

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

*Caracterização do Paciente Oncológico com relação a Habilidades Sociais,  
Depressão, Auto-Estima e Adaptação.*

Cristina Sorregotti Zocca<sup>1</sup>

Prof.<sup>a</sup>.Dr.<sup>a</sup>. Zilda Aparecida Del Prette<sup>2</sup>

Monografia apresentada  
como requisito para conclusão do  
Curso de Graduação em Psicologia  
da Universidade Federal  
de São Carlos

Fevereiro de 2000

---

<sup>1</sup> Aluna do 8º semestre do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos e orientadora do trabalho.

*"Uma alma só consegue compreender dela mesma  
o que aí se acha representado distintamente.  
Não pode, de uma só vez, explorar todos os seus recônditos,  
porque eles se estendem ao infinito"*

(C.G. Jung)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, a Deus, por me dar a chance de existir.

À minha mãe, que me ensinou a enfrentar os caminhos da vida com coragem e fé.

À minha orientadora, pela compreensão e paciência durante os ensinamentos.

À Fundação SOBECCan, e em especial a Psicóloga responsável pelo serviço de psicologia, Beatriz Neves, que tiveram confiança apoiaram este trabalho.

Aos amigos Alexandre e Cláudio por me auxiliarem na análise de questões, que sozinha, não teria conseguido resolver de forma satisfatória.

Às amigas Karina e Aline, que embora não estivessem envolvidas diretamente com este projeto, estiveram sempre ao meu lado.

E, finalmente, agradeço a mim mesma, por acreditar que o esforço vale a pena quando é feito com amor.

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

Características pessoais e demandas interpessoais do paciente oncológico.....	01
A psicooncologia.....	09
Um referencial para a análise das relações e habilidades interpessoais.....	11
Objetivo da pesquisa.....	16

### MÉTODO

Sujeitos.....	17
Instrumentos.....	18
Procedimento de Coleta de Dados.....	19
Tratamento dos Dados.....	19

### RESULTADOS.....

24
----

Inventário de Habilidades Sociais.....	27
Inventário de Depressão.....	31
Escala de Auto-Estima.....	33
Escala de Adaptação.....	34

### DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

36
----

### REFERÊNCIAS.....

41
----

### ANEXOS

## INTRODUÇÃO

O paciente com câncer, desde a suspeita da doença até o diagnóstico de confirmação está sujeito a situações de estresse e, principalmente, de ponderação dos valores de vida assumidos até então. Isso faz com que seu comportamento mude, muitas vezes de forma drástica, podendo ser adaptativo ou não à atual condição de vida. Dentro destas mudanças comportamentais, a qualidade das relações pessoais talvez seja a que mais preocupe as pessoas que convivem com o paciente de câncer, podendo ocorrer um aumento ou diminuição do contato interpessoal, que podem prejudicar também o repertório social do paciente. Se há um aumento ou uma diminuição do contato social, dependendo da reação de cada indivíduo, podem ocorrer outros distúrbios psicológicos, como depressão, estresse e ansiedade. Habilidades de comunicação e interação social podem ficar prejudicadas o que faz com que o indivíduo se sinta mais inadaptado ao contexto social em que vive.

A proposta deste estudo é conhecer como esses paciente se relacionam com o meio social em que estão inseridos, fazendo um levantamento das habilidades sociais que dispõem para isso, bem como caracterizar a presença de quadros depressivos, e do nível de auto estima e adaptação à nova condição de paciente de doença crônica.

### *Características pessoais e demandas interpessoais do paciente oncológico*

Se acompanharmos o transcurso de uma doença que não se enquadra no quadro de cronicidade, perceberemos que tanto paciente quanto familiares desenvolvem mecanismos de superar o problema e que estes são passageiros, ou seja, quando a doença passar levará com ela todas as mudanças sofridas no âmbito familiar. Porém, no caso daqueles que apresentam um processo de doença crônica, os mecanismos para enfrentar a doença são totalmente diferentes daqueles desenvolvidos no caso de doença não crônica. Essa diferença se dá, principalmente, pelas atitudes culturalmente assumidas diante deste tipo de doença, em especial com relação ao câncer e à AIDS, por exemplo, o que não acontece tão notoriamente com doenças cardíacas. Para avaliarmos isto basta pensar em qual seria nossa reação se um familiar estivesse com problema de coração, ou com algum tipo de câncer, que segundo os médicos, hoje, pode sofrer remissão. Está claro que ficaríamos muito mais perturbados com o caso de câncer, mesmo sabendo da possibilidade de cura.

Grof e Grof (1990) descrevem o medo de perder o controle como um dos principais sentimentos que domina tanto pacientes de câncer como familiares destes. Uma pessoa que planejou, durante sua vida, um futuro estável, quando se depara com um quadro de câncer na família “percebe que não tem poder sobre as forças da vida e da morte e que está sujeito a forças acima do seu comando”. Para estes autores, o medo de perder o controle faz com que a mente e o ego se esforcem para persistir, ou seja, para não romper com a realidade. Para isso, as pessoas podem criar um sistema complexo de negação, dizendo para si mesmas que tudo está bem do jeito que está, podem racionalizar os estados mentais pelos quais estão passando ou simplesmente tentar anulá-los.

Até agora pensamos na forma como todos aqueles que estão envolvidos com a doença se comportam. Mas, e o paciente? Qual é a sua postura diante de um diagnóstico de câncer? Em que isso afeta sua vida individual, social, familiar, e como esses fatores afetam sua vida psíquica? Haverá mudanças na sua forma de pensar, de se comportar?

Pensemos então em todo o processo de suspeita de câncer, de diagnóstico, de possíveis tratamentos (considerando o fato do tratamento ser extremamente drástico), as expectativas de cura, o medo do retorno da doença e em casos mais graves, o fim da esperança de cura. Este é um caminho a ser percorrido por todos os pacientes, chegando eles ao estágio final da doença ou não, já que a iminência da morte se faz presente desde a suspeita.

O primeiro choque que leva o paciente durante a suspeita é devido, geralmente, à falta de certeza tanto sobre a presença da doença quanto sobre o que poderá ser feito. Com o diagnóstico e a confirmação o paciente passa a se deparar com outras questões como: Será que tem cura? Como será o tratamento? Quanto tempo levará para melhorar?

Neste momento tanto paciente como familiares vivem um período de estresse constante e muitas vezes as relações interpessoais são afetadas. As pessoas podem se tornar agressivas e perderem o controle umas com as outras por razões aparentemente insignificantes. Em outro extremo, pode surgir o quadro depressivo, a sensação de perda de controle.

Em qualquer uma dessas situações o paciente sentirá necessidade de se apoiar nos familiares, e se a rede familiar e social em que este está inserido for bem estruturada será de grande ajuda ao paciente, uma vez que ele se sentirá seguro diante da nova situação. Porém, o que acontece, na maioria das vezes, segundo Morais (1994), é que no

paciente com câncer, o conteúdo de perda de objetos é constituído pela diminuição de atividades nos âmbitos familiar e profissional e pela perda repentina de padrões de relacionamento, o que demonstra a necessidade de um acompanhamento psicológico que auxilie na manutenção destas relações interpessoais, uma vez que são elas que irão dar o suporte para o paciente enfrentar e superar a situação de crise.

Parte das dúvidas que aparecem neste primeiro momento de suspeita de câncer são respondidas ainda na fase de comunicação do diagnóstico, quando o médico descreve o quadro ao paciente, o tratamento a ser feito e as possibilidades de melhora. Outra parte das dúvidas somente será aplacada quando vivenciada pelo paciente. Cabe ressaltar aqui a importância do paciente buscar informações, fazendo perguntas ao médico sobre o quadro real de sua doença, procurando esclarecer todas suas dúvidas. Isso possibilita que o paciente enfrente o tratamento com mais segurança, uma vez que ele sabe o que vai acontecer, e de certa forma aumenta a confiança no médico, quando este se mostra sincero e disposto a enfrentar a situação com o paciente.

Saber como é o tratamento e seus efeitos colaterais, traz para o paciente uma outra questão, e talvez, tão ou mais preocupante do que o quadro de câncer que é a debilidade física ocasionada, em muitos casos, pela quimioterapia, radioterapia e pelas cirurgias e até mesmo mutilações.

Alguns estudos, especialmente sob a ótica psicanalítica e psicossomática, têm procurado caracterizar os estados cognitivo-afetivos porque passam os pacientes acometidos de doenças graves e crônicas. Trabalhos na linha cognitiva-comportamental com pacientes de câncer hospitalizados têm buscado formas de mudar comportamentos típicos destes pacientes, como o grande número de solicitações à enfermeira, queixa frequente de dores, entre outros, através de reforçamento positivo de comportamento adequados e extinção dos inadequados (Reed, 1996).

Kübler-Ross (1977) identifica vários mecanismos de defesa, ou seja, recursos inconscientes utilizados para proteger a desintegração do Ego. Para Morais (1987) e Rowland (1990) a utilização destes tem algumas funções como a de lidar com o problema, modificar ou eliminar condições, lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e a de estabelecer uma nova maneira de relacionamento da pessoa com o meio e consigo mesma. Segundo as autoras, estes recursos durarão por diferentes períodos de tempo e se inter-substituirão ou existirão, às vezes, lado a lado.

Segundo Kubler-Ross (1977), pode ser observada a presença de cinco estágios na elaboração do diagnóstico, tanto por parte de pacientes quanto de familiares. O

primeiro estágio é o da negação e isolamento. Geralmente, quando pacientes recebem a notícia do diagnóstico não acreditam estar acontecendo aquilo com eles: "não é verdade, não é comigo". Esse tipo de negação é usada por quase todos os pacientes, não apenas durante os primeiros estágios da doença ou em seguida à "confrontação", mas pode também aparecer durante outros períodos. Esses pacientes podem considerar a possibilidade de sua própria morte por um certo tempo, mas têm que colocar esta consideração de lado, para que possam lutar pela vida. A negação ameniza o sofrimento depois de notícias inesperadas, permitindo ao paciente recobrar-se e, com o tempo, mobilizar outras defesas menos radicais. A negação é, normalmente, uma defesa temporária e logo será substituída por aceitação parcial.

Guedes e Torres (1884) se referem à três níveis de negação da morte identificados por Weismann. A negação de primeira ordem diz respeito a como o paciente percebe os fatos primários da doença. Esta negação é facilmente constatada por ser muito grande a discrepância entre o relato, as percepções do paciente e o que o observador constata. Na negação de segunda ordem, apesar do paciente aceitar os fatos primários da doença e o diagnóstico, ainda não é capaz de visualizar as implicações e possíveis extensões de sua lesão. Esse tipo de negação leva o paciente a fracionar a doença e os sintomas em diferentes pequenas enfermidades, podendo, assim, manipular cada um deles separadamente, minimizando a importância da doença propriamente dita. A negação de terceira ordem, ou de extinção, diz respeito à própria imagem da morte. Independentemente da crença filosófica ou religiosa do paciente, em função desta negação, se comporta e fala como se o estado em que se encontra fosse perdurar indefinidamente. A negação de extinção é difícil de ser diagnosticada, sendo frequentemente percebida como sinal de coragem, de esperança e de fé.

O segundo estágio apontado por Kübler-Ross (1977) é o de ira. Quando o primeiro estágio não mais pode ser mantido, é substituído por sentimentos de ira, revolta, inveja e ressentimento. A pergunta lógica seguinte é "Porque eu?". Neste estágio a ira é distribuída em todas as direções e projetada sobre o ambiente, às vezes quase a esmo. Kübler-Ross ressalta a importância da tolerância do profissional à ira, racional ou irracional, do paciente, sabendo que o alívio de exprimi-la os ajudará no sentido de melhor aceitação das horas finais.

O terceiro estágio é o da barganha. Se fomos incapazes de encarar os fatos tristes no primeiro período, e nos magoamos com as pessoas e com Deus na segunda fase, talvez possamos ser bem sucedidos ao entrar em algum tipo de acordo que possa adiar o



inevitável acontecimento. Essa tentativa de adiar tem que incluir um prêmio oferecido "por bom comportamento"; estabelece também a auto-imposição de um "marco" e inclui a promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, se o primeiro for concedido. Kübler-Ross assinala que psicologicamente promessas podem estar associadas com silenciosa culpa, decorrendo daí a importância de se ouvir o paciente até que este fique livre de todos os temores irracionais ou do desejo de punição por causa de culpa excessiva, que somente era resolvida e apoiada por novas barganhas e mais promessas não cumpridas, quando o "marco" ou limite para viver era ultrapassado.

