuais e o desenvolvimento explicam as diferentes respostas comportamentais ao stress.

Diferentes situações estressoras ocorrem ao longo dos anos para todas as pessoas, mas as respostas a elas variam individualmente, podendo ocorrer manifestações psicopatológicas como sintomas de depressão e ansiedade ou transtornos psiquiátricos como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Margis et al., 2003).

Entretanto, apesar das diferenças individuais, pesquisas recentes têm mostrado algumas causas comuns de stress na vida adulta: (a) fontes internas de stress – ansiedade, pessimismo, pensamentos disfuncionais, padrão de comportamento caracterizado pela pressa, competição e hostilidade, medo, solidão – (b) fontes externas de stress – condições ambientais e sociais, ocupação profissional exercida (Lipp, 2007). Entre os estressores envolvidos com a ocupação profissional Lipp (2007) aponta que existem estressores relacionados à empresa, relacionados ao próprio modo de ser do trabalhador e relacionados aos colegas. Quanto ao adulto mais velho, a autora aponta como fonte de stress a adaptação necessária após a aposentadoria, uma vez que a longevidade humana aumentou e vivemos em uma sociedade que preza o sucesso, a competição e o prestígio profissional.

O stress pode ser um dos maiores fatores de risco para a vida e para a qualidade de viver. A pessoa estressada não se sente bem, não consegue trabalhar de acordo com seu potencial, não se relaciona adequadamente com os outros, não tem a motivação necessária para alcançar seus objetivos, corre um grande risco de adoecer e pode morrer antes da hora (Lipp, 1996, 2007).

De início o corpo dá sinais de que algo está errado e aparecem sintomas como azia, tensão muscular, irritabilidade excessiva, resfriados, pequenos problemas de pele, queda de cabelos, sensação de cansaço ao acordar, dificuldades com a memória etc. Se a condição geradora de stress persistir, doenças podem aparecer (Lipp, 2007).

As conseqüências do stress excessivo podem ser, entre outras, gastrite (mais tarde, úlcera), problemas de pele (herpes, dermatite, urticária, psoríase e vitiligo), hipertensão arterial, envelhecimento precoce, ansiedade, depressão, dificuldades sexuais (Lipp, 1996, 2007).

Lipp (2007) aponta a importância de lembrar que o stress não “causa” essas doenças, mas propicia o seu desenvolvimento por enfraquecer o organismo e reduzir sua resistência.

Quando a resposta ao stress não pode ser eliminada, o sistema imune é afetado, o que leva à maior vulnerabilidade a doenças (Lambert & Kinsley, 2006; Pinho Jr., 2003). Pinho Jr. (2003) afirma que isso demonstra que há interação entre o sistema nervoso e o sistema imunológico. Além disso, o autor coloca que o sistema imunológico trabalha em conjunto com os sistemas endócrino e neurológico nas funções regulatórias do organismo e no controle frente a estímulos internos e externos. Assim, percebe-se que o stress afeta todas essas funções, alterando o funcionamento do organismo.

Demonstrou-se que os eventos estressantes – excesso de exercício físico, provas, divórcio, perda de um ente querido, cuidar de um parente em estado terminal, catástrofes ambientais, desemprego e stress ocupacional, por exemplo – afetam o funcionamento imunológico. Os humanos mostraram uma redução na atividade das células imunológicas fundamentais quando confrontam estressores crônicos (Straub, 2005).

Segundo Pinho Jr. (2003) um dos principais efeitos do stress é a redução da quantidade e qualidade do sono (NREM), momento em que ocorrem a

restauração do sistema imune e aumento da produção de interleucinas. Segundo o autor, a perda do sono fisiológico tem efeitos nos linfócitos e diminui a produção de citocinas e endorfinas estimuladoras e reguladoras, essenciais no combate de infecções e restauração da homeostase.

Segundo Straub (2005) os relacionamentos estressantes também podem ter um custo para o funcionamento imunológico. Em estudo citado por esse autor, mulheres e homens que haviam se separado recentemente apresentaram porcentagens mais baixas de células imunológicas do que um grupo de pessoas casadas usado como comparação. Em outro estudo entre pessoas casadas, foi estabelecida uma relação entre conflitos conjugais crônicos, níveis de perturbação mais altos e respostas mais fracas de anticorpos. O autor ainda aponta que mesmo relacionamentos carinhosos podem tornar-se estressantes e afetar o sistema imunológico, como quando alguém é cuidador de uma pessoa idosa ou parente doente em longo prazo (Straub, 2005).

Quando se fala de câncer parece haver pelo menos dois momentos em que existe a importância do estudo e controle do stress: (1) antes do seu aparecimento, quando o stress está envolvido com a baixa na imunidade e o surgimento de células malignas (Straub, 2005) e (2) após o diagnóstico do mesmo, momento em que o aparecimento do stress é freqüente e pode atrapalhar o tratamento (Andersen et al., 1998) e a qualidade de vida do paciente (Bower, Ganz & Aziz, 2005; Marques, 2004).

Com relação ao desenvolvimento e evolução do câncer, estudos apresentam evidências de que fatores psicossociais provavelmente exercem um

papel importante. Neste sentido, eventos de vida estressores estão sendo correlacionados a decréscimos nas medidas das funções da imunidade em humanos (Bovbjerg & Valdimarsdottir, 1998).

Andersen, Kiecolt-Glaser e Glaser (1994) apresentaram um modelo biocomportamental de ajustamento aos estressores gerados pelo câncer e propõem mecanismos através dos quais as repostas psicológicas e comportamentais influenciam os processos biológicos e, talvez, a saúde. Segundo esse modelo – baseado em pesquisas anteriores – o câncer é um evento gerador de stress e, como tal, afeta a imunidade e interfere nos comportamentos de saúde e adesão ao tratamento. Da mesma forma, esses comportamentos quando inadequados podem interferir na imunidade e, conseqüentemente, no desenvolvimento da doença.

Atualmente fala-se que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde. No que diz respeito ao estado civil, pesquisas demonstram que pessoas casadas têm melhor saúde que outras com outros estados civis (Cockerham, 1991). Além disso, estudos têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o stress em pessoas que experienciam problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras (Silverstein & Bengston, 1994).

Finalmente é importante ressaltar que não é possível ou desejável evitar o stress completamente. Ele é um mecanismo de defesa muito útil para qualquer organismo. Além disso, o ser humano necessita de adrenalina e das reações geradas pelo stress, em doses moderadas, para se sentir revigorado, motivado e

competente. Para alcançar esse equilíbrio é essencial que se aprenda estratégias de manejo para evitar seus efeitos negativos. Entre essas estratégias estão a modificação da percepção dos acontecimentos e aquisição de hábitos de vida mais saudáveis (Lipp, 2007).

HABILIDADES SOCIAIS

O estudo científico e sistemático do tema “habilidade sociais” tem três fontes principais. A primeira ou a mais importante contribuição veio de Salter e seu trabalho *Conditioned reflex therapy*, influenciado por Pavlov sobre a atividade nervosa superior. Em seguida Wolpe foi o primeiro autor a empregar o termo “assertivo”. A terceira fonte é proveniente de Albert e Emmons e seu livro *Your perfect right*, o primeiro dedicado exclusivamente ao tema da “assertividade” (Caballo, 2003).

As habilidades sociais “correspondem a um universo mais abrangente das relações interpessoais e se estendem para além da assertividade, incluindo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação e aquelas próprias dos rituais sociais estabelecidos pela subcultura geral” (Z. Del Prette & A. Del Prette; 1999). As habilidades sociais têm sido relacionadas à melhor qualidade de vida, a relações interpessoais mais gratificantes e a maior realização pessoal (Caballo, 1987, 1991; Collins, J. & Collins, M., 1992).

Caballo (2003) ressalta a importância de não haver um “critério” absoluto de habilidade social, já que não pode haver uma maneira correta de se

comportar que seja universal, mas uma série de enfoques diferentes que podem variar de acordo com o indivíduo.

Caballo (1986, 2003, p. 13) apresenta outra definição de comportamento socialmente hábil baseada no conteúdo e conseqüências do mesmo:

O comportamento socialmente hábil é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

Assim, Caballo (1986, 2003) define comportamento socialmente hábil em termos da eficácia de sua função em uma situação, em vez de em termos de sua topografia.

Já o conceito de competência social é um constructo avaliativo e supõe critérios para a atribuição de funcionalidade, imediata e em longo prazo, do desempenho social. Diz respeito à capacidade do indivíduo, auto-avaliada ou avaliada por outros, em apresentar um desempenho que garanta simultaneamente: (1) alcançar os objetivos de uma situação interpessoal; (2) a manutenção ou melhoria de sua relação com o interlocutor; (3) a manutenção ou melhoria da auto-estima; (4) a manutenção ou ampliação dos direitos humanos socialmente estabelecidos. Assim, o conceito de competência social destaca a

capacidade de o indivíduo expressar-se honestamente, defender seus direitos, atingir objetivos próprios e de outrem, maximizando as conseqüências positivas e com perda mínima de reforçadores (Del Prette & Del Prette, 1999).

Existem três dimensões importantes para a análise das habilidades sociais e da competência social: a pessoal, a situacional e a cultural. As três se interrelacionam e estão sempre presentes nas interações sociais (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 1999). A dimensão pessoal é constituída pelo repertório do indivíduo em seus aspectos comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos, e inclui características demográficas. A dimensão situacional inclui os objetivos e a estrutura dos objetivos ou propósitos; as regras sociais e as normas explícitas e implícitas; os papéis formais e informais; o repertório de elementos necessários para atingir os objetivos; as seqüências de interação razoavelmente padronizadas para a consecução de objetivos ou realização da atividade; os conceitos compartilhados naquele ambiente; o contexto físico da ação. A dimensão situacional ainda depende dos interlocutores e das demandas da situação. Já a dimensão cultural envolve mais amplamente as normas, valores e regras de uma cultura específica (Del Prette & Del Prette; 1999).

Del Prette e Del Prette (2001a, 2001b) propõem uma organização das principais classes e subclasses de habilidades sociais. Além da reação assertiva de enfrentamento, que é definida como “o exercício dos próprios direitos e a expressão de qualquer sentimento, com controle da ansiedade e sem ferir os direitos do outro (...), podendo, portanto, ser caracterizada como reação de enfrentamento” (Del Prette & Del Prette, 2001a, pp. 12 e 13); os autores referem

ainda outras habilidades. As habilidades sociais de comunicação estão relacionadas a fazer e responder a perguntas, pedir feedback, gratificar/elogiar, dar feedback, iniciar, manter e encerrar conversação; as habilidades sociais de civilidade são referentes a dizer por favor, agradecer, apresentar-se, cumprimentar, despedir-se; habilidades sociais assertivas, direito e cidadania, que dizem respeito a manifestar opinião, concordar, discordar, fazer, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se, admitir falhas, interagir com autoridade, estabelecer relacionamento afetivo e/ou sexual, encerrar relacionamento, expressar raiva/desagrado, pedir mudança de comportamento e lidar com críticas; habilidades sociais empáticas, que envolvem parafrasear, refletir sentimentos, expressar apoio; habilidades sociais de trabalho, subdivididas em coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos, habilidades sociais educativas; e habilidades sociais de sentimento positivo, relacionadas a fazer amizade, expressar solidariedade, cultivar o amor.

Há uma preocupação sobre as conseqüências no desenvolvimento dos indivíduos com déficits em habilidades sociais em idades formativas da vida, reconhecendo que isso pode afetar fases posteriores do ciclo vital. O desenvolvimento social inicia-se no nascimento e vai se tornando gradativamente mais elaborado na infância. Há indícios de que esse período é crítico para o desenvolvimento de habilidades sociais, que muitas vezes ocorre através da modelação – as crianças observam os comportamentos dos pais e passam a imitá-los – ou modelagem – os pais reagem diferentemente às

manifestações das habilidades dos filhos e fornecem instruções específicas para isso (Del Prette & Del Prette, 1999).