Uma das possibilidades dentro de um diagnóstico de câncer é que haja metástase das células cancerígenas, levando o paciente ao estágio terminal, mesmo com a continuidade do tratamento. É aqui que o paciente passa a elaborar de forma mais concreta sua visão de morte e vida, a questão da perda, pois sabe que está deixando muito para trás. Aqui encontramos mais bem definido o que Kübler-Ross (1977) chamou de quarto e quinto estágios na elaboração do diagnóstico de uma doença terminal. A preparação para a mudança irreversível se dá gradualmente, porém, na grande maioria das vezes é dolorosa, tanto para o paciente quanto para familiares e até para a equipe de saúde que cuidou deste paciente, muitas vezes durante anos.

O quarto estágio denominado por Kübler-Ross(1977) é o da depressão, quando o paciente não pode mais negar sua doença, até mesmo devido às condições físicas. Seu estoicismo, sua ira ou fúria logo serão substituídos por um sentimento de grande vazio ou perda. Esta perda pode ter muitas facetas: a perda de um membro, da condição financeira, do emprego, da própria vida. Kübler-Ross diferencia ainda dois tipos de depressão: a reativa às perdas sofridas e a preparatória, ambas de naturezas diversas, sendo necessário tratá-las diferentemente. Quando a depressão é uma ferramenta para preparar para a perda iminente de tudo quanto é amado e para facilitar o estado de aceitação, então o encorajamento e a animação não são tão significativos. Se foi permitido ao paciente expressar seu pesar, ele achará uma aceitação final muito mais fácil e ficará grato àqueles que puderam sentar-se com ele durante esse estágio de depressão. Esse segundo tipo de depressão é usualmente silencioso.

O quinto e último estágio é o da aceitação e não deve ser confundido com um estágio feliz. É quase uma fuga dos sentimentos. É como se a dor tivesse terminado, os esforços superados. Neste período há uma necessidade gradual e crescente de aumentar as horas de sono. Não é uma "desistência" resignada e conformada. Neste momento, a família, geralmente, precisa de mais ajuda, compreensão e apoio do que o paciente. À

medida em que o paciente consegue uma certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui, ele deseja ser deixado só ou pelo menos não ser excitado por novidades e problemas do mundo exterior.

Morais (1994) concorda com a autora acima no fato de que, durante todos esses momentos o que o paciente mais precisa é de pessoas que possam lhe dar afeto e apoio e não de pessoas que se comuniquem com ele por obrigação ou alimentando falsas esperanças. É necessário que o paciente encontre na equipe de saúde e, principalmente, nos familiares um suporte para superar cada etapa da doença. Novamente pode-se pensar que, se a rede de relações for bem estruturada, onde todos enfrentam a situação real sem criar mecanismos de defesa que somente disfarcem ou neguem o problema, cada membro desta rede contribuirá para minimizar o sentimento de perda irreversível.

Por outro lado, há também a possibilidade de cura, ou seja de remissão da doença. E aí o paciente deverá enfrentar um outro processo em sua vida, o de readaptação social. Essa volta ao convívio familiar, social, à rotina, para muitos pacientes não se dá de forma tão natural como se costuma pensar. Tudo dependerá da forma como o paciente e os familiares encararam e ainda encaram a doença, o que ela trouxe de benefício e de prejuízo para as pessoas envolvidas neste processo, inclusive em termos interpessoais. Geralmente, o que mais preocupa nos casos de remissão da doença é a possibilidade desta retornar depois de algum tempo, o que realmente acontece em alguns casos. Kovács (1996) aponta que, segundo o relato dos próprios pacientes, curados do ponto de vista médico, psicologicamente carregam a ferida, as marcas, as memórias da doença. Qualquer dor, verruga ou mancha traz o fantasma da recidiva.

Guedes e Torres (1984) e Moraes (1994) alertam para uma questão muito discutida atualmente e que ocorre não só com pacientes com câncer, mas com todos os que têm a necessidade de internação para a realização do tratamento. A situação levantada pelas autoras é a despersonalização do paciente, que passa a ser o “paciente do quarto tal”, “o caso interessante”. Isto abala ainda mais a integridade do paciente, e é causa de apreensão e sofrimento, uma vez que ocorre o afastamento de tudo aquilo que lhe é familiar e conhecido. Há o sentimento de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, sociais e profissionais. Deve-se considerar, ainda, que esse rebaixamento no contato social pode acarretar uma série de consequências, entre elas a provável diminuição na capacidade de emissão de respostas sociais adequadas, como fazer pedidos, falar sobre seus sentimentos, fazer perguntas ou esclarecer dúvidas sobre

seu problema. Segundo Guedes e Torres (1984) a caracterização do paciente como vulnerável, submisso e dependente por parte da instituição hospitalar representa uma defesa da própria equipe de saúde. O que se encontra, na realidade, é que os pacientes não têm oportunidade para perguntar, ou então têm medo de fazer perguntas pois isso afastaria as pessoas das quais ele depende.

Em todas as etapas do desenvolvimento do câncer, tanto paciente como qualquer pessoa com ele envolvida pode passar pelo que Grof e Grof (1990) chamaram de *processo de morte do ego*, quadro que pode ser comparado à depressão. Neste processo as pessoas sentem-se oprimidas, sem nenhuma esperança de renovação; elas não tem mais certeza do seu lugar no mundo ou do seu valor como pessoa; o interesse pelos acontecimentos exteriores diminui e interiormente podem passar por uma perda gradativa da identidade. Por sentirem que estão literalmente morrendo, têm que enfrentar, de repente, seus medos mais profundos.

Segundo Morais (1994) “a depressão é traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Não conseguindo negar a doença, ele se vê obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se diante dos acontecimentos... onde a cada momento ele ‘se vê obrigado’ a novas readaptações.” (p. 57)

O quadro de depressão, além do conflito interior, traz consigo consequências nas relações sociais do paciente, como a falta de iniciativa para realizar tarefas e escassez de contatos sociais, acentuado em muitos casos pelas internações e pelo paciente ter que deixar o trabalho e muitas vezes a família. Vários estudos como o de Sánches e Lewinsohn (1980), têm demonstrado a relação entre depressão e habilidades sociais, principalmente a assertividade. Libet e Lewinsohn (1973) e Gotlib e Robinson (1982) caracterizaram pacientes depressivos como apresentando menos fluência verbal, menos iniciações sociais, uma taxa mais baixa de comportamentos reforçadores em direção aos outros, menos afirmações de apoio direto, apresentam maior número de afirmações de conteúdo negativo, fala mais monótona, sorriem menos frequentemente e apresentam menos expressões faciais positivas.

Também foi verificado que pacientes deprimidos provocam estados de humor negativo nos demais e acabam sendo rejeitados pelos outros. Os estudos de Hammem e Peters (1978) e de Howes e Hokanson (1979) evidenciam que é o conteúdo do que é dito, ou seja, o auto-descobrimiento intensamente pessoal e negativo que cria tais impressões e reações levando a um espiral negativo de rejeição e posterior depressão.

Trower (1995) aponta que há evidências bastantes sugestivas de que a qualidade das relações desempenha um papel fundamental no aparecimento, manutenção e recuperação da depressão. O que se pode pensar é na interrelação entre os diversos fatores envolvidos em todo processo de depressão. Para Trower, a probabilidade é de que padrão de cognições depressivas e o estilo interpessoal das pessoas deprimidas se combinam, produzindo uma profecia auto-realizadora (crenças afetam ações sociais, que em seu turno afetam crenças).

Carrobes (1979) identifica quatro hipóteses fundamentadas na teoria da Análise do Comportamento sobre o desenvolvimento da depressão: o comportamento deprimido pode ser decorrente de uma mudança na taxa ou forma de reforçamento do sujeito; um outro enfoque, proposto por Costello, supõe que esta mudança no reforçamento é mais de ordem qualitativa e está relacionada à variáveis internas do sujeito; Lewinsohn acredita que o comportamento depressivo pode ser decorrente de uma baixa taxa de reforçamento positivo, o qual está em função de variáveis como fatores individuais (sexo, idade), condições do meio e das habilidades fundamentalmente sociais do sujeito para obter reforços, que depende da história de reforço prévio; e, finalmente o modelo de Desamparo Aprendido, proposto por Seligman, onde o fator fundamental deste modelo é a independência entre comportamento e reforço, uma vez que o sujeito foi exposto a uma estimulação aversiva prolongada, onde qualquer comportamento era irrelevante, havendo assim uma aprendizagem de não reação a qualquer que seja o estímulo.

Quando se passa a considerar fatores externos que possam estar levando a um quadro depressivo ou ansioso, ou mesmo à mudanças radicais do comportamento, incluindo comportamentos socialmente mais ou menos adaptados, há situações extremamente importantes delimitadoras desse desencadeamento. Algumas dessas situações podem ser o luto pela perda de um parente, o diagnóstico de uma doença aguda ou crônica, ou qualquer outra situação que acarrete mudanças bruscas na rotina ou qualidade de vida do indivíduo.

A depressão pode estar associada a um sentimento de culpa. No caso do paciente com câncer, este acredita que a doença é um castigo por algo errado que tenha feito, ou então se sente culpado por estar doente e com isso ter que levar toda a família ao sofrimento e a mudança na rotina de vida. Com isso, muitas vezes se torna uma pessoa dependente, apática, com medo de ser rejeitada.

Outro fator que contribui para o desenvolvimento de quadros depressivos e de ansiedade é a hospitalização a que o paciente oncológico tem que se submeter. Os tratamentos invasivos, a debilidade física podem ocasionar o deterioramento das relações interpessoais e do sentimento de controle sobre a própria vida e o próprio futuro.

Além desses, o paciente oncológico também pode apresentar outros sintomas psíquicos como baixa auto-estima, caracterizada por um sentimento de menos valia, de incapacidade em fazer as coisas e de inutilidade que pode ser decorrente de um sentimento de perda de controle sobre sua própria vida, que agora passa a depender de outros e até mesmo da medicação. Esses sentimentos podem tanto ser decorrentes da depressão como influenciar nesta. Alguns comportamentos poderão advir desta crença em si mesmo, como a agressividade ou a passividade, a não realização de tarefas que antes eram desempenhadas sem maiores esforços, a diminuição de contato verbal, de solicitações, entre outros.

Segundo Carvalho (1994), pessoas que lidam com vicissitudes da vida de forma imatura, fazendo uso de projeções, fantasias, de comportamentos passivo-agressivos, tendem a ficar doentes numa proporção quatro vezes maior do que as pessoas maduras. Para Baltrusch (apud Carvalho, 1994), recursos pessoais para lidar com estresse, senso de significância de si mesma e de compromisso consigo, autoconfiança, são de grande importância para a adequação às diversas situações da vida: nos níveis cognitivo e emocional lidam de forma mais eficaz com problemas; pessoas bem estruturadas psicologicamente são muitas vezes socialmente competentes e geralmente possuem uma rede social de apoio também bem-estruturada; ligações sociais que levem a apoio eficiente e que não sejam associadas a conflitos parecem favorecer a adaptação a situações de stress e resultar em uma condição melhor de saúde.

### *A Psicooncologia*

Devido à grande demanda de transtornos psicológicos ocasionados pelo diagnóstico de câncer, tanto em pacientes quanto em familiares, a psicologia tem procurado atuar de forma a suprir tais necessidades. Daí se desenvolve a Psicooncologia, uma área da Psicologia que estuda os processos psicológicos específicos relacionados a este quadro.

A Psicologia, e quando se trata do câncer, a psiconcologia, pode atuar em diferentes níveis que envolvem a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, os tratamentos contínuos e a fase terminal.

A intervenção primária visa a promoção de mudança no estilo de vida, ou seja, educar o indivíduo para reconhecer e lidar com situações estressantes, as quais tem sido verificadas como grandes comprometedoras no desenvolvimento do câncer; visa também identificar os indivíduos com altos riscos de estresse. Para estas situações as técnicas mais eficazes são as comportamentais e de educação em saúde com base cognitivista. (Gimenes, 1994.)

A intervenção à nível secundário procura detectar precocemente o câncer; promover aquisição de hábitos de detecção precoce; treinar profissionais de saúde para lidar com indivíduos de alto risco; analisar e divulgar fatores psicológicos relacionados com a não adesão à prevenção (Gimenes, 1994 e Inesta, s.d.). Exemplos deste tipo de prevenção são as campanhas de auto-exame para prevenir o câncer de mama e campanhas de visitas constantes ao ginecologista para detecção do câncer de cólon de útero.

Finalmente a prevenção terciária ocorre durante o tratamento, procurando facilitar a adesão aos mesmos, como quimioterapia, radioterapia e cirurgias; promover aquisição de estratégias de enfrentamento; treinar profissionais de saúde; colaborar com técnicas psicológicas para minimizar vômitos, dor, ansiedade e depressão (Gimenes, 1994).

Há ainda a assistência durante a fase terminal. Neste caso, procura-se oferecer apoio à equipe, à família e atender às necessidades emocionais do paciente, como medo, ansiedade e questões relacionadas à espiritualidade que surgem nesta fase de desenvolvimento da doença (Gimenes, 1994).

Além dos estudos e intervenções realizados com relação à prevenção do câncer nos seus diferentes níveis, têm-se procurado estudar as causas do câncer não só do ponto de vista biológico, mas também do ponto de vista psicológico. Quais fatores poderiam estar influenciando o surgimento e desenvolvimento de um câncer? Será que há alguma relação entre estruturas psíquicas e câncer?

Leshan (apud Carvalho, 1994) afirma que os pacientes de câncer tiveram sua juventude marcada por sentimentos de isolamento, desespero e negligência, com relações interpessoais com características difíceis, e que geralmente na vida adulta conseguem estabelecer um relacionamento significativo com alguém ou estão satisfeitos

no trabalho, e isto se torna o centro de suas vidas. Porém, toda vez que um relacionamento acaba ou que se perde o trabalho, há uma reação de desespero, como se a ferida da infância tivesse sido reaberta.

Carvalho (1994) aponta ainda que o paciente de câncer tem, muitas vezes, dificuldade em reconhecer e expressar suas necessidades físicas e afetivas, não podendo assim atendê-las, o que resulta numa quebra de qualidade de sua relação com a vida. O estudo das habilidades interpessoais constitui assim, uma fonte de conhecimento no sentido de atuar junto a esta pessoa, procurando auxiliá-la nesse momento de transformação, de desenvolvimento.

#### *Um referencial para a análise das relações e habilidades interpessoais*

A Psicologia, e em particular, a Psicooncologia já tem se dedicado ao estudo dos pacientes com câncer, procurando intervir em vários níveis, desde a prevenção até o acompanhamento na fase terminal. Várias linhas teóricas e técnicas de intervenção psicológicas têm sido utilizadas no tratamento destes pacientes, o que propiciou o estudo do paciente com câncer sob diferentes pontos de vista. O estudo sob a ótica das habilidades sociais constitui uma alternativa pouco explorada na literatura e poderá trazer novos recursos de acompanhamento do paciente.

A interação social influenciou e tem influenciado muitos dos problemas pessoais, quando não acontece de forma adequada, sendo ainda, um dos fatores que interferem no desenvolvimento infantil e da saúde mental e na qualidade da vida comunitária, incluindo relações de trabalho e familiares. (Del Prette e Del Prette, 1996)

O processo de interação social, pode ter muitos objetivos, que podem ser a transmissão de conhecimentos, a obtenção de informações, a mudança de atitudes, crença, comportamentos, mudança no estado emocional e da personalidade do outro, o trabalho em tarefas cooperativas, a supervisão das atividades do outro, a supervisão e coordenação de um grupo. (Argyle, 1967; Del Prette e Del Prette, 1996; Caballo, 1993; Trower, 1995; McFall, 1982)

Devido à ampla gama de comportamentos a serem observados durante a interação social, e à complexidade destes, começou a se desenvolver uma área mais específica dentro da Psicologia, a do Treinamento em Habilidades Sociais ou THS, cujo interesse é estudar as habilidades sociais, ou seja, os comportamentos que estão diretamente envolvidos com o fenômeno da interação social.

Segundo Del Prette e Del Prette, o campo do THS volta-se para o estudo das “habilidades de comunicação, de resolução de problemas interpessoais, de cooperação e dos desempenhos interpessoais próprios de algumas atividades profissionais.” (1996, p.240)

Caballo (1993) cita como comportamentos, ou classes de respostas, mais comumente estudadas no campo das Habilidades Sociais: cumprimentar, aceitar cumprimentos, fazer pedidos, expressar amor, agrado e afeto, iniciar e manter conversação, defender os próprios direitos, recusar pedidos, expressar opiniões pessoais, incluindo desacordo, expressão justificada de desagrado, pedido de mudança de comportamento do outro, desculpar-se ou admitir ignorância, enfrentar críticas, independência, resistir a tentações, responder a um intercâmbio, dar e receber retroalimentação, realizar uma entrevista de trabalho, dar reforçamento ao outro quando se está conversando, regular a entrada e saída nos grupos sociais, solicitar satisfatoriamente um trabalho e a habilidade de falar em público.

Segundo Del Prette e Del Prette (1999) dois conceitos que devem ser esclarecidos, pois trazem muita discordância na literatura, são os de "habilidades sociais" e de "competência social", frequentemente empregados como sinônimos, mas que possuem muitas definições, algumas enfatizando a funcionalidade do comportamento, ou seja, sua adequação ao contexto e as consequências obtidas, e outras enfatizando o seu conteúdo verbal e não verbal.

Para McFall (1982), Competência Social se refere à qualidade ou adequação de um comportamento. Já Habilidades Sociais são os componentes comportamentais específicos requeridos para desempenho socialmente adequado. Assim, nem todas as pessoas que possuem a habilidade de fazer um pedido são efetivas. Por exemplo, uma pessoa tímida, em uma loja cheia, tendo que disputar a atenção do vendedor com outros compradores, pode possuir a habilidade de pedir o que deseja, mas dependendo da forma como faz, falando muito baixo ou não falando no momento apropriado, pode demorar a conseguir o que quer, ou então desistir de comprar naquele momento e decidir voltar quando a loja não estiver tão cheia e que ela possa ser ouvida pelo vendedor. Em outras palavras, ela tem o repertório de Habilidade Social, mas não foi Socialmente Competente nessa situação.

Argyle (1967) também argumenta que a Competência Social está voltada à eficácia do comportamento e é constituída de alguns componentes de considerável importância, como a sensibilidade perceptiva, as habilidades básicas de interação, a



gratificação e a serenidade. Del Prette e Del Prette (1996), baseando-se em Linehan, expõem alguns critérios para avaliar a Competência Social, como: a consecução dos objetivos imediatos, a manutenção e melhoria da relação com o outro, a manutenção e melhoria da auto-estima. Del Prette (1982) propõe um critério adicional para Competência Social como sendo “o comportamento que produz um melhor efeito no sentido de equilibrar reforçadores ou, no mínimo assegurar direitos humanos básicos” .

Neste sentido, Trower (1995), faz uma diferença entre componentes das habilidades sociais (componentes comportamentais ou repertório de ação), que é formado pelo repertório comportamental do indivíduo e que alguns autores, como Del Prette e Del Prette, (1996) e Mcfall (1982), denominam de habilidades sociais (enquanto topografia) e habilidade de processamento, a qual Del Prette e Del Prette e McFall denominaram competência social das habilidades sociais, e que está relacionada à seleção dos comportamento mais adequados dentro do repertório do indivíduo. Assim, o fracasso no comportamento social pode ser descrito em termos de déficits em comportamentos habilidosos e/ou déficit na habilidade de processamento.

Em outra vertente, Caballo (1987) toma os termos Habilidades Sociais e Competência Social como equivalentes, referindo-se ao “comportamento socialmente habilidoso”, que envolve aspectos de conteúdo e funcionalidade:

“O comportamento socialmente habilidoso é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo no contexto interpessoal, que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolvem uma situação ao mesmo tempo em que minimiza a probabilidade de problemas futuros.” ( p. 14)

Segundo Del Prette e Del Prette (1999), outros três conceitos muito importantes e muito discutidos pelo campo das Habilidades Sociais são os de assertividade, passividade e agressividade. Embora uma pessoa possa assumir essas três formas de comportamentos em diferentes situações, pode-se agrupar características gerais de pessoas que adotam mais frequentemente cada um desses tipos de reação e que são resumidas abaixo.

- As pessoas assertivas caracterizam-se por expressar sentimentos negativos, controlando a forma de expressão; procuram atingir os objetivos, preservando, tanto quanto possível, a relação; avaliam o próprio

comportamento; defendem os próprios direitos respeitando os direitos alheios; geram em relação a si sentimentos de respeito; sentem-se satisfeito consigo mesmo.

- Pessoas passivas, quando expressam sentimentos negativos o fazem de forma inapropriada; muito raramente atingem os objetivos e usualmente os sacrificam para manter a relação; não defendem os próprios direitos, mas respeitam os direitos alheios; desvalorizam-se; são indecisas nas escolhas, submetendo-se a opiniões alheias; geram, em relação a si, sentimentos de pena, irritação e desprezo; sentem-se mal consigo mesmo.
- Finalmente, pessoas agressivas expressam sentimentos negativos de forma inapropriada; atingem os objetivos, na maioria das vezes prejudicando a relação; perseveram sem avaliar as consequências; defendem os próprios direitos, geralmente desrespeitando os direitos alheios; fazem escolhas para si e para os outros; geram, em relação a si, sentimentos de raiva e vingança; podem se sentir bem ou mal consigo mesmo.

Pode-se identificar os padrões de comportamentos agressivos e passivos acima caracterizados em alguns quadros clínicos. Em pacientes depressivos, com auto-estima baixa e com dificuldade de criar e manter vínculos afetivos o comportamento passivo é mais evidente. Alcoolatras, drogaditos e em alguns casos de pacientes esquizofrênicos os comportamentos mais característicos são os agressivos.

Uma outra preocupação no campo do THS é identificar como se dá a aprendizagem das habilidades sociais. De forma geral, pode-se pensar na existência de uma base genética que predispõe o indivíduo à formas peculiares de interação com o ambiente, mas que são necessárias experiências de aprendizagem (condições ambientais) para uma caracterização do repertório de comportamentos sociais apresentados pelo indivíduo. Assim, intercâmbios de comportamentos e afetividade, práticas e valores parentais e o background cultural e sócio-econômico da família têm sido reconhecidos como importantes fatores do desenvolvimento de comportamentos socialmente habilidosos. Portanto, as habilidades sociais devem ser consideradas em um marco cultural determinado, já que os padrões de comunicação variam dentro de uma cultura e entre várias culturas. Deve-se levar em conta ainda características individuais de cada um, como idade, sexo, nível sócio-econômico, grau de instrução, atitudes próprias, crenças, capacidades cognitivas e um estilo único de interação

Com o intuito de explicar como se dá o desenvolvimento e prováveis déficits das habilidades sociais, vários autores propuseram modelos que se diferenciam, principalmente, pela visão do autor com relação a constituição e funcionamento do ser humano. Del Prette, Del Prette (1999) apresentam uma classificação dos modelos sobre os quais se tem estruturado o campo teórico-prático do THS, citando os principais autores a elas associados. No modelo cognitivo, proposto por Ladd e Mize, o desempenho social surge em decorrência de adaptações de cognições e comportamentos, a fim de atingir um comportamento socialmente aceito; no modelo de percepção social, Argyle propõe o envolvimento de um aspecto do processo cognitivo referente à leitura do ambiente social, ou seja, a discriminação de como deve ser o comportamento e quando este deve ocorrer; Thibaut & Kelley desenvolveram o modelo da teoria dos papéis, relacionada à compreensão do próprio papel e do papel do outro como forma de exercício das habilidades sociais; segundo o modelo de aprendizagem social, proposto por Bandura, o indivíduo aprende as habilidades sociais através da observação de outros (modelo) e através de reforçamento de comportamentos já aprendidos, sendo que as crenças, percepções e pensamentos também são mediadores da aquisição e do desempenho do comportamento social; no modelo da assertividade, o desempenho social adequado irá depender do reforçamento dos comportamentos assertivos que são emitidos pelo indivíduo.