Caballo (2003) aponta que as primeiras experiências de aprendizagem podem interagir com as predisposições biológicas para determinar certos padrões relativamente consistentes de funcionamento social em pelo menos alguns jovens e em parte significativa de sua infância.

Diferentes contextos contribuem para a aprendizagem de desempenhos sociais, os quais dependem de um repertório de habilidades sociais, uma vez que geram demandas diferentes e o exercício de leitura do ambiente (Löhr & Grün, 2004). Segundo Del Prette e Del Prette (2001b), a identificação ou decodificação das demandas para um desempenho social depende da leitura crítica do ambiente social.

Os micro-sistemas – família, escola e amigos próximos – representam os contextos mais básicos e nucleares da interação organismo-ambiente. A família é o primeiro grupo social de uma criança, lugar no qual ela inicia o aprendizado da convivência social, suas regras e papéis. Desde o nascimento, a criança expressa emoções e emite comportamentos que são gradativamente modelados por seus pais (Del Prette & Del Prette, 2001; Novak, 1996). As práticas e valores parentais, bem como o *background* cultural e socioeconômico são fatores importantes para a competência social da criança. Nesse contexto os irmãos são interlocutores que vivenciam diferentes papéis, possibilitando à criança vivenciar relações e comportamentos variados (Del Prette & Del Prette, 1999).

Na adolescência, pais, professores e outros significantes esperam que os comportamentos sociais sejam mais elaborados. Problemas como timidez, ansiedade heterossexual, dificuldades na solução de problemas sociais, assertividade são comuns nessa fase da vida. Na vida adulta, mais uma vez, novas habilidades sociais são requeridas – tarefas em grupo, liderança, habilidades sexuais, constituição de uma nova família, contato com grupos culturais diferentes no campo profissional e de lazer etc. (Del Prette & Del Prette, 1999).

Já na terceira idade, pesquisa recente realizada por Carneiro e Falcone (2004) apontou dificuldades em oito situações sociais, nas quais os idosos têm dificuldade de se comportar de forma socialmente habilidosa, são elas: fazer pedido com conflito de interesses; fazer pedido de mudança de comportamento; recusar pedidos; responder a críticas; convidar alguém para um encontro; conversar com uma pessoa que está revelando um problema; cobrar dívidas; lidar com pessoas com atitudes grosseiras. A pesquisa também apontou aquelas situações nas quais a maioria dos idosos apresentou facilidade de desempenho: iniciar conversação; encerrar conversação; fazer pedido sem conflito de interesses; expressar afeto; fazer elogios; receber elogios. As autoras sugerem o desenvolvimento de programas de treinamento de habilidades sociais para essa faixa etária como uma forma de aumentar a capacidade do idoso em conquistar e manter apoio social, para então melhorar sua qualidade de vida.

O desenvolvimento de habilidades sociais ao longo das fases da vida, as quais passam a apresentar contextos mais abrangentes e complexos

gradativamente, demonstram claramente que a aquisição de comportamentos sociais envolve um processo de aprendizagem durante toda a vida (Del Prette & Del Prette, 1999).

Assim, é provável que, na maioria das pessoas, o desenvolvimento de habilidades sociais dependa da maturidade e experiências de aprendizagem. Quanto mais experiência tem um indivíduo em uma situação, mais seu comportamento social dependerá do que tenha aprendido a fazer nessa situação e menor será a contribuição aparente do temperamento (Caballo, 2003).

Del Prette e Del Prette (2001a) apontaram que pesquisas realizadas no campo de treinamento em habilidades sociais indicam que pessoas socialmente competentes apresentam relações pessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras, além de melhor saúde física e mental. Por outro lado, déficits em habilidades sociais estão associados a dificuldades e conflitos nas relações interpessoais, a uma pior qualidade de vida e a diversos transtornos psicológicos como a timidez, o isolamento social, a delinqüência juvenil, o desajustamento escolar, o suicídio e os problemas conjugais, bem como síndromes como depressão, pânico social e esquizofrenia (Del Prette & Del Prette, 2001a).

Pesquisa recente investigou o repertório de habilidades sociais em pacientes com câncer de estômago, utilizando o Inventário de Habilidades Sociais (Dell Prette & Del Prette, 2001). Os resultados apontaram déficits em habilidades sociais principalmente em homens. As análises estatísticas verificaram que os pacientes com mais tempo de escolaridade apresentaram um

escore total maior do que os com menos tempo. O estudo levantou a hipótese de que esse resultado podia estar associado ao fato do IHS ser indicado para pessoas com escolaridade mínima de 2º grau, o que talvez tenha dificultado a compreensão dos participantes de escolaridade mais baixa nas questões referentes a este fator (Grün, 2006).

Z. Del Prette e A. Del Prette (1999) identificam quatro conjuntos de explicações para os déficits e dificuldades interpessoais: (1) os modelos de aprendizagem social e operante da assertividade explicam as dificuldades interpessoais em termos dos déficits de habilidades no repertório do indivíduo; (2) a vertente do condicionamento respondente propõe a hipótese da inibição como resultado da ansiedade; (3) o modelo cognitivo supõe que os mecanismos da inibição são mediados pela cognição; (4) o modelo da percepção social e da teoria de papéis aponta as dificuldades interpessoais como resultado de falhas no processamento cognitivo de estímulos sociais do ambiente.

Carvalho (2003) aponta que pessoas bem estruturadas psicologicamente geralmente são socialmente competentes e possuem uma rede social de apoio bem estruturada. Ligações sociais que levem a apoio eficiente parecem favorecer a adaptação a situações de stress e resultar em melhores condições de saúde, sendo que um forte suporte social geralmente está associado à diminuição da morbidade e da mortalidade. O autor cita pesquisas mostrando que pessoas que se sentem menos apoiadas por sua rede social têm tendência a criar redes sociais mais amplas, porém superficiais.

No mesmo sentido existe uma evidência considerável de que papéis sociais em um ambiente social servem para modular o stress, tendo impacto na doença e mortalidade do paciente com câncer (Holland, 1990). Berkman e Syme (1979) encontraram que aqueles pacientes sem apoio social e sem papéis na comunidade estiverem mais propícios a falecer do que aqueles com mais papéis sociais.

Helgeson e Cohen (1996) apontam que há pelo menos duas razões pelas quais o ambiente social é um importante domínio no estudo do câncer. Segundo os autores, o ambiente social promove bem-estar e protege as pessoas dos efeitos deletérios dos eventos de vida estressantes, sendo o câncer um desses eventos. Em segundo lugar, o câncer é um evento estressante que influencia as relações interpessoais. Como o câncer é uma doença potencialmente fatal e freqüentemente caracterizada como um estigma, as pessoas próximas tendem a reagir de forma inapropriada. Então, os pacientes diagnosticados com câncer têm dificuldade em encontrar apoio social justamente quando mais precisam.

Finalmente no que diz respeito ao câncer, um assunto muito pesquisado na atualidade é o chamado enfrentamento ou *coping*. Vidhubala, Latha, Ravikannan, Mani e Karthikesh (2006) diferenciam dois tipos de *coping*: orientado para o problema e orientado para a emoção. O primeiro é definido como a modificação feita no ambiente que possibilita manejá-lo mais efetivamente. O segundo é definido como a busca para fazer a pessoa se sentir melhor através da redução do sofrimento emocional. Pesquisa realizada por esses autores apontou o *coping* orientado para o problema como responsável

por um melhor ajustamento e qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Essas definições de *coping* permitem relacionar o assunto ao tema das habilidades sociais. Para o manejo adequado do ambiente faz-se necessária a utilização das habilidades sociais, como a habilidade de resolução de problemas, o que significa dizer, ter competência social (Del Prette & Del Prette, 1999).

A partir dessa revisão bibliográfica, percebe-se que o estudo proposto nesse projeto de pesquisa trará benefícios no sentido de examinar o stress nessa população e conhecer o repertório de habilidades sociais dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, uma vez que essas variáveis são muito importantes para a qualidade de vida do paciente, para o enfrentamento da doença e adaptação social posterior ao tratamento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho foi examinar a existência de stress e déficit em habilidades sociais em pacientes portadores de câncer de laringe de um hospital de tratamento do câncer em Curitiba, Paraná.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos foram: (1) verificar se existem associações estatisticamente significativas entre stress e déficit em habilidades sociais na amostra e (2) verificar se existe associação entre stress e déficit em determinados componentes das habilidades sociais, tais como aquelas referentes ao interlocutor a quem se destina (familiar, amigo, desconhecido/ primeiro contato, relacionamento sexual e autoridade), ao contexto em que ocorre (trabalho, estudo e consumo) e à habilidade requerida (recusar pedidos irrazoáveis, expressar discordância, manejar críticas/ expressar desagrado, defender direitos próprios e de outrem, pedir favores, fazer perguntas).

MÉTODO

Participantes

O estudo foi realizado com 21 pacientes, dos quais 17 eram homens e quatro mulheres, entre 41 e 70 anos de idade. Os participantes realizaram consulta médica pelo Ambulatório de Cabeça e Pescoço no período de março a agosto de 2008 em um hospital de tratamento do câncer em Curitiba, Paraná.

Critérios de Inclusão

- Idade mínima: 40 anos.
- Diagnóstico médico de câncer de laringe.
- Estar sob processo de investigação da doença/ diagnóstico.
- Concordar em participar do estudo voluntariamente.

Critérios de Exclusão

- Idade inferior a 40 anos.
- Apresentar quadro psiquiátrico ou deficiência mental aparente.
- Apresentar estágio avançado da doença que interferisse ou impossibilitasse sua participação.

Material

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes:

Continha explicações sobre os objetivos da pesquisa e a assinatura do paciente caso aceitasse participar. Esse Consentimento foi elaborado de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do CNS e pelo Conselho Federal de Psicologia de dezembro de 2000 (Anexo A). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do hospital (protocolo 1618).

2) Ficha de identificação do participante

Essa ficha continha os dados pessoais do participante, perguntas relacionadas ao consumo de cigarros e à doença tratada no hospital (Anexo B).

3) Questionário de habilidades sociais

Este instrumento foi elaborado com base no Inventário de Habilidades Sociais - IHS (Del Prette & Del Prette, 2001). O IHS é composto por 38 questões distribuídas entre diversas habilidades sociais, sendo estas: fazer elogios, responder a elogios, recusar pedidos irrazoáveis, expressar discordância, manejar crítica/expressar desagrado, solicitar mudança de comportamento, defender direitos próprios e de outrem, expressar sentimento positivo, pedir favores, fazer perguntas, cumprimentar/iniciar conversação, participar e manter conversação, encerrar conversação, falar em público.

Optou-se por elaborar um questionário com escala de Likert de cinco pontos para esse estudo, pois a população proveniente do hospital onde foi realizada a pesquisa tem baixa escolaridade, o que não é compatível ao IHS, elaborado para escolaridade referente ao Ensino Médio.

As perguntas dizem respeito ao repertório de habilidades sociais do participante com relação ao interlocutor a quem se refere (familiar, amigo, desconhecido/ primeiro contato e autoridade), ao contexto em que ocorre (público ou privado) e à habilidade requerida (recusar pedidos irrazoáveis, expressar discordância, manejar críticas/ expressar desagrado, defender direitos próprios e de outrem, pedir favores, fazer perguntas). Para a elaboração do questionário foram selecionadas ou agrupadas as habilidades sociais do IHS consideradas importantes para essa amostra, de acordo com a experiência da pesquisadora com essa população. Essa seleção foi necessária para reduzir o tempo da entrevista com o participante, uma vez que se trata de uma amostra com problemas de saúde (Anexo C).

Para a correção do instrumento foram somadas as pontuações obtidas em todas as questões do instrumento. As questões referentes às habilidades dos participantes eram pontuadas de *um* (nunca) a *cinco* (sempre). Já as questões referentes às dificuldades dos participantes foram pontuadas da forma inversa, isto é, um ponto para a resposta sempre e cinco pontos para a resposta nunca. A soma total foi tomada como o escore de referência para o repertório de habilidades sociais do participante.

4) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL – (Lipp, 2000):

Este instrumento foi elaborado e padronizado por Lipp (2000). Compõe-se de 53 itens sendo 34 itens físicos e 19 psicológicos, divididos em três quadrantes. O primeiro quadrante indica sintomas experimentados nas últimas 24 horas, sendo doze sintomas físicos e três psicológicos. O segundo indica sintomas experimentados na última semana, sendo dez sintomas físicos e cinco psicológicos. O terceiro quadro indica sintomas experimentados no último mês, sendo doze sintomas físicos e onze psicológicos. O instrumento fornece três tipos de informações: primeiro ele evidencia a existência ou não de stress; em segundo lugar, investiga a fase de stress na qual a pessoa se encontra – alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão – e em terceiro lugar, indica qual a área de maior manifestação dos sintomas, se físicos e/ou psicológicos.

A avaliação do instrumento é feita através do uso de tabelas que transformam os dados brutos em porcentagens para facilitar a análise dos dados obtidos.

Local

Os instrumentos foram aplicados no ambulatório do Serviço de Psicologia Clínica e nas demais dependências de um hospital de tratamento do câncer em Curitiba, Paraná.

Essa instituição caracteriza-se por atender mais de 90% de sua população através do SUS. Por ser referência no tratamento de câncer, recebe pacientes de várias regiões do país e exterior. Os pacientes atendidos

apresentam, em sua maioria, baixa escolaridade e baixo status sócio-econômico. Geralmente chegam ao hospital já em estágios avançados da doença e com pouca ou nenhuma informação sobre câncer.

Procedimentos

1) Contato inicial com o paciente:

O contato inicial foi realizado durante a(s) primeira(s) consulta(s) do paciente no hospital, momento do diagnóstico e/ou investigação da doença. Os possíveis participantes eram encaminhados pelos médicos do Ambulatório de Cabeça e Pescoço e a pesquisadora abordava-os individualmente após a consulta médica. Então explicava o estudo a ser realizado e, se concordavam em colaborar, os participantes preenchiam o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa, bem como da utilização dos dados coletados (anonimamente) em publicações. É importante ressaltar que os participantes não haviam recebido o diagnóstico da doença oficialmente pelos médicos do hospital.

Optou-se por abordar os pacientes nesse momento por dois motivos: 1) homogeneizar a amostra no que se refere ao momento do paciente no hospital; 2) facilitar a coleta de dados, uma vez que há maior probabilidade dos pacientes estarem em condições físicas para realizar a pesquisa.

2) Aplicação dos instrumentos:

Posteriormente ao preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada a aplicação dos instrumentos: ficha de identificação do participante, questionário sobre habilidades sociais e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL, individualmente, no ambulatório de psicologia ou na ala em que o paciente estava internado.

Tanto as questões do questionário de habilidades sociais quanto os itens do ISSL foram lidos em voz alta pela pesquisadora devido à baixa escolaridade da população participante da pesquisa.

Não houve definição de tempo limite para o término da atividade.

Vantagens para os participantes

Após a participação no estudo, a pesquisadora colocou-se à disposição para fornecer os resultados dos testes e fez orientações sobre stress e habilidades sociais para o participante, fornecendo material informativo (Anexos D e E).

RESULTADOS

Método de análise dos resultados

1) Referente ao questionário de habilidades sociais

As respostas dadas pelos participantes foram analisadas a partir da pontuação obtida através da escala de Likert em cada resposta. Foram utilizados três valores para cada participante: (a) a soma total das notas obtidas no questionário de habilidades sociais; (b) a média das notas obtidas no questionário em cada questão (soma das notas obtidas nas 22 questões divididas pelo número total de questões) e (c) a soma das notas por categoria (com relação ao interlocutor a quem se refere; ao contexto em que ocorre e à habilidade requerida). O primeiro valor foi adotado como o valor referente ao repertório de habilidades sociais do participante e o terceiro, como o valor referente a cada categoria de habilidades sociais.

2) Referente ao ISSL

Foram computados os resultados obtidos através do instrumento de acordo com o gabarito constante no manual do mesmo. Identificou-se a existência ou não do stress, a fase de stress em que a pessoa se encontrava – alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão – e a área de maior manifestação dos sintomas – físicos e/ou psicológicos.

3) Associação dos dados obtidos através dos instrumentos:

Foram cruzados os dados obtidos através dos instrumentos anteriores e os dados pessoais dos participantes (idade, escolaridade, fumante/ ex ou não fumante), utilizando o programa estatístico SPSS 10.0.

Para as análises estatísticas os participantes foram divididos de acordo com o sexo, estado civil, religião, consumo de cigarros e tempo de conhecimento dos sintomas do câncer de laringe.

Foram realizados os testes não-paramétricos Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (K) para verificar diferenças estatisticamente significativas no número total de sintomas de stress obtidos no ISSL entre os participantes quando divididos nos grupos supracitados. Os mesmos testes foram utilizados para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes divididos por esses grupos no que diz respeito aos escores total e aos escores obtidos em cada categoria do questionário de habilidades sociais.

Para verificar a existência de associações estatisticamente significativas entre os participantes divididos pelos mesmos grupos anteriormente citados, no que diz respeito às fases do stress e predominância de sintomas físicos ou psicológicos do stress, foi realizado o teste Qui-quadrado. O mesmo teste foi utilizado para verificar diferenças entre os participantes em todas as questões do ISSL.

Foram realizados também os testes de correlações de Pearson e Spearman para verificar associações entre valores referentes ao número total de

sintomas de stress do ISSL, o valor total no questionário de habilidades sociais e valores em cada categoria obtidos pelos participantes.

Ainda para verificar associações entre os valores referentes ao stress e às habilidades sociais obtidos pelos participantes, utilizou-se o teste estatístico não-paramétrico Kruskal-Wallis (K) para verificar diferenças estatisticamente significativas nos escores total e nos escores em cada categoria do questionário de habilidades sociais obtidos pelos participantes quando divididos em grupos de acordo com a predominância dos sintomas de stress e fase de stress em que se encontravam no momento da entrevista.

Foram aceitas como significativas diferenças e associações com $p \leq 0,05$. O programa estatístico SPSS 10.0 foi utilizado para as análises estatísticas.

Identificação da amostra

A Tabela 1 mostra os dados de identificação dos participantes obtidos na ficha de identificação. Pode-se verificar que dos 21 participantes, 4 eram mulheres (19%) e 17 homens (81%).

Os dados obtidos foram transcritos em números absolutos, e não em porcentagem, em virtude do pequeno tamanho da amostra estudada.

Tabela 1: Dados demográficos dos participantes da pesquisa.

Sexo	Idade			Estado Civil			Religião			Escolaridade	
	41-50	51-60	61-70	Cas.	Solt.	V.	Cat.	N	At.	Analf.	Alf.
Fem.	0	3	1	2	0	2	4	0	0	2	2
Masc.	4	5	8	12	5	0	12	3	2	3	14

Com base na Tabela 1, percebe-se que os participantes tinham entre 41 e 70 anos. A maior parte das participantes mulheres tinha idade entre 51 e 60 anos ($n = 3$), ao passo que a maior parte dos participantes homens tinha entre 61 e 70 anos ($n = 8$). A média de idade da amostra foi de 57,8 e o desvio padrão igual a 7,41.

Quanto à distribuição da amostra de acordo com o estado civil, entre as mulheres 2 eram casadas e 2 viúvas. Entre os homens, 12 eram casados.

A Tabela 1 mostra também a distribuição dos participantes de acordo com a religião. Todas as 4 participantes mulheres eram católicas. Entre os homens, a maioria era católica ($n = 12$).

A Tabela 1 apresenta ainda a escolaridade dos participantes. Percebe-se que a amostra apresentava baixa escolaridade. Entre as mulheres, 2 eram analfabetas e 2 tinham escolaridade entre a 1ª e 4ª séries. Quanto aos homens, 3 eram analfabetos, 12 tinham escolaridade entre 1ª e 4ª séries, 1 relatou escolaridade entre 5ª e 8ª séries, e 1 escolaridade referente ao Ensino Médio. Nenhum participante relatou escolaridade referente ao Ensino Superior.

A seguir são apresentadas outras características da amostra participante da pesquisa, que dizem respeito ao consumo de cigarros e tempo de conhecimento/ percepção dos sintomas do câncer de laringe.

Tabela 2: Consumo de cigarros dos participantes divididos por sexo.

Sexo	Tabagismo		
	Fumante	Não fumante	Ex-fumante
Feminino	1	0	3
Masculino	8	1	8

A Tabela 2 apresenta o consumo de cigarros dos participantes. Percebe-se que, da totalidade da amostra, apenas um participante homem nunca fumou. Entre as mulheres, 3 eram ex-fumantes e 1 era fumante no momento da entrevista. Quanto aos homens, 8 eram fumantes e 8 ex-fumantes.

Tabela 3: Tempo transcorrido entre a percepção dos sintomas do câncer de laringe e o momento da entrevista para os participantes divididos por sexo.

Sexo	Tempo de percepção dos sintomas			
	0-6 meses	7 - 12 meses	13 – 23 meses	2 anos ou mais
Feminino	2	1	1	0
Masculino	3	8	4	2

A Tabela 3 apresenta o tempo transcorrido entre a percepção dos sintomas do câncer de laringe e o momento da entrevista para os participantes homens e mulheres. Entre as mulheres, 2 perceberam os sintomas da doença entre 0 e 6 meses antes do momento da entrevista. Entre os homens, 8 perceberam os sintomas entre 7 e 12 meses antes do momento da entrevista.

Não foi possível obter o estadiamento do câncer de laringe dos participantes, uma vez que todos os casos estavam na fase de diagnóstico e esse procedimento era feito pelos médicos do hospital, na maioria das vezes, apenas após a proposta de tratamento.

Resultados do ISSL

Os valores do ISSL total apresentaram-se entre 3 para um participante sem stress e 38 para um participante com stress na fase de exaustão. A média para esse valor foi igual a 16,95 e o desvio padrão igual a 10,08.

Quanto à presença de stress nos participantes, 12 apresentavam stress em alguma fase. A Tabela 4 aponta a fase de stress em que se encontravam esses participantes no momento da entrevista.

Tabela 4: Número e porcentagem de participantes com stress em cada fase.

Fase de stress	Nº de participantes
Sem stress	9
Alerta	0
Resistência	8
Quase Exaustão	0
Exaustão	4

A Tabela 4 aponta o número de participantes em cada uma das fases, a partir do ISSL. Percebe-se que a maior parte dos participantes não apresentava stress em nenhuma fase no momento da entrevista ($n = 9$). Dentre os participantes que apresentavam stress na amostra, a maioria estava na fase de resistência ($n = 8$), enquanto o restante da amostra encontrava-se na fase de exaustão ($n = 4$). Nenhum participante estava na fase de alerta ou quase exaustão.

Quanto à predominância de sintomas apresentada pelos participantes, 13 apresentaram predominância de sintomas psicológicos, 6 predominância de sintomas físicos e 2 apresentavam o mesmo número de sintomas físicos e

psicológicos. Dos participantes que apresentavam predominância de sintomas físicos, nenhum apresentou diagnóstico para stress no momento da entrevista.

A Tabela 5 aponta os sintomas de stress físicos e psicológicos mais referidos pela amostra.

Tabela 5: Sintomas de stress físicos e psicológicos mais freqüentes na amostra.

Tipo	Sintomas mais freqüentes	Nº de participantes
Físicos	Q1F2 – Boca seca	12
	Q1F8 – Insônia	13
	Q3F9 – Gases	12
Psicológicos	Q2P12 – Dúvida sobre si	13
	Q2P13 – Pensar um só assunto	15
	Q3P18 – Cansaço excessivo	13

Com base na Tabela 5, percebe-se que os sintomas psicológicos de stress foram mais freqüentemente relatados nessa amostra do que os sintomas físicos.