Associados a esses modelos, Del Prette e Del Prette (1999) identificam quatro conjuntos de explicações para os déficits e dificuldades interpessoais: o déficit é devido a um condicionamento respondente, ou seja, a uma ansiedade gerada pela associação de estímulos; a ausência ou déficits nos componentes verbais e não verbais por falta de um reforçamento adequado na aprendizagem destas respostas sociais; processos cognitivos (crenças irracionais e padrões perfeccionistas) mediando a emissão de comportamentos socialmente adequados; falhas no processamento cognitivo de estímulos sociais do ambiente (demora no processamento e na discriminação dos estímulos sociais presentes na interação, inabilidade de decodificar os sinais verbais ou não verbais emitidos pelo interlocutor, falha na avaliação das alternativas disponíveis para responder conforme as demandas da situação e erros de percepção).

Uma outra preocupação dos estudiosos da área está relacionada às consequências do déficit em HS no relacionamento interpessoal. Para Hidalgo e Abarca (1991) pessoas com déficits sociais, muitas vezes realizam auto-avaliações pobres e distorcidas, seus níveis de exigências são elevados e perfeccionistas com relação ao

comportamento social efetivo. Isto pode acarretar consequências psicologicamente graves como inibição social, isolamento, ansiedade, insegurança e baixa auto-estima. Também pode influenciar no rendimento acadêmico, na expressão de sentimentos positivos e negativos, na resolução de conflitos e negociação. Pode-se concluir então que existe uma importante relação entre o comportamento social e a saúde mental.

O que se tem observado, na prática, é que a falta de habilidades sociais pode tanto influenciar no desenvolvimento de problemas de saúde mental, como estes podem acarretar ou intensificar uma relação interpessoal mal sucedida. Cria-se assim um ciclo de difícil identificação da etiologia específica que desencadeia todo um processo de distúrbio mental. Seguindo a mesma linha de pensamento até então apresentada, alguns quadros clínicos específicos, como ansiedade social, timidez, depressão, problemas de agressividade, comportamento delinquentes, neuroses histéricas, drogadição e alcoolismo, podem estar relacionados ao déficit em HS.

No caso do paciente oncológico, o que se pode supor é a predominância de comportamentos passivos, o que vai ao encontro com o relato de um grande número de quadros depressivos, inibição e dificuldades de relacionamento apontados por autores como Moraes (1994), Kovács (1996), Grof e Grof (1990), Carvalho (1994) e Kübler-Ross (1977). Alguns deles podem ter seu comportamento alterado após o desenvolvimento do câncer, por estarem enfrentando uma situação nova, que requer novas habilidades. Por outro lado, muitos pacientes já apresentavam déficit em habilidades sociais mesmo antes do desenvolvimento da doença, agravando ainda mais a capacidade de lidar com a situação.

Um aspecto importante a ser considerado, no caso do paciente com câncer, é que doenças crônicas, que requerem tratamentos longos, com muitos efeitos colaterais, ou que necessitam de internação prolongada e levam a uma debilidade física também podem ocasionar quadros depressivos e de ansiedade tendo como consequência uma frequência muito elevada de comportamentos passivos ou agressivos e um rebaixamento na qualidade dos relacionamentos interpessoais. Por outro lado, observa-se que pacientes que passam por um processo de transformação pessoal e que assumem uma postura mais positiva diante da vida, geralmente se mostram mais assertivos, tornando-se mais bem dispostos e abertos a relacionamentos.

*Objetivo da pesquisa*

Estudos sobre características interpessoais de pacientes com câncer são muito escassos no campo do THS. No entanto podem ser defendidos como necessários, considerando-se que pessoas que estejam envolvidas em tal situação poderão ser beneficiadas por intervenções nesta área. Porém, é necessário que se faça antes uma sistematização dos problemas interpessoais enfrentados por essas pessoas e uma delimitação de suas necessidades, especialmente em termos de recursos e déficits interpessoais para enfrentá-los. Além disso, e, associadas ao relacionamento interpessoal, podem ser situadas as características de depressão, auto-estima e adaptação desses pacientes

Assim, o objetivo deste estudo é fazer um levantamento das habilidades sociais apresentadas pelos pacientes oncológicos, bem como uma avaliação do nível de depressão, auto-estima e adaptação de tais pessoas no contexto social comum.

## MÉTODO

### Sujeitos

Neste estudo foram analisados os dados de 21 pacientes oncológicos, da Fundação SOBBECCan - Fundação para Pesquisa, Prevenção e Assistência do Câncer, que, devidamente informados sobre o objetivo da pesquisa, assinaram um termo de consentimento na participação. A caracterização dos pacientes está demonstrada na tabela 1.

**Tabela 1.** Características demográficas e sócio-econômicas da amostra

<b>categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Gênero	Masculino	06	28,5%
	feminino	15	71,5%
Idade	28 - 40	03	14,2%
	41 - 50	09	42,8%
	51 - 60	02	9,5%
	61 - 70	05	23,8%
	71 - 80	02	9,5%
<b>Média</b>	<b>52,5</b>		
<b>Desvio Padrão</b>	<b>0.01</b>		

**Tabela 1:** (Continuação)

Estado Civil	Solteiro	04	19,0%
	Casado	12	57,1%
	Viúvo	05	23,8%
Grau de Instrução	1º Grau Incompleto	08	38,0%
	1º Grau Completo	03	14,2%
	2º Grau Incompleto	04	19,0%
	2º Grau Completo	04	19,0%
	Superior Completo	02	9,5%
Renda familiar mensal per capita em salários mínimos*	0 - 1.0	04	19,0%
	1.0 - 2.0	06	28,5%
	2.0 - 4.0	07	33,3%
	+ 4.0	04	19,0%
Condição de Moradia	Própria	15	71,5%
	Alugada	06	28,5%

\* O salário mínimo, no ano de 1999, quando a pesquisa foi realizada, tinha o valor de R\$ 136,00

Os sujeitos deste estudo foram, em sua maioria, do sexo feminino, com idade média de 52,5 anos, casados, alfabetizados, mas com escolaridade máxima de 2º grau (apenas 2 com grau universitário) e renda familiar mensal abaixo de 4.0 salários mínimos, embora vivendo em casa própria.

O tempo da doença e a gravidade, apesar de serem fatores importantíssimos, não puderam ser informados pela instituição, que tem como ética o sigilo de qualquer informação referente ao paciente. Chegou-se a conclusão, ainda, que seria difícil o levantamento destas informações com o próprio paciente, uma vez que muitos deles podem não ter conhecimento claro sobre a doença.

### **Instrumentos**

1) Questionário de Identificação constando de itens sobre sexo, idade, grau de instrução, estado civil e nível sócio econômico (Anexo 1);

2) Inventário de Habilidades Sociais, adaptado de Del Prette e Del Prette e Barreto (1998) composto de 38 afirmações que descreviam uma ação ou sentimento diante de uma dada situação, onde o sujeito deveria indicar a frequência com que agia ou sentia como descrito no item. As opções de escolha de frequência variavam segundo uma escala de cinco pontos: nunca ou raramente (2 vezes de 10 situações); com pouca

frequência (3 a 4 vezes de 10 situações); com regular frequência (4 a 6 vezes de 10 situações); muito frequentemente (6 a 8 vezes de 10 situações); e sempre ou quase sempre (8 a 10 vezes de 10 situações). Os itens 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 20, 24, 26, 27, 31, 32, 34, e 35 eram apresentados com sentido fraseado negativo (Anexo 2);

3) Inventário de Depressão (Beck, Rush, Shawe Emery, 1979), composto de 21 grupos de afirmações, cada um contendo 4 afirmativas, onde o sujeito deveria escolher a afirmativa que melhor descrevia como ele havia se sentido durante a última semana (Anexo 3);

4) Escala de Auto-estima (Rosenberg, 1965), composta de 10 sentenças afirmativas, onde os sujeitos deveriam escolher, segundo uma escala de quatro pontos (concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente), a resposta que considerava mais adequada no que se referia a sentimentos sobre si mesmo (Anexo 4);

5) Escala de Adaptação (Echeburúa, 1997), com 6 itens, que considerava aspectos da vida cotidiana como trabalho e/ou estudos, vida social, tempo livre, relações conjugais, vida familiar e escala global. Aqui o sujeito deveria escolher em uma escala de 6 pontos (nada, quase nada, pouco, bastante, muito e muitíssimo) o nível em que sua vida foi afetada com a presença da doença (Anexo 5);

### **Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada individualmente, na sala de espera do hospital, onde os pacientes diziam sentirem-se mais a vontade.

Num primeiro momento foi feito um contato com o paciente onde foi explicado o objetivo da pesquisa. Aqui foi garantido a este que todas as informações coletadas não seriam divulgadas fora do meio científico e que sua identidade seria preservada. Também foi garantido ao paciente que este receberia uma devolutiva após o término da pesquisa.

Para o paciente que aceitasse participar foi pedido que assinasse um termo de consentimento para a coleta das informações e uso destas sob sigilo. Também foi informado como deveriam ser preenchidos cada inventário e escala e que, caso tivesse alguma dúvida, poderia se dirigir ao experimentador para esclarecê-la.

### **Tratamento dos dados**

Para que os dados pudessem ser analisados estatisticamente, inicialmente foi necessário que se fizesse uma codificação nas escalas utilizadas para a coleta de dados.

#### ***Inventário de Habilidades sociais***

Neste inventário, à frequência com que o sujeito relata agir ou sentir em determinada situação foram atribuídos valores, denominados por *índice de frequência* (conforme Quadro 1 abaixo), para posterior levantamento de escores dos sujeitos:

**Quadro 1:** Valores dos índices de frequência atribuídos às respectivas frequências com que o sujeito relata agir ou sentir em determinada situação

<b>Frequência</b>	<b>Índice de frequência</b>
Nunca ou raramente	1
Com pouco frequência	2
Com regular frequência	3
Muito frequentemente	4
Sempre ou quase sempre	5

Além desta codificação, os itens 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 20, 24, 26, 27, 31, 32, 34, 35 tiveram seus valores invertidos devido ao sentido semântico da sentença. Portanto, o índice de frequência está associado a frequência com que o sujeito se comporta de maneira habilidosa em determinadas situações.

Com base na tabulação do índice de frequência foi feito o levantamento do escore dos sujeitos, que podia variar de 38 à 190

#### ***Inventário de Depressão***

No inventário de depressão não foi necessário que se fizesse alterações sendo, portanto, computados os valores reais atribuídos a cada afirmação (conforme Quadro 2 abaixo). Esses valores foram denominados por *índice de sentimentos/atitudes negativos* e estão relacionados à intensidade de sentimentos/atitudes negativos atribuídos a cada item do inventário.



**Quadro 2:** Valores dos índices de sentimento/atitudes negativos atribuído a cada item do inventário de depressão de acordo com o grau de sentimento/atitudes negativos relacionados a estes.

Grau de sentimento/atitudes negativos	Índice de sentimento/atitudes negativos
Nenhum	0
Pouco	1
Muito	2
exacerbado	3

Aqui os escores poderiam variar de 0 a 63 pontos e dentro desta variação foi feita uma classificação dos sujeitos referente ao grau de depressão, conforme a escala abaixo:

**0 - 21** - grau baixo de depressão

**22 - 42** - grau médio de depressão

**43 - 63** - grau alto de depressão

### ***Escala de Auto-Estima***

Na escala de auto-estima, inicialmente as sentenças foram classificadas como sendo referentes a auto-estima alta (sentenças 1,3,4,5,6,7) e auto-estima baixa (sentenças 2,8,9,10).

Para que os dados fossem computados de forma adequada foi feita a seguinte atribuição de pontos:

Para sentenças referentes a *auto-estima alta*

Concordo totalmente	4
Concordo	3
Discordo	2
Discordo totalmente	1

Para sentenças referentes a *auto-estima baixa*

Concordo totalmente	1
Concordo	2
Discordo	3
Discordo totalmente	4

Para a realização de posterior análise, esses valores foram denominados de *índice de auto-estima* e se referem ao nível da auto-estima atribuído pelo sujeito a cada item

**Quadro 3:** Valores dos índices de auto-estima relacionados ao nível de auto-estima indicados pela escala.

Nível da auto-estima	Índice de auto-estima
Baixíssima	1
Baixa	2
Média	3
alta	4

Como o resultado de cada sujeito podia variar de 10 a 40 pontos, foi feita uma classificação dos sujeitos no que se refere ao seu escore de auto-estima, de acordo com a tabela abaixo

**10 - 19** - baixa auto-estima

**20 - 29** - média auto-estima

**30 - 40** - alta auto-estima

#### *Escala de Adaptação*

Os valores da escala de adaptação foram computados na forma original e para que fosse possível uma análise do quanto se deu a mudança na vida do sujeito os valores da escala foram denominados de *índice de mudança*.

**Quadro 4.** Valores dos índices de mudanças referentes ao grau de mudança atribuído pelos sujeitos em cada item

Grau de mudança	Índice de mudança
Nenhuma	1
Quase nenhuma	2
Pouca	3
Bastante	4
Muita	5
Muitíssima	6

Também foi feita uma classificação, com base na variação (de 6 a 36) do escore total, de acordo com a tabela abaixo

**6 - 12** - quase nenhuma mudança

**13 - 18** - pouco mudança

**19 - 24** - regular mudança

**25 - 30** - muita mudança

**31 - 36** - mudança total

Dada a falta de referenciais na literatura para a análise dos índices de depressão, auto-estima e adaptação adotou-se neste trabalho, uma classificação dos escores segundo critérios de ordenação dentro da amostra (portanto, um critério arbitrariamente definido)

Após a codificação dos dados, estes foram computados para que se pudesse realizar a análise estatística. Para isto foram utilizados os programas estatísticos Excel e SPSS.

Inicialmente foram feitos gráficos de correlação dos inventários e escalas de Habilidades Sociais vs Depressão, Habilidades Sociais vs Auto-Estima, Habilidades Sociais vs Adaptação, Depressão vs Auto-Estima, Depressão vs Adaptação e Auto-Estima vs Adaptação, respectivamente. Para verificar se a correlação entre os inventários e escalas era significativa foi aplicado o teste de correlação linear parcial (Correlação Pearson).

Também foram calculados os escores totais, médias e desvios padrões amostrais das respostas dadas por cada sujeito, em cada escala e inventário, a fim de verificar os índices médios de frequência com que os sujeitos responderam em determinadas situações, o índice médio de sentimentos/atitudes negativos, os índices médios de auto-estima e os índices médios de mudança na vida cotidiana dos sujeitos.

A média e desvio padrão amostral das respostas dadas em cada item também foi calculado, a fim de verificar quais situações e sentimentos caracterizavam o paciente oncológico.

## RESULTADOS

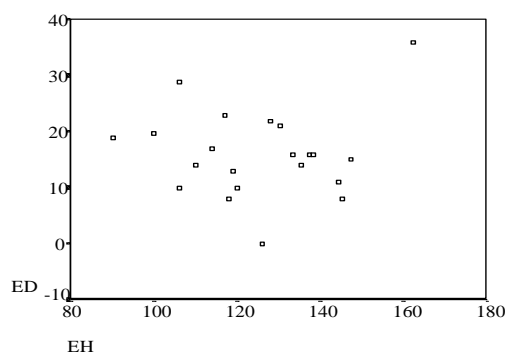
Os escores obtidos pelos sujeitos em cada um dos inventários e escalas são apresentados na tabela abaixo.

**Tabela 2:** Escore obtido pelos sujeitos, Média (m) e Desvio Padrão Amostral (dp) nos inventários de Habilidades Sociais e Depressão e Escalas de Auto-Estima e Adaptação.

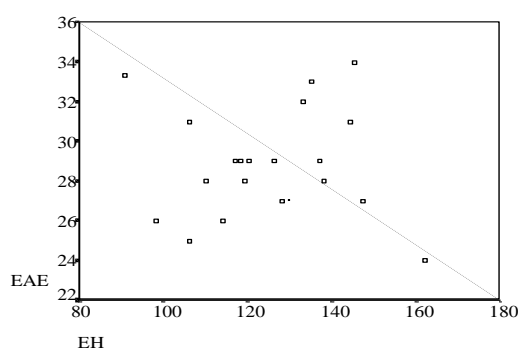
S	EHS	m	dp	ED	m	dp	EAE	m	dp	EA	m	dp
S1	117	3.08	1.00	23	1.09	0.99	29	2.9	0.88	26	4.33	1.21
S2	114	3.00	1.63	17	0.81	1.03	26	2.6	0.70	17	2.83	0.98
S3	144	3.79	1.34	11	0.52	0.98	31	3.1	0.99	11	1.83	1.16
S4	90	2.37	1.20	19	0.90	1.30	33	3.3	0.67	15	2.50	1.51
S5	118	3.11	1.33	8	0.38	0.59	29	2.9	0.57	9	1.50	0.54
S6	138	3.63	1.75	16	0.76	0.94	28	2.8	0.42	12	2.00	1.09
S7	106	2.79	1.53	10	0.47	0.75	31	3.1	0.74	10	1.66	1.03
S8	128	3.37	1.79	22	1.05	1.24	27	2.7	0.48	8	1.33	0.81
S9	110	2.89	1.91	14	0.66	1.15	28	2.8	0.42	16	2.66	1.96
S10	130	3.42	1.75	21	1.00	0.94	27	2.7	0.48	12	2.00	1.67
S11	126	3.32	2,00	0	0.00	0.00	29	2.9	0.32	11	1.83	1.32
S12	135	3.55	1.27	14	0.66	1.02	33	3.3	1.25	21	3.50	1.76
S13	133	3.50	1.70	16	0.76	1.04	32	3.2	0.79	26	4.33	2.58
S14	145	3.82	1.69	8	0.38	0.86	34	3.4	1.07	6	1.00	0.00
S15	137	3.61	1.60	16	0.76	1.13	29	2.9	0.32	27	4.50	2.07
S16	98	2.58	1.93	20	0.95	0.97	26	2.6	0.52	18	3.00	1.78
S17	162	4.26	1.25	36	1.71	0.78	24	2.4	0.70	34	5.66	0.81
S18	119	3.13	1.17	13	0.62	0.74	28	2.8	0.92	19	3.16	0.75
S19	120	3.16	1.87	10	0.47	0.81	29	2.9	0.32	14	3.00	1.09
S20	147	3.87	1.40	15	0.71	1.00	27	2.7	0.67	25	4.16	2.13
S21	106	2.79	1.71	29	1.38	1.20	25	2.5	0.53	6	1.00	0.00

Como pode ser observado, os escores mínimos e máximos obtidos pelos sujeitos nos inventários e escalas, foram respectivamente, 90 e 162 no inventário de Habilidades Sociais, 0 e 36 no de depressão, indicando baixo e médio grau de depressão, 24 e 34 na escala de auto-estima, caracterizando os sujeitos com média e alta auto-estima e, finalmente, 6 e 34 na escala de adaptação, indicando quase nenhuma mudança à mudança total na vida dos sujeitos.

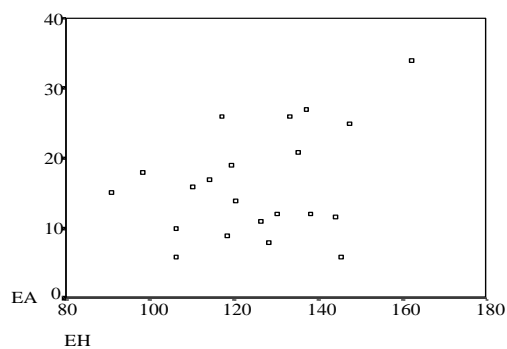
Com base nos escores obtidos pelos sujeitos nos inventários e escalas foram feitos gráficos de correlação. Os resultados podem ser observados nas figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6.



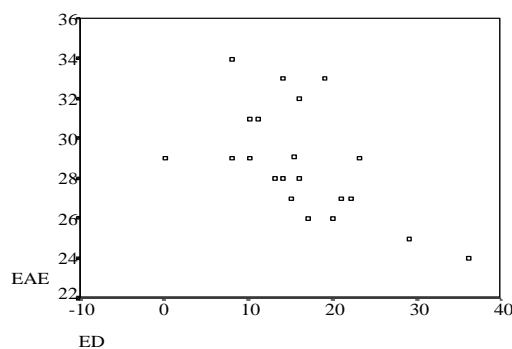
**Figura 1:** Correlação entre os escores dos Inventários de Habilidades Sociais e Depressão



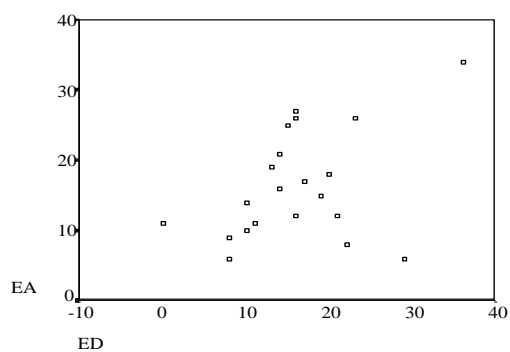
**Figura 2:** Correlação entre os escores do Inventário de Habilidades Sociais e da Escala de Auto-Estima



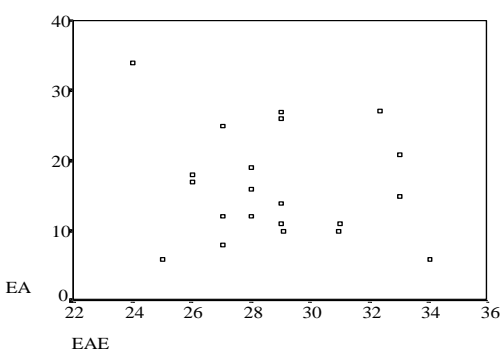
**Figura 3:** Correlação entre os Escores do Inventário de Habilidades Sociais e da Escala de Adaptação



**Figura 4:** Correlação entre os Escores do Inventário de Depressão e da Escala de Auto-Estima



**Figura 5:** Correlação entre os Escores do Inventário de Depressão e da Escala de Adaptação.



**Figura 6:** Correlação entre os Escores das Escalas de Auto-Estima e Adaptação.

Os gráficos 3 e 5, de correlação entre os escores de Habilidades Sociais vs Adaptação e Depressão vs Adaptação, respectivamente, associados aos dados apresentados na tabela 3, onde o índice de correlação Pearson foi de +0.351 e +0.415,

respectivamente, mostram haver uma pequena correlação, porém não significativa entre esses valores. Assim, não podem ser feitas conclusões no sentido de relacionar esses resultados.

Pode-se ainda observar que não houve correlação significativa entre as outras variáveis. Esses resultados podem ser observados nos gráficos 1, 2 e 6 de correlação entre Habilidades Sociais vs Depressão, Habilidades Sociais vs Auto-Estima e Auto-Estima vs Adaptação, respectivamente, onde os dados se mostram dispersos, não sendo possível atestar que as diferentes variáveis variam de forma contínua e relacionadas entre si. Somando-se a isso, os índices de correlação Pearson mostram estatisticamente que essa correlação não é significativa.

A Tabela 3 mostra os índices de correlação linear entre escores dos inventários e escalas (Correlação Pearson).

**Tabela 3:** Correlação linear entre os escores dos Inventários de Habilidades Sociais e Depressão e as Escalas de Auto-Estima e Adaptação.

		EHS	ED	EAE	EA
EHS	Correlação Pearson	1,000	0,069	-0,021	0,351
	Sig. (2-tailed)	,	0,765	0,917	0,119
	N	21	21	21	21
ED	Correlação Pearson	0,069	1,000	-0,569(**)	0,415
	Sig. (2-tailed)	0,765	,	0,007	0,061
	N	21	21	21	21
EAE	Correlação Pearson	-0,024	-0,569(**)	1,000	-0,182
	Sig. (2-tailed)	0,917	0,007	,	0,428
	N	21	21	21	21
EA	Correlação Pearson	0,351	0,415	-0,182	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,119	0,061	0,428	,
	n	21	21	21	21

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como pode ser observado, a única correlação significativa foi entre o inventário de depressão e a escala de auto-estima, onde o índice de correlação linear foi negativo em 0,569, o que significa dizer que enquanto o escore de depressão aumenta, diminui o de auto-estima em proporções consideradas significativas. Na prática, isto reflete uma realidade condizente com a literatura, uma vez que o sujeito que apresenta maior escore

no inventário de depressão, apresenta um maior estado depressivo e uma consequente baixa auto-estima.

Após uma análise comparativa entre os diferentes inventários e escalas foi feita uma análise dos resultados obtidos em cada escala e inventário separadamente. Os resultados são apresentados a seguir.