Os sintomas físicos de stress mais freqüentes na amostra da presente pesquisa foram: boca seca (n = 12) e insônia (n = 13) (experimentados nas últimas 24 horas), e excesso de gases (n = 12) (experimentado no último mês). Já os sintomas psicológicos de stress mais freqüentes foram: dúvida quanto a si próprio (n = 13) e pensar constantemente em um só assunto (n = 15) (experimentados na última semana), e cansaço excessivo (n = 13) (experimentado no último mês).

Quanto às análises estatísticas, foram realizados os testes não-paramétricos Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (K) para verificar diferenças estatisticamente significativas no valor total obtido no ISSL entre os participantes

quando divididos em grupos por idade, escolaridade, estado civil, religião, tabagismo, tempo de conhecimento dos sintomas do câncer de laringe e sexo. Foram aceitas como significativas diferenças com $p \leq 0,05$. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos para esse valor.

Para as análises estatísticas referentes ao tabagismo, foram comparados apenas os grupos de fumantes e ex-fumantes, uma vez que apenas um participante afirmou nunca ter fumado, o que inviabiliza a análise estatística comparativa com esse grupo.

Para verificar a existência de associações estatisticamente significativas entre os participantes divididos por grupos de escolaridade, estado civil, religião, tabagismo e sexo, no que diz respeito às fases do stress e predominância de sintomas físicos ou psicológicos do stress, foi realizado o teste Qui-quadrado a partir do programa estatístico SPSS 10.0. Foram aceitas como significativas diferenças com $p \leq 0,05$. Os dados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6: Comparação dos dados obtidos no ISSL total e sintomas específicos (Teste do X^2).

Stress	Sexo	Idade	Est. Civil	Escola	Religião	Cigarro	Tempo de conhecimento
Fases	1,184	7,028	0,558	0,426	6,563	1,818	11,667
Pred.	1,378	5,486	6,362	0,628	6,613	2,098	11,14
Sintomas							
Sintomas							
Sudorese	5,219*		7*				
Diarréia	4,463*						
Pressão alta					6,3*		9,975*
Formigamento						8,75*	
Cansaço			6,109*				10,399*
Náusea							8,75*
Gases		6,992*					
Um assunto	4,492*						9,953*
Hipersensib. Emotiva							9,567*

* Valores significativos estatisticamente, $p \leq 0,05$.

A análise revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes para as fases do stress e predominância dos sintomas de stress em nenhum dos agrupamentos analisados.

Quanto ao sexo, a questão Q1F4 – aumento da sudorese – apresentou diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 5,219$; $p = 0,022$), sendo que os homens apresentaram um maior número de respostas negativas para esse sintoma. A questão Q1F7 – diarréia passageira – também apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($X^2 = 4,463$; $p = 0,035$), sendo que os homens também apresentaram um maior número de respostas negativas para esse sintoma. Da mesma forma a questão Q3P19 – Pensar/ falar constantemente em um só assunto ($X^2 = 4,492$; $p = 0,034$) – apresentou

diferença estatisticamente significativa entre os sexos, sendo que os homens apresentaram um maior número de respostas afirmativas para esse sintoma.

Para a idade, o teste mostrou diferença estatisticamente significativa na questão Q3F9 – excesso de gases ($X^2 = 6,992$; $p = 0,03$) – sendo que os pacientes entre 61 e 70 anos de idade afirmaram a presença desse sintoma um maior número de vezes.

Quanto à escolaridade dos participantes, o teste não verificou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma questão do ISSL.

Para diferenças nos resultados quanto ao estado civil nos participantes, encontrou-se diferença estatisticamente significativa na questão Q1F4 – aumento da sudorese ($X^2 = 7$; $p = 0,03$) – na qual os participantes casados apresentaram mais respostas negativas para esse sintoma. Já na questão Q2F8 – cansaço constante ($X^2 = 6,109$; $p = 0,047$) – também foi encontrada diferença estatisticamente significativa, na qual os participantes casados responderam com maior frequência de forma afirmativa sobre a presença desse sintoma.

Quanto a diferenças nas respostas dos participantes quanto ao consumo de cigarro, encontrou-se diferença estatisticamente significativa na questão Q2F3 – formigamento das extremidades ($X^2 = 8,75$; $p = 0,013$) – os ex-fumantes mais respostas negativas para esse sintoma.

Realizou-se também o teste Qui-quadrado para testar as diferenças entre os participantes quanto ao tempo de conhecimento/ percepção sobre os sintomas do câncer de laringe. Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas questões Q1F8 – insônia ($X^2 = 10,399$; $p = 0,015$), Q3F4 –

náusea ($X^2 = 8,75$; $p = 0,033$) e Q3P19 – pensar/ falar constantemente em um só assunto ($X^2 = 9,953$; $p = 0,019$), sendo que os participantes que afirmaram ter conhecimento dos sintomas do câncer de laringe num intervalo de 7 meses a 1 ano antes do momento da entrevista apresentaram mais respostas afirmativas para os três sintomas de stress. Para a questão Q1F11 – hipertensão arterial súbita e passageira ($X^2 = 9,975$; $p = 0,019$), o mesmo grupo de participantes apresentou um maior número de respostas negativas para a presença do sintoma de stress. Já para a questão Q3P22 – hipersensibilidade emotiva ($X^2 = 9,567$; $p = 0,023$), os participantes que relataram perceber os sintomas do câncer de laringe num período de até 6 meses antes do momento da entrevista apresentaram um maior número de respostas negativas para esse sintoma.

Resultados do Questionário de Habilidades Sociais

A pontuação máxima possível para cada participante é igual a 110. A média da amostra para essa nota foi igual a 78,85, sendo o desvio padrão igual a 11,83. A média da amostra por questão foi igual a 3,6.

Quanto à média da amostra por categoria, tem-se a Categoria Interlocutor correspondente às questões de 1 a 8, as quais apresentam frases referentes ao relacionamento com familiares, amigos, desconhecidos/ primeiro contato e autoridade. Para essa categoria a média de pontuação foi igual a 31,71, sendo o desvio padrão igual a 5,62 e a média por questão dessa categoria igual a 3,96.

A segunda categoria analisada foi a Categoria Contexto, que é composta apenas pela questão 9 e diz respeito ao desempenho social em ambiente

público. A média de pontuação obtida pelos participantes nessa categoria foi 4,09 e o desvio padrão igual a 1,6.

A terceira e última categoria de habilidades sociais analisada nessa amostra foi a Categoria Habilidade Requerida, da qual fazem parte as questões de 11 a 23. É composta pelas habilidades de recusar pedidos irrazoáveis, expressar discordância, manejar críticas/ expressar desagrado, defender direitos próprios e de outrem, pedir favores, e fazer perguntas. A média de pontuação obtida pelos participantes nessa categoria foi igual a 43,04, sendo o desvio padrão igual a 8,05 e a média por questão dessa categoria é igual a 3,31.

A Tabela 7 aponta as habilidades sociais mais freqüentemente pontuadas com a nota máxima (*cinco*) e as habilidades mais freqüentemente pontuadas com a nota mínima (*um*) pelos participantes na escala de Likert do questionário de habilidades sociais. A nota máxima (*cinco*) corresponde à resposta ideal dada pelo participante em cada frase do questionário. Assim, nas frases referentes às habilidades, o “sempre” corresponde à nota máxima (p. ex. questão *um*) e nas frases referentes a alguma dificuldade, o “nunca” corresponde à nota máxima (p. ex. questão *dois*). Já a nota mínima (*um*) corresponde à resposta menos adequada para a situação descrita na frase, isto é, nas questões referentes às habilidades, o participante avaliou que “nunca” apresenta um desempenho adequado nessas situações ou frente à demanda das habilidades sociais requeridas na questão (p. ex. questão *três*). Nas questões referentes às dificuldades, o paciente afirmou que “sempre” apresenta essa dificuldade nessa

situação (p. ex. questão seis). As questões referentes às dificuldades foram calculadas a partir dos valores já invertidos como descrito acima.

Tabela 7: Habilidades sociais mais freqüentemente pontuadas com a nota máxima (5) e mínima (1) no questionário de habilidades sociais.

Notas	Habilidades mais freqüentes*	Nº de participantes
Máxima (5)	Q3 – fazer novos amigos	16
	Q7 – perguntas ao médico	15
	Q9 – conversar na rua	15
	Q22 – pedir inf. a desc.	15
	Q23 – pedir inf. a func. do hosp.	18
	Q12 – dedicar-se aos outros	11
Mínima (1)	Q13 – amigo faz algo que a pessoa não gosta	13
	Q15 – alguém fura fila	12
	Q18 – cobrar dinheiro	10
	Q20 – pedir favor a vizinho	9

* Ver Anexo 3 para questões completas.

Com base na Tabela 7, percebe-se que as habilidades sociais pontuadas com a nota máxima foram mais freqüentes do que as pontuadas com a nota mínima.

As habilidades sociais mais freqüentemente pontuadas com a nota máxima foram: Q23 – Você pede informação a algum funcionário do hospital se não sabe onde ou como realizar um exame (n = 18); Q3 – Você sabe fazer novos amigos (n = 16); Q7 – Você pergunta para o médico quando tem alguma dúvida sobre sua doença ou tratamento (n = 15), Q9 – Você não se sente à vontade em conversar com uma pessoa na rua ou em locais públicos (n=15) e Q22 – Você pede informações a desconhecidos se não sabe chegar ao endereço que lhe deram (n = 15).

Já as habilidades mais freqüentemente pontuadas com a nota mínima nessa amostra foram: Q13 – Se um amigo faz alguma coisa que você não gosta ou não concorda você não diz nada (n = 13); Q15 – Se alguém fura a fila em que você está você diz para a pessoa ir ao final da fila (n = 12); Q12 – Você se dedica muito a sua família e esquece de cuidar de si próprio (n = 11); Q18 – Você tem dificuldade de cobrar dinheiro que emprestou a um amigo (n = 10); Q20 – Você tem dificuldade em pedir um favor a um vizinho (n = 9).

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes divididos por grupos de idade, escolaridade, estado civil, religião, tabagismo e sexo, no que diz respeito aos escores total e aos escores obtidos em cada categoria do questionário de habilidades sociais, foram realizados os testes estatísticos não-paramétricos Kruskal-Wallis (K) e Mann-Whitney (U).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores dos participantes apenas quando divididos de acordo com sua religião. Os participantes que se definiram como ateus obtiveram maior escore total no questionário de habilidades sociais quando comparados aos outros grupos (K = 8,023; $p = 0,018$). Já os participantes que se definiram como evangélicos obtiveram maior escore na Categoria Habilidade Requerida (K = 7,220; $p = 0,027$).

Análise da associação entre Stress e Habilidades Sociais

Tabela 8: Número de sintomas de stress e valor total do questionário de habilidades sociais de cada participante.

Sujeitos	Nº de sintomas de stress	Valor HS
1	22	90
2	23	54
3	11	80
4	30	71
5	28	76
6	4	58
7	17	76
8	13	71
9	10	67
10	7	90
11	11	84
12	31	70
13	38	86
14	8	102
15	3	86
16	27	94
17	9	93
18	22	76
19	22	82
20	5	75
21	15	75

A Tabela 8 apresenta o número total de sintomas de stress apresentados pelos participantes da pesquisa e a média da pontuação por questão no questionário de habilidades sociais. O participante que apresentou o maior número de sintomas de stress de acordo com o ISSL foi o número 13 (38) e o que apresentou o menor número de sintomas foi o participante número 15 (3). Quanto à média referente às habilidades sociais, a maior média foi obtida pelo participante 14 (102) e a menor pelo participante 3 (80).

Quanto às análises estatísticas, foram realizados o teste de correlação de Spearman para verificar associações entre o número total de sintomas de stress do ISSL e os escores obtidos no questionário de habilidades sociais – total e em cada categoria. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre esses valores.