#### *Inventário de Habilidades Sociais*

A média dos escores no inventário de Habilidade Sociais foi de 124,42 pontos, com desvio padrão de 5,12, estando assim, 10,42 pontos acima da média de pontos do inventário, que é 114, mostrando assim, que os pacientes que fizeram parte desta pesquisa apresentam um repertório de habilidades sociais acima da média, contrariando as expectativas de que pacientes oncológicos se mostram pouco habilidosos socialmente. O índice médio de frequência assinalados pelos sujeitos, em cada item, foi de 3,29, o que significa, que na média, eles se comportam como descrito no item com *regular frequência*.

A Tabela 4 mostra a frequência dos escores dos sujeitos no inventário de Habilidades Sociais.

**Tabela 4:** Frequência absoluta e relativa de sujeitos que obtiveram o escore variando segundo a escala abaixo.

Escore	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
38 - 57	0	0%
58 - 76	0	0%
77 - 95	1	4%
96 - 114	5	23%
115 - 133	8	38%
134 - 152	6	28%
153 - 171	1	4%
172 - 190	0	0%

Analisando o índice médio de frequência assinalado por cada sujeito, pode-se observar que a maioria dos sujeitos, 66,6%, obteve um índice médio de frequência entre 3 e 4, (*regular frequência à muito frequentemente*). Os resultados podem ser observados de forma mais completa na Tabela 5.

**Tabela 5:** Frequência Absoluta e Relativa dos sujeitos cujo índice médio de frequência esteve dentro da variação da *escala índices de frequência*.

Índice Médio de Frequência	Frequência	Frequência
	Absoluta	Relativa
1 - 2	0	0%
2 - 3	6	28,5%
3 - 4	14	66,6%
4 - 5	1	4,7%

Percebe-se novamente com esses resultados que a média de respostas dadas pelos sujeitos está acima dos valores médios do inventário que, no caso do índice de frequência, está entre 2 e 3 (*pouco frequentemente e regular frequência*).

Também foi realizada a análise dos itens do inventário de Habilidades Sociais. A média dos índices de frequência atribuída por cada sujeito a cada item pode ser observada na Figura 7.

Como pode ser observado, alguns itens eliciaram respostas de maior índice de frequência, enquanto outros, índices menores. O número de itens relativo às médias dos índices de frequência podem ser observados na Tabela 6.

**Tabela 6:** Número de itens referentes a média dos índices de frequência

Média do Índice de Frequência	Número de Itens
1 - 2	2
2 - 3	10
3 - 4	19
4 - 5	7

Os dois itens que eliciaram respostas de mais baixo índice de frequência foram os itens 5 (*se acho uma pessoa do sexo oposto atraente, consigo aborda-la para iniciar conversação*) e 10 (*se um casal perto de mim estiver conversando alto e incomodando, eu pediria para ficarem quietos ou para irem conversr em outro lugar.*). Apesar de não ser perguntado aos entrevistados, alguns argumentavam que não agiam como indicado no item 5 porque eram casados ou viúvos e que não olham ou se interessam por pessoas do sexo oposto.

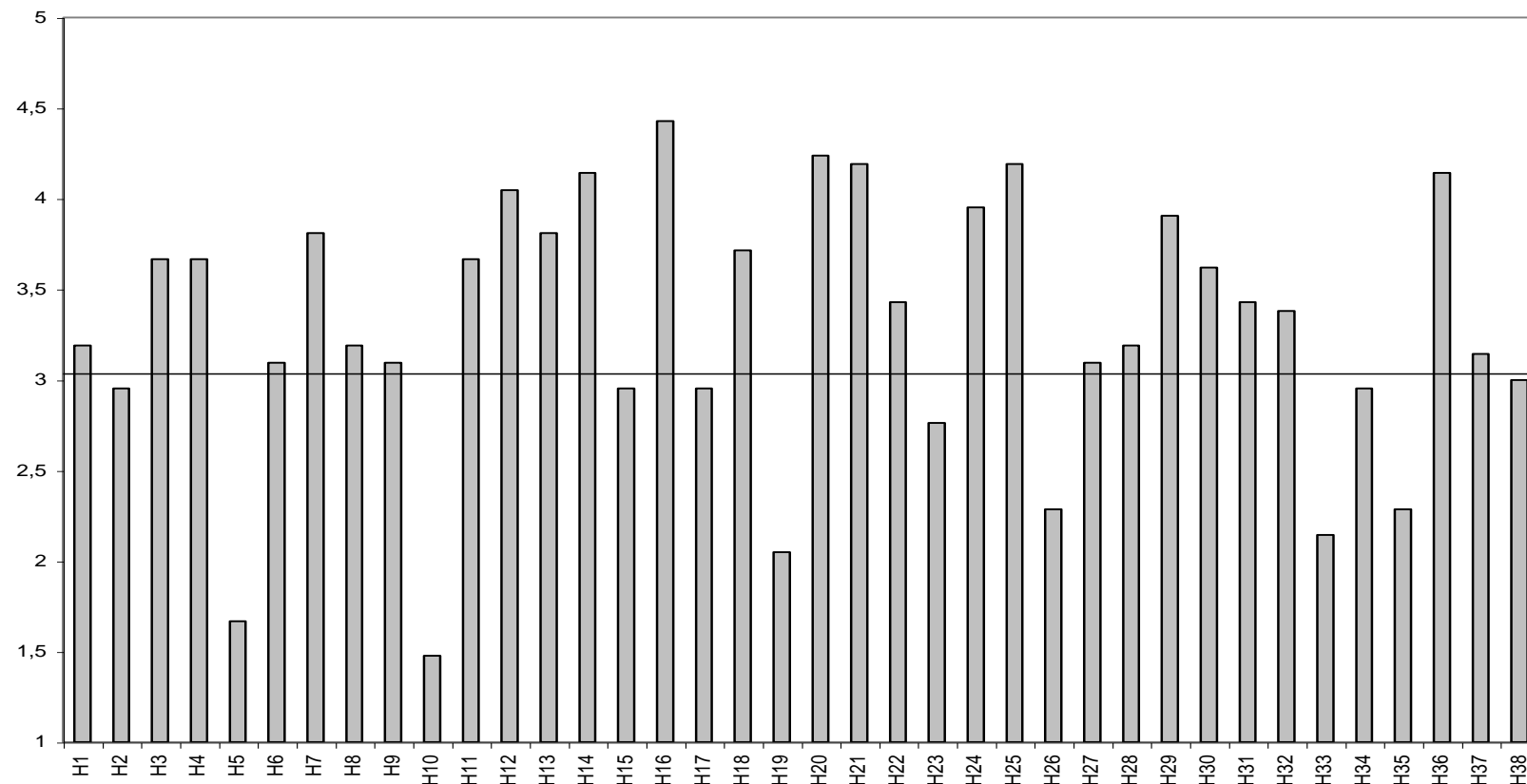


Já os itens que eliciaram respostas de alto índice de frequência (entre 4 e 5), foram os itens 12, 14, 16, 20, 21, 25, 36 que se referem, respectivamente, à: "fazer perguntas ao médico sobre o tratamento", "chamar a enfermeira caso perceba alguma alteração no funcionamento do equipamento", "retribuir a elogios", "participar de conversação entre amigos e familiares", "expressar sentimentos de afeto", "reclamar por seus direitos" e "ser empático aos problemas de outros".

É necessário lembrar que os itens 12 e 20 tiveram seus valores invertidos devido à semântica da afirmação. Portanto, originalmente os sujeitos atribuíram à esses itens frequência como *nunca* ou *com pouco frequência*. Isto significa que frequentemente seus comportamentos são adequados diante de tais situações, sendo atribuído o índice de frequência maior, já que este está associado ao comportamento habilidoso, como foi explicado anteriormente.

A atribuição de altos índices de frequência aos itens acima referidos, mostra que os pacientes oncológicos apresentam habilidades sociais consideradas importantes pelos autores da área como fazer perguntas, fazer pedidos, retribuir elogios, manter conversação, expressar sentimentos positivos, queixar quando é necessário e ser empático.

Outras habilidades não se mostraram tão presentes nos pacientes como as de expressar opinião, expressar desagrado, dar feedback, iniciar conversação, negociar, abordar pessoas, principalmente se forem desconhecidas e do sexo oposto e falar em público. É interessante observar que todas essas habilidades estão envolvidas com o processo de iniciar uma ação. Pode-se então pensar, que esses pacientes encontram mais facilidade em se expressar quando a cadeia de comportamentos teve início em outra pessoa, sendo assim, reagentes na situação e não agentes. O paciente encontra mais facilidade em agir, ou seja, dar início a uma cadeia de comportamentos, quando esses estão relacionados a sua saúde, como no caso de perguntar ao médico e chamar a enfermeira, ou então quando o comportamento é dirigido a pessoas próximas, como amigos e familiares.



**Figura 7:** Média dos índices de frequência atribuído pelos sujeitos aos itens do Inventário de Habilidades sociais

### *Inventário de Depressão*

A média dos escores dos sujeitos no inventário de depressão foi de 16 pontos, com desvio padrão de 0,8. O índice médio de sentimentos/atitudes negativos foi de 0,7, estando, portanto, entre *nenhum e pouco sentimento/atitude negativos*.

A tabela 7 mostra a frequência dos escores dos sujeitos no inventário de depressão.

**Tabela 7:** Número de sujeitos que obtiveram o escore variando segundo a escala de grau de depressão.

Escore	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0 - 21	17	81%
22 - 42	4	19%
43 - 63	0	0%

Como pode ser observado, 81% dos sujeitos apresentaram grau baixo de depressão, enquanto que 19% apresentaram grau médio de depressão.

Com relação ao índice médio de sentimentos/atitudes negativos, a Tabela 8 mostra os resultados obtidos.

**Tabela 8:** Número de sujeitos que atribuíram índice médio de sentimentos/atitudes negativos segundo a escala do inventário de depressão.

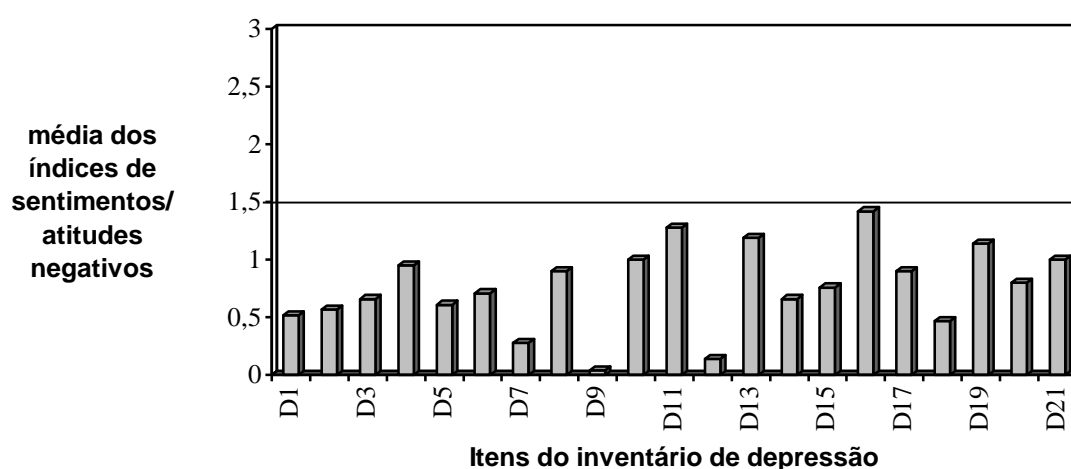
Índice Médio de Sentimentos/Atitudes negativos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0 - 1	12	57,2%
1 - 2	9	42,8%
2 - 3	0	0%
3 - 4	0	0%

Com esses resultados observa-se, portanto, que 12 sujeitos (57,2%) atribuíram índice médio de sentimentos/atitudes negativos que indicam *nenhum* ou *pouco sentimentos/atitudes negativos*. Nove sujeitos (42,8%) atribuíram índices que indicam *pouco* ou *muito sentimentos/atitudes negativos*.

Cabe ressaltar ainda que 18 sujeitos (85,7%) atribuíram índices de sentimentos/atitudes negativos equivalente a intensidade regular, em pelo menos 1 item do inventário de depressão, indicando assim, sentimentos/atitudes negativos exacerbado

em determinadas situações, como esperança no futuro, sentimento de fracasso, satisfação/insatisfação com as coisas, sentimento de culpa constante, sentimento de estar sendo castigado, sentimento de menos valia, frequência de choro, situações de irritabilidade, tomada de decisões, estabilidade no sono, sensação de cansaço, apetite, perda de peso, preocupação com a saúde e interesse por sexo, perfazendo assim um total de 15 itens.

A análise dos itens possibilitou verificar que 5 itens eliciaram respostas cuja média do índice de sentimentos/attitudes negativos foi maior ou igual a 1. Os resultados podem ser observados na Figura 8.



**Figura 8:** Média do índice de sentimentos/attitudes negativos atribuídos pelos sujeitos a cada item do inventário de depressão.

Assim, a média dos índices de sentimentos/attitudes negativos atribuídos pelos sujeitos aos itens 10, 11, 13, 16, 19 e 21 foram, respectivamente, 1,00, 1,28, 1,19, 1,42, 1,14 e 1,00, indicando, portanto, de *pouco a muito* sentimentos/attitudes negativos. Esses itens se referem, respectivamente à frequência de choro, nível de irritabilidade, facilidade para tomar decisões, estabilidade do sono, perda de peso e interesse por sexo.

Observou-se durante as entrevistas que os itens, 19 e 21 podem ter tido seus resultados alterados por variáveis que não as envolvidas no processo depressivo. A perda de peso, no caso do paciente com câncer, muitas vezes, é devido ao tratamento quimioterápico ou radioterápico. Com relação ao interesse por sexo, como já dito antes, 23,8% dos entrevistados são viúvos e mesmo alguns casados se mostraram bastante

receosos em responder, o que pode ter influenciado na resposta. Sendo assim, são variáveis que devem ser controladas nas futuras pesquisas.

### *Escala de Auto-Estima*

A média do escore obtido pelos sujeitos na escala de auto-estima foi de 29 pontos, com desvio padrão de 0,8. O índice médio de auto-estima obtido pelos sujeitos foi de 2,8, o que significa *baixa a média auto-estima*. Observou-se, portanto, que a média de pontos obtida pelos sujeitos está 4 pontos acima da média da escala de auto-estima, indicando, assim, que a auto-estima desses pacientes está dentro da média esperada. A Tabela 9 mostra o escore obtido pelos sujeitos na escala de auto-estima.

**Tabela 9:** Frequência dos sujeitos segundo seu escore na escala de auto-estima.

<b>Escore</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
10 - 19	0	0%
20 - 29	15	71,4%
30 - 40	6	28,5%

Portanto, 15 sujeitos (71,4%) obtiveram escores que indicam uma auto-estima média, enquanto que 6 sujeitos (28,5%) apresentaram auto-estima alta.

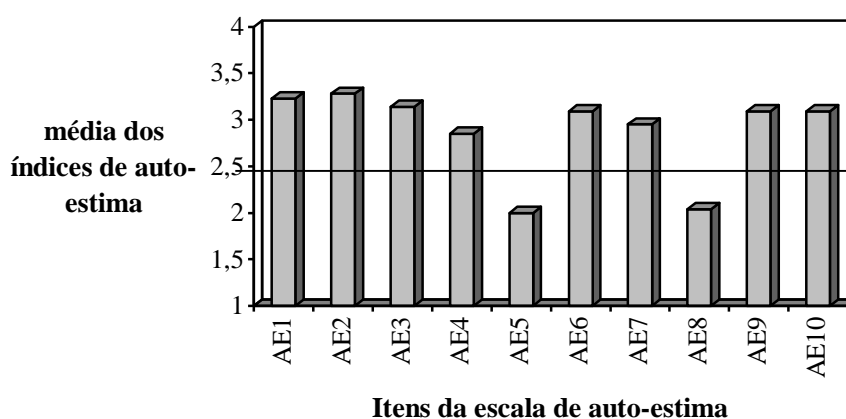
Os índices médios de auto-estima atribuídos pelos sujeitos aos itens da escala, mostram que, novamente, 15 sujeitos atribuíram índices que indicam uma média de *baixa a média auto-estima* e 6 sujeitos, índices que indicam uma média de *média a alta auto-estima*. Os dados podem ser observados na Tabela 10.

**Tabela 10:** Frequência relativa de sujeitos em função do índice médio de auto-estima na escala de índices de auto-estima.

<b>Índice de Auto-Estima</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
1 - 2	0	0%
2 - 3	15	71,4%
3 - 4	6	28,5%

Apesar dos índices médios de auto-estima estarem entre 2 e 4, três itens (5, 8, 10) eliciaram em, respectivamente, 2,41 sujeitos, índices de auto-estima *baixíssima*. Tais itens se referem à "sentimento de orgulho por si", "valorização de si" e "sentimento de menos valia", respectivamente.

A análise dos itens, possibilitou verificar, ainda, que nenhum item apresentou média de atribuição dos índices de auto-estima inferior a 2 (baixa ou baixíssima auto-estima). A Figura 9 mostra o resultado obtido na análise de atribuição de índices de auto-estima por itens da escala de auto-estima.



**Figura 9:** média dos índices de auto-estima atribuídos pelos sujeitos aos itens da escala de auto-estima.

Como pode ser observado, aos itens 1, 2, 3, 6, 9, 10 foram atribuídos aos maiores índices de auto-estima. Estes itens se referem respectivamente a "sinto que sou uma pessoa digna de apreço, pelo menos igual aos outros", "acho que no fundo sou um fracasso", "creio que tenho várias qualidades boas", "tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo", "às vezes me sinto verdadeiramente inútil" e "às vezes penso que não sirvo para nada".

#### *Escala de Adaptação*

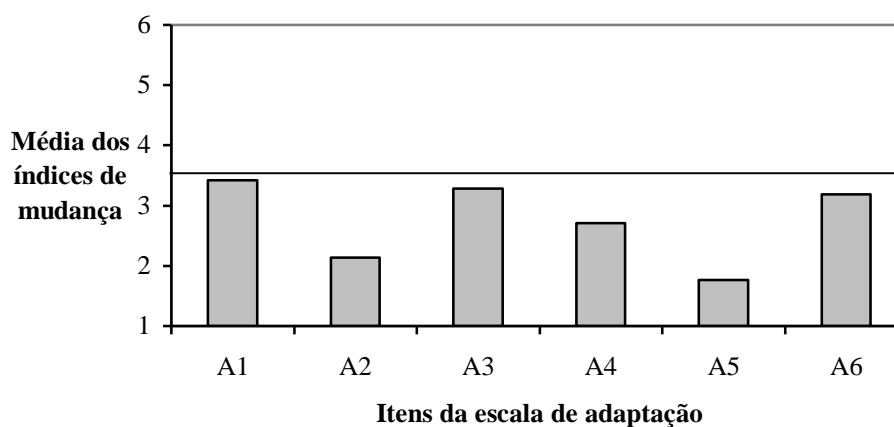
A média dos escores dos sujeitos na Escala de Adaptação foi de 16 pontos, com desvio padrão de 2,45. O índice médio de mudança foi de 2,77, indicando *quase nenhuma à pouca mudança*. A Tabela 11 mostra os resultados dos escores obtidos pelos sujeitos.

**Tabela 11:** Frequência relativa de sujeitos conforme o escore na escala de mudança.

Escore	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
6 - 12	9	42,8%
13 - 18	5	23,8%
19 - 24	2	9,5%
25 - 30	4	19,0%
31 - 36	1	4,7%

A análise dos escores permite dizer que 9 sujeitos (42,8%) apontaram quase nenhuma mudança em suas vidas e 5 sujeitos (23,8%) indicaram pouca mudança. O escore de 2 sujeitos (9,5%) indica que houve regular mudança e de 4 sujeitos e 1 sujeito, respectivamente, muita mudança e mudança total na vida cotidiana.

A análise dos itens indica que algumas situações sofreram maiores mudanças que outras depois do desenvolvimento do câncer. A Figura 10 mostra a média de índices de mudanças de cada item.



**Figura 10:** média dos índices de mudança atribuído pelos sujeitos a cada item da escala de adaptação.

Como pode ser observado, 3 itens eliciaram respostas cuja média dos índices de mudança atribuídos pelos sujeitos estava entre 3 e 4, indicando assim, de *pouca a bastante mudança*. São os itens 1, 3 e 6 e se referem à aspectos no trabalho/escola, atividades nos tempos livres e mudança na vida normal em geral.

## DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode ser observado com a exposição dos resultados, de forma geral, os sujeitos obtiveram escores nos inventários e escalas que não exaltaram maiores déficits em habilidades sociais ou estado grave de depressão. Com relação à auto-estima, conforme os resultados, os sujeitos não demonstraram baixa auto-estima e suas condições de vida não parecem ter se alterado muito.

Mas o que esses resultados significam?

Inicialmente é necessário considerar que o número de sujeitos não é suficiente para conclusões estatisticamente mais seguras das hipóteses sobre o assunto. Ou seja, qualquer que seja o resultado aqui obtido, deve ser considerado como um resultado preliminar e exploratório, que requer um estudo mais completo, envolvendo maior número de sujeitos e aperfeiçoamento dos instrumentos.

Por outro lado esses resultados vêm dizer algo: que de modo geral, os pacientes oncológicos *que participaram deste estudo*, não se mostram tão afetados pela doença como é trazido na literatura. Pelos resultados, essas pessoas mostraram-se bem adaptadas ao contexto em que se encontram e nas situações de vida cotidiana, não se mostram abaladas com a situação, embora tenham apontado alguns itens no inventário de depressão que vão ao encontro dos dados da literatura como o aumento na frequência de choro, dificuldade para dormir, aumento da irritabilidade, sentimento de estar sendo castigado, de ser culpado por algo, sentimento de fracasso e sentimento de menos valia. Porém, apesar destes sintomas terem sido apontados pela maioria dos pacientes como estando presentes na sua vida cotidiana, o resultado final no inventário de depressão indica que estes paciente não apresentam um estado de depressão preocupante.

É interessante notar que, também neste estudo, os índices de depressão e auto-estima estão intimamente correlacionados, ou seja, pacientes que apresentam maior índice de depressão também apresentam menor índice de baixa auto-estima. Isto confirma a idéia de que a pessoa deprimida se sente menos útil, menos capaz de realizar suas tarefas. Isto pode ser uma consequência da situação do paciente que, devido ao tratamento e a própria doença, se sente debilitado fisicamente. Esta baixa na capacidade física acaba por refletir-se no psiquismo do paciente que passa a se sentir debilitado também mental e emocionalmente.



Outro dado que se mostrou interessante foi o fato dos pacientes atribuírem pouca mudança na sua vida cotidiana após o desenvolvimento da doença. Isto pode estar significando duas coisas. Primeiramente, que houve uma boa adaptação tanto do paciente quanto de familiares e amigos à nova situação, que envolve visitas constantes ao médico, tratamento muitas vezes invasivos e com efeitos colaterais graves, e mesmo no caso da cura, o medo constante de haver metástase. Outra razão para que os sujeitos respondessem desta forma pode ser a negação de que a doença tenha trazido mudanças, muitas vezes, drásticas na vida do paciente e de toda sua família. Esta negação pode ser interpretada como uma forma de defesa do paciente. Pensar que por sua causa, todo o contingente familiar teve que se reestruturar de forma abrupta, repensar conceitos e assumir uma nova estrutura de funcionamento, pode trazer algum sentimento de culpa por ser desencadeador de tantas alterações.

É importante considerar que a negação pode não ter estado presente somente nesta situação, mas ao longo de todo o processo de realização de entrevista. Melhor dizendo, não só a negação, mas outros mecanismos de defesa estiveram em ação durante este processo, como a racionalização e a projeção sobre o entrevistador de expectativas que o próprio paciente tem de si mesmo. Tais mecanismos podem funcionar de maneira que o paciente responda aos itens dos inventário e escalas com respostas que sejam socialmente mais aceitas e esperadas. A cultura em que estamos inseridos nos passa a idéia de que temos que ser produtivos, fortes e sobreviver bravamente as intempéries da vida. E é assim que o paciente com câncer, mesmo estando sofrendo com a situação, sente que deve encarar sua nova condição de vida, negando seus medos, fazendo-se capaz de continuar a levar a vida como ela sempre foi, independente até mesmo de suas condições físicas.