O teste estatístico não-paramétrico Kruskal-Wallis (K) foi utilizado para verificar diferenças estatisticamente significativas no escore total e nos escores em cada categoria do questionário de habilidades sociais obtidos pelos participantes quando divididos em grupos de acordo com a predominância dos sintomas de stress e a fase de stress em que se encontravam no momento da entrevista. A seguir estão as tabelas referentes a essas análises.

Tabela 9: Escore Total dos participantes no questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.

Escore Total HS				
Grupos	Média	DP	K	P
Sintomas físicos	76,66	12,35		
Sintomas psicológicos	77,84	10,99	2,212	0,346

A Tabela 9 apresenta a média, desvio padrão e os valores no escore total obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 2,212$; $P = 0,346$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com os sintomas físicos e psicológicos de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore total obtido no questionário de habilidades sociais.

Tabela 10: Escore dos participantes na Categoria Interlocutor do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.

Escore Categoria Interlocutor				
Grupos	Média	DP	K	P
Sintomas físicos	30,33	6,74		
Sintomas psicológicos	32,	5,08	0,658	0,72

Na Tabela 10 estão descritos a média, desvio padrão e os valores da Categoria Interlocutor obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 0,658$; $P = 0,72$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com os sintomas físicos e psicológicos de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore obtido na Categoria Interlocutor do questionário de habilidades sociais.

Tabela 11: Escore dos participantes na Categoria Contexto do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.

Escore Categoria Contexto				
Grupos	Média	DP	K	P
Sintomas físicos	4,16	1,6		
Sintomas psicológicos	3,92	1,75	0,822	0,663

Estão descritos na Tabela 11 a média, desvio padrão e os valores da Categoria Contexto obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 0,822$; $P = 0,663$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com os sintomas físicos e psicológicos de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe

diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore obtido na Categoria Contexto do questionário de habilidades sociais.

Tabela 12: Escore dos participantes na Categoria Habilidade Requerida do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de predominância dos sintomas de stress no ISSL.

Escore Categoria Habilidade Requerida				
Grupos	Média	DP	K	P
Sintomas físicos	42,16	7,41		
Sintomas psicológicos	41,92	8,02	3,026	0,22

A Tabela 12 apresenta a média, desvio padrão e os valores da Categoria Habilidade Requerida obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 3,026$; $P = 0,22$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com os sintomas físicos e psicológicos de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore obtido na Categoria Habilidade Requerida do questionário de habilidades sociais.

Tabela 13: Escore Total dos participantes no questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.

Escore Total HS				
Grupos	Média	DP	K	P
Sem stress	79,2	13,17		
Resistência	80	13,10	0,858	0,651
Exaustão	75,75	7,32		

A Tabela 13 apresenta a média, desvio padrão e os valores do escore total obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 0,858$; $P = 0,651$) para os participantes

quando divididos em grupos de acordo com as fases de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore total obtido no questionário de habilidades sociais.

Tabela 14: Escore dos participantes na Categoria Interlocutor do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.

Escore Categoria Interlocutor				
Grupos	Média	DP	K	P
Sem stress	32,33	6,36		
Resistência	32,12	5,13	1,38	0,5
Exaustão	29,5	5,74		

Na Tabela 14 estão descritos a média, desvio padrão e os valores da Categoria Interlocutor obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 1,38$; $P = 0,5$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com as fases de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore da Categoria Interlocutor obtido no questionário de habilidades sociais.

Tabela 15: Escore dos participantes na Categoria Contexto do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.

Escore Categoria Contexto				
Grupos	Média	DP	K	P
Sem stress	4,44	1,33		
Resistência	4,	1,85	1,	0,6
Exaustão	3,5	1,91		

A Tabela 15 apresenta a média, desvio padrão e os valores da Categoria Contexto obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 1$; $P = 0,6$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com as fases de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore da Categoria Contexto obtido no questionário de habilidades sociais.

Tabela 16: Escore dos participantes na Categoria Habilidade Requerida do questionário de habilidades sociais quando divididos por grupos de acordo com as fases de stress no ISSL.

Escore Categoria Habilidade Requerida				
Grupos	Média	DP	K	P
Sem stress	42,44	8,57		
Resistência	43,87	9,5	0,302	0,86
Exaustão	42,75	4,78		

Na Tabela 16 estão descritos a média, desvio padrão e os valores da Categoria Habilidade Requerida obtidos no teste Kruskal-Wallis ($K = 0,302$; $P = 0,86$) para os participantes quando divididos em grupos de acordo com as fases de stress obtidos no ISSL. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos quanto ao escore da Categoria Habilidade Requerida obtido no questionário de habilidades sociais.

Observações clínicas

Com o objetivo de enriquecer os resultados da presente pesquisa, bem como possibilitar uma melhor discussão dos mesmos, optou-se por apresentar nessa sessão algumas observações clínicas da pesquisadora ao longo dos dias

em que esteve presente no ambulatório de cabeça e pescoço do hospital para a seleção dos participantes e aplicação dos instrumentos.

Inicialmente é importante descrever o funcionamento do ambulatório de cabeça e pescoço para melhor compreensão da relação entre a equipe de saúde e os pacientes no hospital participante da pesquisa. O ambulatório de cabeça e pescoço conta com um médico chefe do serviço que supervisiona o atendimento dos outros médicos, dois médicos efetivos e dois residentes. Uma equipe de enfermeiros e auxiliares de enfermagem também participa dos atendimentos, variando o número desses profissionais de acordo com o rodízio dos mesmos entre as outras atividades.

O ambulatório funciona às terças e quintas-feiras pela manhã, e os pacientes são agendados para cada data são atendidos por ordem de chegada. Cada médico ou residente fica responsável por atender os pacientes em determinado momento do tratamento. Assim, um residente atende os casos novos; um médico atende os pacientes no momento do resultado dos exames e proposta de tratamento; uma médica e uma residente atendem os pacientes de revisão e curativo, isto é, pacientes já operados, em tratamento ou que já tiveram alta e vêm para consultas de manutenção.

As consultas são geralmente rápidas devido a grande demanda de pacientes agendados e encaixes de emergência de outros ambulatórios. Todos os resultados e observações são informados para um acompanhante do paciente, geralmente familiar, sendo raros os momentos em que essas informações são passadas diretamente ao paciente. Também é possível

perceber a extensa utilização de termos médicos, o que provavelmente dificulta a compreensão do paciente e familiar sobre sua doença, prognóstico e tratamento, uma vez que grande parte da população atendida no hospital é de baixa escolaridade. Raros também são os momentos em que os pacientes se colocavam, fazendo alguma questão ou discutindo o tratamento com a equipe médica ou com o acompanhante. Em contrapartida, alguns pacientes questionaram a pesquisadora sobre sua doença ou diagnóstico, demonstrando não ter compreendido as informações dadas pelo médico minutos antes.

Outro fato que chama atenção no hospital é o serviço das voluntárias da Liga de Combate ao Câncer, as quais têm como uma de suas funções orientar os pacientes sobre locais, horários de exames e retorno ao hospital assim que saem da consulta médica, uma vez que muitos acabavam perdidos com relação ao funcionamento do hospital e não pediam informações. Da mesma forma não se ouve, nem se comenta entre funcionários, reclamações dos pacientes quanto à demora e qualidade dos serviços prestados.

DISCUSSÃO

Analisando-se a amostra participante da pesquisa, percebe-se que está de acordo com o descrito em pesquisas anteriores a respeito de pacientes com câncer, uma vez que é composta por pacientes mais velhos, em sua maioria com idade entre 51 e 70 anos (Goiato, Fernandes, Santos & Conrado Neto, 2006; Liu & Hobins, 2006). Os dados da amostra também estão de acordo com estudos anteriores sobre câncer de laringe, pois é composta em sua maioria por homens (Parkin, 2004; Goiato, Fernandes, Santos & Conrado Neto, 2006).

Quanto ao estado civil, a maioria da amostra é formada por pacientes casados, seja formalmente ou que moram juntos há vários anos. E quanto à religião, a maioria dos participantes afirmou ser católico.

Além disso, chama atenção o fato da amostra apresentar escolaridade muito baixa, sendo cinco participantes analfabetos e catorze apenas alfabetizados, com escolaridade entre primeira e quarta séries do ensino fundamental. Os participantes que se identificaram como analfabetos apresentaram idade entre 55 e 70 anos de idade. Segundo dados do IBGE (PNAD, 2005), 11% da população brasileira é analfabeta e, além disso, a porcentagem de analfabetos aumenta com a faixa etária. Assim, a faixa etária de 60 anos ou mais é a que apresenta o maior índice de analfabetismo, que é equivalente a 37,7%. Percebe-se, então, que as características da amostra estudada se assemelham aos dados brasileiros para a mesma faixa etária.

Quanto ao consumo de cigarros na amostra estudada, a quase totalidade dos participantes é ou foi tabagista em algum momento da vida. Esses dados estão de acordo com vários estudos, os quais têm apontado a maior incidência de câncer (Vulimiri & Digiovanni, 2006), câncer de cabeça e pescoço (Herchenhorn & Dias, 2004; Irish et al., 2006; Kowalski & Nishimoto, 2000; Mehrotra & Yadav, 2006; Straub, 2005) e câncer de laringe (Dias, Kligerman, Cervantes, Tavares, Carvalho e Freitas, 2001; Thun, Henley & Calle, 2002; Goiato, Fernandes, Santos & Conrado Neto, 2006) entre os dependentes de nicotina.

Ainda dentre os dados de identificação da amostra, a maior parte dos participantes já havia percebido algum sintoma do câncer de laringe – como rouquidão, ferida ou dor na garganta – entre 7 e 23 meses antes do momento da entrevista. Sendo que todos os pacientes entrevistados estavam na fase de diagnóstico no momento da entrevista, isto é, fazendo os primeiros exames a respeito da doença para só então ser proposto o tratamento, percebe-se um longo tempo transcorrido entre a percepção desses sintomas e a busca por ou demora no atendimento médico. Um dos fatores relacionados a essa demora pode ser a baixa escolaridade da amostra, o que implica em poucas informações de maneira geral e, principalmente, a respeito do câncer, como percebido pela pesquisadora ao longo dos contatos com os pacientes. Além disso, esse período longo transcorrido até o diagnóstico faz com que a doença só seja tratada quando num estágio já avançado, o que resulta em dificuldades no tratamento (Herchenhorn & Dias, 2004) e em piora no prognóstico.

No que diz respeito aos dados sobre stress dos participantes obtidos no ISSL, percebe-se que apesar da média obtida pela amostra para o valor total indicar stress em algum nível, o desvio padrão é alto, o que indica que a amostra apresenta-se bastante heterogênea nesse quesito. Isso fica claro quando se analisa a distribuição dos participantes entre as fases de stress: sem stress, resistência, exaustão. Nenhum participante foi diagnosticado na fase de alerta ou quase exaustão.

Chama à atenção a quantidade de participantes da amostra que se apresentaram sem stress no momento da entrevista. O esperado seria que o stress estivesse mais presente uma vez que todos eram portadores de câncer de laringe e o aparecimento de uma doença é, em geral, considerado uma situação negativa associada ao aparecimento do stress (Lipp, 1996, 2007). Quando se considera que nove de vinte e um pacientes não tinham stress, uma hipótese necessita ser levantada que tente explicar esse dado. Analisando os casos individualmente, verificou-se que quatro desses participantes foram os que tinham percebido os sintomas do câncer de laringe há menos tempo, isto é, um período de até seis meses antes do momento da entrevista. Se for considerado que os participantes estavam fazendo as primeiras consultas no hospital, ainda na fase de diagnóstico da doença e sob investigação da mesma, levanta-se a hipótese de que o pouco tempo em que estão em contato com os sintomas do câncer e o fato de ainda não terem recebido o diagnóstico médico tenham contribuído para que a doença não tenha sido fonte de stress até o momento.