Pode-se considerar ainda que estes pacientes encontre uma estrutura de suporte, tanto familiar quanto social, que favoreça a aceitação da doença de forma mais tranquila. Uma dessas estruturas que pode estar favorecendo esta aceitação é o próprio local de atendimento hospitalar onde estes pacientes recebem acompanhamento médico e realizam tratamento. A Fundação SOBECCan é uma instituição hospitalar, fundada a partir da organização de vários médicos da área, que atende pacientes da rede pública, portanto, de baixa renda. Por ser uma instituição recente e que conta com espaço físico limitado, o atendimento se torna diferenciado. O hospital conta ainda com um grupo de voluntárias que se encarregam de receber os pacientes e acompanhantes na sala de espera, conversando com eles e oferecendo alimentação, uma vez que muitos pacientes

são de cidades próximas a Ribeirão Preto. Essas voluntárias também se encarregam de acompanhar o paciente durante as sessões de quimioterapia. Há a possibilidade, ainda, do encaminhamento pelo médico, de pacientes para acompanhamento psicológico e/ou musico-terapêutico. Todos esses são fatores que amenizam a situação da doença. O paciente se sente mais seguro, mais acolhido e respeitado. É dada atenção não só a ele, mas aos familiares, de forma indireta e direta. Esse atendimento diferenciado confere ao paciente condições de enfrentar melhor a doença, diminuindo dos fatores de risco de depressão e conseqüentemente, aumentando a possibilidade de manutenção de uma alta auto-estima e de adaptação a nova condição de vida.

É interessante observar ainda, que alguns itens do inventário de Habilidades Sociais estão lógicamente e empiricamente relacionados com os constructos depressão, auto-estima e adaptação. Esses itens se referem à aceitação de decisões alheias sobre si a fim de evitar problemas, iniciar e manter conversação em grupo de conhecidos e desconhecidos, expressar sentimentos, realização de suas próprias atividades, pedir a ajuda de outros quando necessário, reagir de forma adequada às críticas, reclamar por seus direitos e obtiveram índices médios de frequência no inventário de habilidades sociais, atribuído por todos os sujeitos, superior à média. Isto significa dizer que a frequência com que os pacientes relatam agir ou sentir de forma adequada não está relacionada a sintomas depressivos ou auto-estima baixa. Esses resultados mostram, mais uma vez, que esses pacientes mostram um grau adequado de adaptação às situações do cotidiano, independente da presença do câncer.

Grof e Grof (1990), consideram que muitos casos de doenças crônicas representam um momento de reflexão, de mudança na forma de encarar a vida para um modo de ser mais maduro, que envolve uma ótima saúde emocional e psicossomática, maior liberdade de escolha pessoal. É importante considerar que para que haja esta mudança, ela deve ser entendida e tratada adequadamente, como um processo natural de desenvolvimento, o que resultará em uma melhora emocional e psicossomática, em mudanças da personalidade e na solução de muitos problemas da vida.

Finalmente, cabe dizer, como o leitor deve ter percebido ao longo do texto, que este estudo se baseou em dois referenciais teóricos da psicologia. Na primeira parte, referente ao paciente com câncer e fundamentada na teoria psicanalítica, está a psicooncologia e os autores que ela representam e que muito têm contribuído no trabalho teórico-prático com o paciente oncológico, através de atendimentos psicológicos, muitas vezes em situações críticas, como diante da morte. A segunda

teoria que fundamentou este trabalho é a cognitivo-comportamental, mais especificamente aquela preocupada com os aspectos sociais dos indivíduos, de seu relacionamento interpessoal e com as formas de propiciar a estes melhores condições pessoais de se adaptar ao contexto social em que está inserido. O que resultou desta união entre dois campos de investigação e aplicação do conhecimento psicológico, a Psicooncologia e o Treinamento em Habilidades Sociais, foi a idéia de que a psicologia, embora siga por caminhos variados, com teorias e filosofias diversas, tem um único objetivo que é oferecer ao ser humano condições próprias de enfrentar o mundo como este lhe parece. Embora, a principio, pareceu quase impossível encontrar um único fio que unisse estas duas vertentes da psicologia, esta união se mostrou muito produtiva e elucidativa, ressaltando o ideal de que é necessário, cada vez mais, formas diferentes de encarar uma situação. Neste caso, as divergências mostraram que, quando somadas, abrem um leque de opções ao profissional psicólogo cujo maior beneficiário é o paciente. Cabe agora a este profissional, continuar na busca de conhecimento, aprimorando as técnicas de pesquisa e de prática no atendimento psicológico.

Os resultados aqui obtidos, como já dito antes, não podem ser considerados como conclusivos, mas trazem alguns parâmetros que podem nortear próximos estudos que visem o paciente com câncer.

É preciso, antes de mais nada, reconhecer a necessidade de que se façam mais estudos nesta linha, procurando identificar quais déficits e quais habilidades estão presentes no paciente oncológicos a fim de propiciar acompanhamentos psicológicos mais eficazes. O treinamento em habilidades sociais, por exemplo, pode ser de grande valia a pacientes que encontram dificuldade em manter um bom relacionamento com familiares, ou que, devido a níveis de depressão que comprometam seu desempenho social, não consigam estabelecer e manter o relacionamento interpessoal desejável e adequado.

Ainda com base neste estudo, é preciso pensar em novos instrumentos, mais adequados a situação, que sejam mais precisos e que consigam abordar questões que se refiram a aspectos emocionais e afetivos dos pacientes de forma objetiva. Os instrumentos utilizados neste estudo, por se tratarem de instrumentos pré-existentes, tratou do assunto de forma genérica. Porém, pode-se observar com eles que alguns itens são de maior ou menor relevância. É importante abordar questões relacionadas ao sentimentos dos pacientes sobre si mesmo e sobre a doença, principalmente de forma mais clara e explicativa. Itens referentes ao relacionamento interpessoal devem ser mais

exemplificados. O estudo sobre a adaptação do paciente requer itens mais explicativos, com apresentação de situações concretas em que estas mudanças possam estar ocorrendo.

Outro ponto a ser considerado nas futuras pesquisas é com relação ao controle de variáveis que não puderam ser estudadas neste trabalho, principalmente no que diz respeito às características dos pacientes como idade, sexo, nível sócio econômico e gravidade da doença.

A escassez de estudos que procuram identificar e caracterizar objetivamente o paciente com câncer torna difícil e menos completo o atendimento a este. É claro que não se pode deixar de considerar a vasta literatura na área de psicooncologia e psicossomática que se preocupam exaustivamente com o tema, porém é necessário que outros campos e linhas da psicologia estejam preparados para oferecer ao indivíduo condições terapêuticas adequadas e eficazes.

Um questionamento que deve ser feito é sobre o papel do psicólogo quando se trata do processo saúde-doença. Será que este papel estaria voltado somente para o trabalho terceário, ou seja, de atendimento depois que a doença já está instalada? Inesta (s.d.), propõe que o psicólogo deveria estar pensando muito mais na sua atuação junto à prevenção de doenças, pois, dentre os profissionais da área de saúde, é o mais capacitado a atuar diretamente sobre a prática do indivíduo que de alguma maneira está produzindo o contato com as variáveis que estão afetando seu estado de saúde. Direcionando esta idéia ao propósito deste trabalho, não basta ao profissional conhecer o paciente com câncer, mas este deve investigar padrões de comportamentos que possivelmente o levaram ao desenvolvimento da doença, desde formas de prevenção que não são realizadas com eficácia, características da personalidade, até possível predisposição genética e do meio.

### Referências

- Argyle, M. (1967/1984). *Psicologia del Comportamiento*. Madrid Alianza Editorial
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979/1983). *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V.E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valência: Promolibro.
- Carrobbles, B.C.D. (1979). *La Prática de la Terapia de Conducta: Teoría y Metodos de aplicación para la práctica clínica*. Pablo de Rio Madrid.
- Carvalho, V.A. de (1994). Personalidade e câncer. Em de Carvalho, M.M.M.J. (Org.) *Introdução à psiconcologia*. São Paulo. Editorial Psy
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1996). Habilidades Sociais: Uma Área em Desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9:(2) 233-255.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis, RJ. Editora Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., Del Prette, A. & Barreto, M.C.M. (1988). Análise de um inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14 (3), 219-228.
- Echeburúa, E. (1997). *Vencendo a timidez*. Trad. Regina Oliveira Rufino. São Paulo: Mandarin.
- Gimenes, M.G. (1994). *A Psico-oncologia*. Em de Carvalho, M.M.M.J. (Org.) *Introdução à psiconcologia*. São Paulo. Editorial Psy

- Gotlib, I.H. & Robinson, L.A. (1982). Responses to depressed individuals - discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 91: (4) 231 - 240.
- Grof, C. & Grof, S. (1990). *A Tempestuosa Busca do Ser*. São Paulo: Cultrix.
- Guedes, W.G. e Torres, W.C. (1984). A negação da morte e suas implicações na instituição hospitalar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 36 (4): 102-111.
- Hammen, C.L. & Peters, S.D. (1978). Interpersonal Consequences of depression - Responses to Men and Women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology* 87: (3) 322 - 332.
- Hidalgo, C.G. & Abarca, M.N. (1992). *Comunicação Interpersonal: Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Santiago do Chile: Universitária.
- Howes, M.J. & Hokanson, J.E. (1979). Conversation and social responses to depressive interpersonal Behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 88: (6) 625 - 634.
- Inesta, E.R. (sem data). *Modelo Psicológico da saúde biológica*. Comunicação oral apresentada no dia 23/07/98, no World Congress of Behavior Cognitive Terapies realizado na cidade de Acapulco, México.
- Kovács, M.J. (1996). A morte em Vida. Em Bromberg, M.H.P.F., Kóvac, M.J., Carvalho, M.M.M.J. e Carvalho, V.A. *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Kubler-Ross, E. (1977). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo. EDART.
- Libet, J.M. & Lewinsohn, P.M. (1973). Concept of social skill with special references to Behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 40: (2) 304 - 312.

- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment* 4: (1) 1 - 33.
- Morais, M.C. (1994). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. Em de Carvalho, M.M.M.J. (Org.) *Introdução à psiconcologia*. Editorial Psy.
- Morais, M.C. (1987). Aspectos emocionais em pacientes portadoras de câncer, Tratado de Ginecologia. Roca.
- Reed, W.H. (1996). Stimulus Control and Extinction of Psychosomatic symptoms in cancer patient in protective isolation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: (4) 448 - 455.
- Rosemberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rowland, J. (1990). Interpersonal Resources: coping. Em: Holland, J. Rowland, J. (1990). *Handbook of Psychooncology*.
- Sánchez, V.C. & Lewinsohn, P.M. (1980). Assertion Training-Effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology* 36: (2) 526 - 529.
- Trower, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. Em: W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (p. 54-80). Nova York: Allyn and Bacon.

## ANEXO 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, fui devidamente informado pela graduanda em psicologia Cristina Sorregotti Zocca, da Universidade Federal de São Carlos da pesquisa "*Caracterização de Pacientes Oncológicos em relação às habiliddes sociais, depressão, auto-estima e adaptação*". Com minha assinatura concordo em participar da referida pesquisa. Fui devidamente informado que, se não quiser participar, não haverá nenhum impedimento pela Instituição. Todas as avaliações serão feitas, respeitando-se o segredo profissional e a proteção de dados pessoais.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Nome (legível)

---

Assinatura



## ANEXO 2

**QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO**

Este questionário servirá como identificação para análise das respostas dadas nos questionários que você responderá a seguir. Todos os dados fornecidos serão mantidos sob sigilo e só serão apresentados sem que haja a identificação do respondente.

1. Sexo:       ( ) feminino  
              ( ) masculino

2. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Estado civil:       ( ) solteiro  
                          ( ) casado  
                          ( ) outros

4. Grau de instrução: ( ) 1<sup>o</sup> grau incompleto  
                          ( ) 1<sup>o</sup> grau completo  
                          ( ) 2<sup>o</sup> grau incompleto  
                          ( ) 2<sup>o</sup> grau completo  
                          ( ) superior incompleto  
                          ( ) superior completo

5. Sua casa é: ( ) cedida  
                  ( ) alugada  
                  ( ) própria

6. Qual é, aproximadamente, o total de rendimentos de sua família, incluindo: salários, aluguéis, aposentadorias, pensões etc.  
R\$ \_\_\_\_\_

7. Quantas pessoas contribuem para a obtenção de renda indicada acima?  
\_\_\_\_\_pessoas

8. Quantas pessoas são sustentadas com a renda que você indicou acima?  
(incluindo as que contribuem para essa renda)  
\_\_\_\_\_pessoas