Dentre esses participantes ainda, seis apresentaram predominância de sintomas físicos, o que pode ser resultado dos sintomas da doença e não da preocupação com a mesma. Também, três participantes que não apresentaram diagnóstico de stress se identificaram como analfabetos, o que poderia ter interferido com a compreensão das informações fornecidas sobre a doença pela equipe de saúde. De um modo geral, esses fatores podem estar relacionados a poucas informações sobre gravidade, prognóstico ou tratamento do câncer. Ainda é possível levantar a hipótese de que a baixa escolaridade somada a poucas informações sobre a doença poderia levar os pacientes a terem maior confiança na habilidade dos médicos, minimizando preocupações sobre consequências negativas do câncer ou seu tratamento, o que diminuiria o nível de stress dos participantes.

Já entre os participantes que apresentaram stress, todos já haviam percebido os sintomas da doença há pelo menos sete meses, o que pode ser um fator relacionado ao stress, uma vez que os sintomas comprometem a qualidade de vida e muitas vezes trazem consigo preocupações sobre a saúde do paciente.

Quanto à predominância dos sintomas de stress encontrados, a maior parte dos participantes apresentou predominância de sintomas psicológicos e dos que apresentaram predominância dos sintomas físicos, nenhum apresentou diagnóstico para stress no momento da entrevista. Esse dado é relevante uma vez que pacientes com câncer de laringe apresentam inúmeros sintomas físicos que não estão necessariamente relacionados ao stress, como boca seca e

respiração ofegante, os quais fazem parte do ISSL. Como os participantes que foram diagnosticados com stress em algum nível apresentaram um maior número de sintomas psicológicos, percebe-se que os sintomas do câncer de laringe não foram os determinantes para o diagnóstico de stress, o que traria dúvidas sob a real condição do paciente no que diz respeito ao stress.

Os sintomas físicos mais citados pela amostra foram boca seca, insônia e gases, os quais também são característicos da doença apresentada pelos participantes. Entre os sintomas psicológicos mais citados estava a dúvida quanto a si próprio, momento em que diversos participantes relataram preocupações sobre sua saúde e sobrevida. Outro sintoma psicológico bastante citado foi o pensar constantemente em um só assunto, situação em que vários participantes relataram pensar freqüentemente em sua doença e conseqüências. Quanto ao sintoma psicológico cansaço excessivo, não fica claro se é realmente um sintoma de stress ou um sintoma do câncer, que em muitos participantes já se apresentava em estágio mais avançado, debilitando as capacidades físicas dos mesmos.

Foram realizados os testes não-paramétricos Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (K) para verificar diferenças estatisticamente significativas no valor total obtido no ISSL entre os participantes quando divididos em grupos por idade, escolaridade, estado civil, religião, tabagismo, tempo de conhecimento dos sintomas do câncer de laringe e sexo. Foram aceitas como significativas diferenças com $p \leq 0,05$. Este teste revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses grupos para o valor total do ISSL.

Alguns fatores podem ter contribuído para esse resultado, sendo um deles o pequeno número de participantes da pesquisa. Mas outro fator precisa ser considerado no que diz respeito a diferenças no valor total de stress para os grupos relacionados ao consumo do cigarro, pois as análises só foram feitas entre os grupos de fumantes e ex-fumantes, uma vez que apenas um dos participantes da pesquisa relatou nunca ter fumado. Assim, não foi possível verificar se há diferença no que diz respeito ao stress entre pessoas que fumam ou fumaram em algum momento da vida e as que nunca fumaram.

Ainda é importante ressaltar que a maior parte dos participantes era casada ou tinha uma união estável de vários anos. Nesse sentido, estudos têm indicado que pessoas casadas e também que as relações sociais são fatores moderadores para o stress, o que pode ter servido para prevenir ou controlar o stress dos participantes até o momento da entrevista (Cockerham, 1991; Silverstein & Bengston, 1994; Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999 apud Ray, 2004).

Também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às fases do stress, predominância de sintomas e para todos os sintomas do ISSL entre os mesmos grupos.

Com relação aos sintomas de stress, a variável avaliada que apresentou o maior número de sintomas com valores significativos estatisticamente foi o tempo de conhecimento dos sintomas do câncer de laringe. Os sintomas referentes à insônia, náusea, pensar/ falar constantemente em um só assunto foram mais citados pelos participantes que relataram a percepção de sintomas

entre 7 meses e 1 ano. É possível hipotetizar que esses participantes, por já estarem há mais tempo percebendo os sintomas de uma doença que se agrava e sem muitas informações a respeito, estejam mais sujeitos ao stress. Vários participantes comentaram no momento da entrevista sobre sua preocupação com a gravidade da doença desde os primeiros sinais da mesma, pois não percebiam a melhora dos sintomas e verificavam emagrecimento, debilidade física etc.

Apenas um sintoma, referente à hipersensibilidade emotiva, foi mais freqüentemente citado pelos participantes que afirmaram perceber os sintomas da doença num período de até seis meses antes da entrevista. Talvez esse sintoma esteja relacionado ao fato do diagnóstico e proposta de tratamento ainda não terem sido fornecidos pelos médicos do hospital.

Esses resultados podem indicar a necessidade de um treinamento de controle de stress para esses pacientes que apresentaram diagnóstico em alguma fase, pois quase 60% da amostra apresentam stress em algum nível e quase 20% dos participantes encontra-se na fase de exaustão. A prevalência de stress torna-se preocupante nessa amostra quando comparada com outras pesquisas, as quais apontam que 35% da população geral apresentam stress em algum nível e apenas 1% apresenta-se na fase de exaustão (Lipp, 2005). Além disso, o stress afeta o sistema imunológico, suprimindo o sistema de vigilância de células anormais, aumentando a probabilidade do câncer se desenvolver (Straub, 2005). O stress também pode interferir no tratamento (Andersen et al., 1998), bem como na qualidade de vida desses pacientes

(Bower, Ganz & Aziz, 2005; Marques, 2004), razão porque é recomendada uma intervenção precoce de controle de stress nos participantes em que sintomas sejam identificados.

No que diz respeito aos resultados obtidos através do questionário de habilidades sociais, chama a atenção a alta média obtida pela amostra no valor total do instrumento. Mesmo com um desvio padrão alto, percebe-se que mesmo os participantes que obtiveram menor pontuação, ainda assim obtiveram um valor alto.

No mesmo sentido, as médias dos participantes por categorias de habilidades sociais também foram elevadas, por exemplo na Categoria Interlocutor – que apresenta frases referentes ao relacionamento com familiares, amigos, desconhecidos/ primeiro contato e autoridade. A pesquisadora não teve oportunidade de observar os participantes da pesquisa em interação com seus familiares amigos, a não ser no momento da consulta no ambulatório de cabeça e pescoço, onde havia pouca interação entre paciente e acompanhante. Mas se os resultados obtidos nessa categoria estiverem de acordo com a realidade, e os participantes tiverem um bom repertório de habilidades sociais com tais pessoas, isso contribuirá para a saúde e qualidade de vida dos mesmos principalmente em momento tão delicado como o do diagnóstico da doença (Silverstein & Bengston, 1994).

Da mesma forma as médias foram altas na Categoria Contexto – que diz respeito ao desempenho social em ambiente público – e na Categoria Habilidade Requerida – composta pelas habilidades de recusar pedidos

irrazoáveis, expressar discordância, manejar críticas/ expressar desagrado, defender direitos próprios e de outrem, pedir favores, e fazer perguntas.

Esse resultado parece indicar um bom repertório de habilidades sociais dos participantes, mas isso não está de acordo com as observações feitas pela pesquisadora em contato com os pacientes durante suas consultas no ambulatório de cabeça e pescoço, e no momento da entrevista. Como descrito no item Observações Clínicas, os pacientes não questionavam os médicos sobre sua doença ou tratamento, tinham dificuldade em pedir informações sobre os locais para fazer os exames e não reclamavam sobre a demora ou qualidade do serviço.

Outro resultado que não está de acordo com as observações da pesquisadora diz respeito às questões mais pontuadas com a nota máxima no questionário de habilidades sociais, pois três questões das cinco mais pontuadas puderam ser observadas em ambiente hospitalar e não se confirmaram, são elas: fazer perguntas ao médico quando tem dúvidas, pedir informação a desconhecidos e pedir informação a um funcionário do hospital. Hipóteses sobre essas divergências encontradas entre os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos e as observações da pesquisadora serão levantadas após a discussão dos dados.

Quanto às questões menos pontuadas no questionário de habilidades sociais, todas são referentes à Categoria Habilidade Requerida e, três delas em especial, podem ser prejudiciais aos participantes na sua adaptação à nova condição de doente crônico, são elas: cuidar mais dos outros do que de si

próprio, discordar ou expressar desagrado a um amigo e pedir favor a um vizinho. Esses dados estão de acordo com o encontrado por Carneiro e Falcone (2004) em uma população de idosos. Isso pode indicar a necessidade de um treinamento de habilidades sociais para essa faixa etária.

Esse resultado parece estar de acordo com os achados de outros pesquisadores, os quais apontaram que os pacientes com câncer apresentam dificuldades em expressar seus sentimentos, são passivos, obedientes e não reclamam (Eysenck, 1995; Temoshok apud Carvalho, 2003; Straub 2005). Esse padrão de comportamento também se mostrou prejudicial em outros estudos, os quais apontaram relação entre supressão/negação de emoções e imunocompetência reduzida, bem como entre depressão e aparecimento/progressão do câncer (Straub, 2005).

Sobre o questionário de habilidades sociais ainda é importante discutir o fato do instrumento não parecer refletir o real repertório de habilidades sociais dos participantes em diversos resultados encontrados. Algumas hipóteses podem ser levantadas. Em primeiro lugar, mais uma vez esbarra-se no pequeno número de participantes entrevistados, os quais podem não corresponder ao padrão de comportamento dos pacientes freqüentadores do ambulatório de cabeça e pescoço. Em segundo lugar, pode-se pensar que o questionário de habilidades sociais não foi efetivo na captação das informações relevantes desses participantes, pois não é um instrumento padronizado. Ainda esbarra-se no problema de ser um instrumento de auto-relato, o qual foi respondido em voz alta pelos participantes devido à baixa escolaridade dos participantes.

Albuquerque e Tróccoli (2004) relembram a influência de fatores como a desejabilidade social em instrumentos dessa natureza. Assim, os pacientes podem ter respondido de acordo com o que achavam que era o “certo” ou o que a pesquisadora esperava que respondessem.

Quanto aos resultados obtidos através da associação dos dados sobre stress e habilidades sociais, percebe-se que a hipótese de que um déficit em habilidades sociais pudesse estar relacionado a um maior nível de stress não se confirmou para essa amostra.

“A ciência é uma disposição de aceitar os fatos mesmo quando eles são opostos aos desejos. (...) Os experimentos nem sempre dão o resultado que se espera, mas devem permanecer os fatos e perecer as expectativas. Os dados, não os cientistas, falam mais alto” (Skinner, 1953/2000, p. 13).

Tendo em vista a pequena amostra e o fato do questionário de habilidades sociais ser um instrumento de auto-relato, não é possível descartar a hipótese de que essas duas variáveis – nível de stress e repertório de habilidades sociais – estejam de alguma forma relacionadas para pacientes com câncer de laringe.

Nesse sentido, indica-se que a pesquisa seja replicada numa amostra maior, com um instrumento de levantamento das habilidades sociais que não seja de auto-relato e a inclusão de uma etapa anterior à aplicação dos instrumentos: a descrição dos comportamentos de stress e habilidades sociais da amostra, de acordo com o sugerido por Cozby (2003) a seguir.

Cozby (2003) aponta quatro objetivos para a ciência: (1) descrever, (2) prever, (3) determinar as causas e (4) compreender ou explicar o comportamento. A presente pesquisa está focada no segundo objetivo, isto é, na possibilidade de prever a ocorrência de stress em pacientes com baixo repertório de habilidades sociais, o que não se confirmou nessa amostra. Talvez fosse interessante então, em pesquisas futuras, partir-se do primeiro objetivo, qual seja, descrever os comportamentos de stress e habilidades sociais de pacientes com câncer de laringe antes de passar para o segundo passo.

CONCLUSÃO

Conclui-se a partir da presente pesquisa que a hipótese inicial levantada nesse estudo não foi confirmada, isto é, a presença de stress não estava associada a déficit nas habilidades sociais dos participantes. Foi possível verificar a existência de stress em doze dos vinte e um participantes. Esperava-se que o número de participantes apresentando stress em alguma fase no momento da entrevista fosse maior, uma vez que eram pacientes portadores de câncer de laringe e essa condição é, em geral, uma situação negativa associada ao aparecimento de stress. Discutiu-se que esse resultado estava possivelmente associado a algumas características da amostra, tais como pouco tempo de percepção dos sintomas do câncer, o fato desses pacientes ainda não terem recebido o diagnóstico da doença oferecido pela equipe médica e apresentarem baixa escolaridade, o que pode estar relacionado a poucas informações sobre a doença, tratamento e prognóstico, fatores geralmente preocupantes para pessoas na mesma condição.

Já o objetivo de verificação de déficit em habilidades sociais na amostra não foi alcançado, uma vez que a população estudada apresentou um bom repertório de habilidades sociais, dado verificado no questionário de habilidades sociais formulado pela pesquisadora. Algumas hipóteses foram levantadas para explicar o fato, pois não estão de acordo com as observações realizadas durante as consultas dos pacientes e entrevista com a pesquisadora. Nessas situações os participantes apresentaram dificuldade de relacionamento interpessoal, como

por exemplo, não questionavam o médico sobre sua doença, tinham dificuldade em obter informações a respeito dos locais de exame, entre outros. Essa divergência encontrada entre as observações da pesquisadora e os resultados obtidos no questionário de habilidades sociais pode ser conseqüência da natureza do instrumento utilizado para esse objetivo, uma vez que se tratava de um instrumento de auto-relato, o qual foi respondido em voz alta pelos pacientes devido à baixa escolaridade da amostra.

Provavelmente como conseqüência dos resultados citados anteriormente, isto é, vários participantes não apresentarem stress e nenhum participante apresentar déficit em habilidades sociais, os objetivos específicos também não foram alcançados. Não se verificou associação estatística entre o valor total do ISSL e o valor total do questionário de habilidades sociais. Além disso, também não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o valor do ISSL e déficit em componentes específicos das habilidades sociais, como as categorias referentes ao interlocutor a quem se destina, ao contexto em que ocorre e à habilidade requerida.

Assim, a hipótese de que déficits em habilidades sociais pudessem estar relacionados a maiores taxas de stress nessa população não se confirmou para essa amostra. Importante ressaltar que a hipótese levantada deve ser avaliada em outras amostras, com um maior número de participantes e utilizando-se outro instrumento para a verificação do repertório de habilidades sociais dos participantes, uma vez que essas foram variáveis intervenientes no presente

estudo, as quais podem ter contribuído para um resultado diferente do esperado inicialmente.

Como alternativa ao instrumento de auto-relato utilizado, sugere-se a entrevista clínica, estratégia viável para participantes de baixa escolaridade e situação na qual fatores como a deseabilidade social não estariam tão presentes, interferindo nos resultados, levando os pacientes a responderem de acordo com o que acreditavam que a pesquisadora esperava, ao invés de responderem sobre sua realidade.

Assim sendo, conclui-se que os dados obtidos são de valia como ponto inicial para que outros estudos usando amostras maiores e instrumentos mais adequados às características da amostra sejam realizados no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 20, 153-164.

Andersen, B. L.; Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1994). A behavioral model of cancer stress and disease course. **American Psychologist**, 49(5), 389-404.

Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Kutz, L. A., MacCallum, R. Courtney, M. E. & Gleiser, R. (1998). Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, 90(1), 30-62.

A.P.A. (2002). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. Porto Alegre : Artes Médicas.

Berkman, L. & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda County residents. **AJE**, 109, 186-204.

Bovbjerg, D. H. & Valdimarsdottir, H. B. (1998). Psychoneuroimmunology: Implications for Psycho-oncology. In Holland, J.C. (Org). **Psycho-oncology** (pp. 125-134). New York: Oxford University Press.

Bower, J. E., Ganz, P. A. & Aziz, N. (2005). Altered Cortisol Response to Psychologic Stress. In Breast Cancer Survivors With Persistent Fatigue. **Psychosomatic Medicine**, 67, 277-280

Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J. A. Carboles (comps.). **Evaluación conductual: metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. E. (1987). **Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales**. Valencia : Promolibro.

Caballo,V.E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. In: V. E. Caballo (Org.) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo Veintiuno.

Caballo, V. E. (2003). **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Editora Santos.

Carneiro, R. S. & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, 9(1), 119-126.

Carvalho, V. A. (2003). Personalidade e câncer. Em: Carvalho, M.M.M.J. (Coord.) **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Editora Livro Pleno.

Chang, S.; Bondy, M. L. & Gurney, J. G. (2006). Epidemiologia do câncer. Em: Pollock, R.E.; Doroshow, J.H.; Khayat, D.; Nakao, A.; O'Sullivan, B (Orgs.). **Manual de oncologia clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.

Chou, H. L., Liaw, J. J., Yu, L. H. & Tang, W. R. (2007). An exploration of life attitudes in patients with nasopharyngeal carcinoma. **Cancer Nurs**, **30**(4), 317-323.

Cockerham, W. (1991). **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall.

Cole, P. & Rodu, B. (2001). Descriptive epidemiology: cancer statistics. In: DeVita Jr., V.T.; Hellman, S.; Rosenberg, S.A. (Eds.). **Cancer: principles and practice of oncology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Collins, J & Collins, M. (1992). **Social Skills training and the professional helper**. New York : Willey.

Cozby, P. (2003). **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas.

Dalton, S. O., Boesen, E. H., Ross, L., Schapiro, I.R. & Johansen, C. (2001) Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? **European Journal of Cancer**, **38**(1), 1313-1323.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Editora Vozes.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001a). **Inventário de habilidades sociais – Manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001b). **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Editora Vozes.

Dias, F. L.; Kligerman, J.; Cervantes, O.; Tavares, M. R.; Carvalho, M. B. & Freitas, E. Q. (2001). Diagnóstico e tratamento do câncer de laringe. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Dietz, J.; Pardo, S. H.; Furtado, C. D.; Harzheim, E. & Furtado, A.D. (1998). Fatores de risco relacionados ao câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. **Revista da Associação Médica Brasileira**, **44**(4), p. 269-272.

Eysenck, H. J. (1967). **The biological basis of personality**. Springfield: CC Thomas.

Eysenck, H. J. (1995). The causal role of stress and personality in the aetiology of cancer and coronary heart disease. In: Spielberger, C. D.; Sarason, I.G.; Brebner, J.M.T.; Greenglass, E.; Laungany, P.; O'Roark, A.M. (Eds.). **Stress and emotion: anxiety, anger and curiosity – Volume 15**. Washington: Taylor & Francis.

Fox, B. H. (1998). Psychosocial Factors in Cancer Incidence and Prognosis. In Holland, J. C. (Org). **Psycho-oncology** (pp. 110-124). New York: Oxford University Press.

Garsen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. **Clinical Psychology Review**, **24**(1), 315-338.

Gigliotti, A. & Laranjeira, R. (2005). Habits, attitudes and beliefs of smokers in four Brazilian capitals. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, **27**(1), 37-44.

Glenin, L. & Robins, H. (2006). A história natural e a biologia do câncer. Em: Pollock, R.E.; Doroshov, J.H.; Khayat, D.; Nakao, A.; O'Sullivan, B (Orgs.). **Manual de oncologia clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.

Goiato, M. C. & Fernandes, A. U. R. (2005). Risk factors of laryngeal cancer in patients attended in the oral oncology center of Araçatuba. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, **4**(13), p. 741-744.

Goiato, M. C.; Fernandes, A. U. R.; Santos, D. M.; Conrado Neto, S. (2006). Perfil de pacientes acometidos por câncer de laringe atendidos no centro de oncologia bucal – UNESP. **Revista Odonto Ciência**, **21**(51), p. 3-8.

Grün, T. B. (2006). Habilidades sociais em portadores de câncer de estômago. **Estudos de Psicologia**, **23**(2), 151-158.

Hansen, P. E., Floderus, B., Frederiksen, K & Johansen, C. (2005). Personality traits, health behavior, and risk for cancer. **Cancer**, **103**(5), 1082-1091.

Helgson, V. S. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. **Health Psychology**, **15**(2), 135-148.

Helgson, V. S., Cohen, S. & Fritz, H. L. (1998). Social ties and cancer. In Holland, J. C. (Org). **Psycho-oncology** (pp. 99-109). New York: Oxford University Press.

Herchenhorn, D. & Dias, F. L. (2004). Advances in radiochemotherapy in the treatment of head and neck cancer. **Revista do Hospital das Clínicas**, **59**(1), 39-46.

Holland, J. C. (1990). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies. In Holland, J. C., Rowland, J. H. (Org). **Handbook of Psychooncology** (pp. 705-726). New York: Oxford University Press.

INCA. Disponível na internet em www.inca.gov.br: consulta efetuada em 2008.

Irish, J., O'Sullivan, B., Siu, L. & Lee, A. (2006). Câncer de cabeça e pescoço. Em: Pollock, R.E.; Doroshow, J.H.; Khayat, D.; Nakao, A.; O'Sullivan, B (Orgs.). **Manual de oncologia clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.

Jozala, E. Infante, S. Marchini, J. S. & Okano, N. (1983). Alcoolismo, tabagismo e carcinoma epidermóide de terço médio do esôfago: estudo tipo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, **17**(3), p. 221-225.

Koh, H. K., Kannler, C. K. & Geller, A. C. (2001). Cancer Prevention: Preventing Tobacco-Related Cancers. In: DeVita Jr., V.T.; Hellman, S.; Rosenberg, S.A. (Eds.). **Cancer: principles and practice of oncology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kowalski, L. P. & Nishimoto, I. N. (2000). Epidemiologia do câncer de boca. Em: Parise Jr., O. (Org.). **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier.

Lambert, K. & Kinsley, C. H. (2006). **Neurociência clínica: as bases neurobiológicas da saúde mental**. Porto Alegre: Artmed.

Landis, S. H.; Murray, T.; Bolden, S. & Wingo, P. A. (1999). Cancer statistics, 1999. **CA A Cancer Journal for Clinicians**, **49**, 8-31.

Lipp, M. E. N. (1996). **Stress: mitos e verdades**. São Paulo: Editora Contexto.

Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. Em Lipp, M.N.E. (Org.). **Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2004). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. São Paulo: Papirus Editora.

Lipp, M.E.N. (2005). Stress no trabalho: implicações para a pessoa e para a família. In F. Nunes Sobrinho (Org.) **Pedagogia Institucional**. RJ: Zit Editora, 2005, pp. 214-236.

Lipp, M. N. E., Malagris, L.E.N. & Novais, L.E. (2007). **Stress ao longo da vida**. São Paulo: Ícone Editora.

Llewellyn, C. D., McGurk, M. & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? **Journal of psychosomatic research**, **63**(1), 17-26.

Löhr, S. S. & Grün, T. B. (2004). **Desenvolvendo Habilidades Pró-Sociais: Grupo de Crianças e Grupo de Pais**. Relatório do UFPR/TN, não publicado. Curitiba: UFPR.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, **25**(1), 65-74.

Marques, A. P. F. S. (2004). Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Psicologia Hospitalar**, **2**(2).

McKay, M.; Rogers, P. D. & McKay, J. (2001). **Quando a raiva dói**. São Paulo: Summus Editorial.

Mehrotra, R. & Yadav, S. (2006). Oral squamous cell carcinoma: Etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. **Indian Journal of Cancer**, **43**(2), 60-66.

Merlino, G. & Khanna, C. (2007). Fishing for the origins of cancer. **Genes and Development**, **21**, 1275-1279.

Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., et al. (2003). Personality and the risk of cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, **95**(11), 799-805.

Novak, G. (1996). **Psychology: Dinamical Systems and Behavior Analysis**. Context Press: Nevada.

Parkin, D. M. (2004). International variation. **Oncogene**, **23**, 6329–6340.

Pinho Jr., A. J. (2003). Stress e imunidade. Em Lipp, M.N.E. (Org.). **Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. **American Psychologist**, **59** (1), 29-40.

Rondina, R. C.; Gorayeb, R.; Botelho, C. & Silva, A. M. C. (2005). Um estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, **27**(2), 140-150.

Salvo, C. G.; Silves, E. F. M. & Toni, P. M (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia**, **22**(2), 187-195.

Schapiro, I. R., Ross-Petersen, L., Saalen, H., Garde, K., Olsen, J. H. & Johansen, C. (2001). Extroversion and Neuroticism and the Associated Risk of Cancer: A Danish Cohort Study. **American Journal of Epidemiology**, **153**(8), 757-763.

Schapiro, I. R., Nielsen, L. F., Jorgensen, T., Boesen, E. H. & Johansen, C. (2002). Psychic Vulnerability and the associated risk for cancer. **Cancer**, **94**(12), 3299-3306.

Silverstein, M. & Bengston, V. L. (1994). Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood. **Social Science & Medicine**, **38**(7):943-957.

Skinner, B. F. (1953/2000). **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes.

Straub, R. O. (2005). **Psicologia da Saúde**. São Paulo: Artmed.

Thun, M. J., Henley S. J. & Calle, E. E. (2002). Tobacco use and cancer: an epidemiologic perspective for geneticists. **Oncogene**, **21** (48), 7307-7325.

Yuspa, S. H. & Shields, P. G. (2001). Etiology of cancer: chemical factors. In: DeVita Jr., V.T.; Hellman, S.; Rosenberg, S.A. (Eds.). **Cancer: principles and practice of oncology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Vermeulen, L., Sprick, M. R., Kemper, K., Stassi, G. & Medema, J.P. (2008). Cancer stem cells – old concepts, new insights. **Cell Death and Differentiation**, **15**, 947–958.

Vidhubala, E., Latha, Ravikannan, R., Mani, C. S., Karthikesh, M. (2006). Coping preferences of head and neck cancer patients - Indian context. **Indian Journal of Cancer**, **43**(1), 6-11.

Vulimiri, S. V. & Digiovanni, J. (2006). Carcinogênese. Em: Pollock, R.E.; Doroshow, J.H.; Khayat, D.; Nakao, A.; O'Sullivan, B (Orgs.). **Manual de oncologia clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.

Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and Coping. In Holland, J. C. (Org). **Psycho-oncology** (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.

Wu, X.; Zhao, H.; Suk, R. & Christiani, D.C. (2004). Genetic susceptibility to tobacco-related cancer. **Oncogene**, **23**, 6500–6523.

ANEXOS

Anexo A

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Stress e Habilidades Sociais em uma Amostra de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço

- a) O objetivo deste estudo é examinar a existência de stress e o repertório de habilidades sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, isto é, habilidades envolvidas no relacionamento com outras pessoas, na comunicação, na resolução de problemas, na cooperação e aquelas habilidades estabelecidas pela cultura geral.
- b) Sua participação consiste em responder a três instrumentos que visam coletar dados a respeito de stress e habilidades sociais e será realizada no Hospital Erasto Gaertner, não envolvendo qualquer risco.
- c) Quanto aos benefícios, serão fornecidos os resultados dos testes aplicados, e serão fornecidas informações sobre como lidar com o stress e como se relacionar melhor com as pessoas.
- d) Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a psicóloga Taísa Borges Grün que pode ser encontrada no Hospital Erasto Gaertner (telefone: 3361-5041). Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Hospital Erasto Gaertner – Rua Dr. Ovide do Amaral, 201 – Bairro Jardim das Américas – Fone: (41) 3361-5198.
- e) É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.
- f) As informações reveladas serão mantidas em absoluto sigilo quanto ao seu nome.
- g) As informações relacionadas ao estudo serão divulgadas em publicações e apresentações, mas seu nome nunca será revelado, sendo de seu direito ter acesso a esses resultados a qualquer momento.
- h) Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.
- i) A pesquisadora compromete-se a usar os dados coletados apenas nessa pesquisa.
- j) A pesquisadora compromete-se a seguir todos os critérios éticos necessários que regem sua atuação profissional e de pesquisadoras, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

k) Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o estudo “Stress e Habilidades Sociais em uma Amostra de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço”.

Eu discuti com a psicóloga Taísa Borges Grün sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Assinatura do Pesquisador Principal

Data / /

Anexo B
Ficha de Identificação do Participante

Ficha do paciente

Identificação

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

Idade: _____ Sexo: feminino _____ masculino _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Uso do tabaco:

Eventual; quantos cigarros por dia? _____

Frequente; quantos cigarros por dia? _____

Com que idade começou a fumar? _____

Fuma há quantos anos? _____

Parou de fumar? _____

Fumou durante quantos anos? _____

Quantos cigarros por dia? _____

Não fumante? _____

Já fez tratamento anterior: ___ sim. Quantos? _____
___ não

Há quanto tempo percebeu o problema? _____

Estadiamento da doença: _____

Problemas de saúde relacionados ao cigarro? _____

Observações: _____

Anexo C
Questionário de habilidades sociais

QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS

(baseado no IHS – Del Prette & Del Prette, 2001)

As frases que serão faladas a você dizem respeito a ações ou sentimentos que apresentamos diante de situações do dia-a-dia. Você deverá dizer se aquela situação acontece em sua vida NUNCA, QUASE NUNCA, ÀS VEZES, QUASE SEMPRE, OU SEMPRE. Caso não tenha passado por tal situação, imagine como agiria se passasse por ela. Por favor, seja o mais sincero possível em suas respostas.

1. Você consegue dizer o que pensa e o que sente para sua família.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

2. Você briga ou discute com seus familiares.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

3. Você sabe fazer novos amigos.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

4. Você mantém contato com seus amigos, mesmo que seja apenas por telefone.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

5. Os seus amigos o procuram ou visitam com frequência.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

6. Você tem dificuldade em conversar com pessoas que não conhece.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

7. Você pergunta para o médico quando tem alguma dúvida sobre sua doença ou tratamento.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

8. Você tem dificuldade em conversar com uma pessoa que ocupa algum cargo importante, que tem muito dinheiro ou muito conhecimento.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

9. Você não se sente à vontade para conversar com pessoas na rua ou em locais públicos.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

10. Um amigo vem lhe pedir dinheiro e você não quer emprestar, mas se ele insistir você acaba emprestando mesmo assim.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

11. Você se dedica muito a sua família e esquece de cuidar de si próprio.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

12. Se um amigo faz alguma coisa que você não gosta ou não concorda você não diz nada.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

13. Em um grupo de amigos você dá sua opinião, mesmo se a maioria tem uma opinião contrária a sua.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

14. Se alguém fura a fila em que você está, você diz para a pessoa ir ao final da fila.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

15. Você reclama seus direitos se foi mal atendido em algum lugar.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

16. Você devolve um produto na loja se percebe que ele veio estragado.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

17. Você tem dificuldade de cobrar dinheiro que emprestou a um amigo.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

18. Você tentaria defender um amigo seu se ele estivesse sendo culpado por algo que não fez.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

19. Você tem dificuldade em pedir um favor a um vizinho.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

20. Você pede carona a um amigo se ele está indo para a mesma direção que você.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

21. Você pede informação a desconhecidos se não sabe chegar ao endereço que lhe deram.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

22. Você pede informação a algum funcionário do hospital se não sabe onde ou como realizar um exame.

Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

Anexo D

Texto sobre stress para participantes

Stress

O que é o stress?

Stress é uma reação que a pessoa tem quando em situações que exijam um esforço muito grande para a pessoa lidar com o que está acontecendo. Quanto mais a situação durar ou quanto mais grave ela for, mais estressada ela pode ficar.

Quais são os sintomas?

Sintomas que o stress pode gerar: tensão ou dor muscular, azia, problemas de pele, herpes, pressão alta, irritabilidade sem causa aparente, depressão, ansiedade, inquietação, dificuldade de concentração, esquecimentos, sensação de cansaço físico ou mental, dor de estômago, pânico, vontade de sumir de tudo, retração da gengiva, aftas.



A presença desses sintomas por um período de mais de uma semana pode indicar stress, mas o diagnóstico só pode ser realizado por um especialista.

O que causa o stress?



Fontes externas de stress (situações que acontecem nos ambientes em que vivemos): mudanças na vida, dificuldades do dia-a-dia, desemprego, brigas, acidentes, perdas importantes, dificuldade financeira, problemas de relacionamento, doenças, sobrecarga de trabalho etc.

Fontes internas de stress (produzidas por nossos pensamentos): pensamentos, sentimentos e reações estressantes. Pessoas que acham que nada vai dar certo, pessoas que querem tudo perfeito, pessoas sempre insatisfeitas, pessoas que não sabem dizer não.

Como prevenir o stress?

Alimentação anti-stress: deve ser rica em legumes, verduras e frutas. Com pouca gordura, chocolate, café, refrigerantes e sal.



Exercício físico: consulte seu médico antes de começar a se exercitar.

Sugerimos caminhadas de 30 minutos 3 vezes por semana.



Relaxamento: quando relaxamos o nosso corpo e mente tem a chance de se livrarem das tensões acumuladas, de se prepararem para novos desafios. Todo ser humano precisa de pelo menos meia hora por dia para relaxar e se desligar dos problemas. Não há fórmula mágica para relaxarmos! Alguns gostam de



música, outros de bate papo, outros de TV etc. Descubra a sua forma de relaxar!

Estabilidade emocional: tente pensar de modo positivo, vendo o lado bom das coisas. Procure falar sobre o que lhe incomoda. Se alguém o magoar, converse com a pessoa de modo calmo sobre seus sentimentos. Não se preocupe com problemas sem importância. Não assuma responsabilidades a mais do que pode dar conta. Aprenda a dizer não. Entenda que todo problema tem fim, pois nada ruim dura para sempre.



Anexo E

Texto sobre habilidades sociais para participantes

Habilidades Sociais

O que são habilidades sociais?

Habilidades sociais são os comportamentos que aprendemos ao longo da vida para nos relacionarmos nas diversas áreas sociais em que vivemos: família, escola, trabalho, amigos, em público, etc. Entre elas estão as habilidades de comunicação, resolução de problemas, colocar-se no lugar do outro, controlar a agressividade etc.



Quem são as pessoas que têm dificuldade em habilidades sociais?

São pessoas que não tiveram a oportunidade de aprender essas habilidades em sua família, grupo de amigos, escola ou trabalho. Entre essas pessoas estão os tímidos, os agressivos, os que têm dificuldade de falar em público ou com autoridades, os que não sabem falar o que pensam e o que sentem, os que não sabem dizer não, os que não têm amigos etc.



Quais as consequências de ter dificuldades em habilidades sociais?

Pessoas que não têm ou não sabem usar as habilidades sociais de forma adequada podem ficar isoladas, sem amigos ou sem apoio. São pessoas que podem ter dificuldade em se relacionar com a família, amigos, cônjuge ou no trabalho. São pessoas que provavelmente terão maior dificuldade de se comportar em ambientes desconhecidos ou com pessoas desconhecidas.

Como desenvolver habilidades sociais?

Existem várias formas de desenvolver habilidades sociais:

- procurar expor seus sentimentos e pensamentos a seus familiares e amigos.
- procurar se expor nas situações sociais (sair de casa, encontrar pessoas).
- procurar as pessoas próximas para conversar e dividir os problemas.
- descarregar a raiva em atividades físicas, por exemplo.



- o segredo é tentar sempre fazer um pouco mais ou melhor do que no dia anterior!

- mas se você tiver dificuldade em fazer essas atividades sozinho, procure um psicólogo para ajudá-lo.