

A FAMÍLIA E O PROCESSO DE ADOECER DE CÂNCER BUCAL

Mônica Cristina Batista de Melo^{*}
Felipe Rinald Barbosa Lorenzato[#]
José Eulálio Cabral Filho[†]
Zélia Maria de Melo^æ
Silvana Orestes Cardoso^Æ

RESUMO. Considerando-se que a família participa na iniciação de comportamentos sociais dos indivíduos, o presente estudo teve como objetivo investigar sua participação na adoção de hábitos considerados como fatores de risco para o câncer. O perfil sociodemográfico da população estudada (32 mulheres portadoras de câncer bucal) caracterizou um quadro de pobreza social. Dentre os fatores de risco associados à doença predominaram o fumo e o álcool. Concluiu-se que a família, através dos processos de aprendizagem social e identificação, teve uma participação importante quanto à adoção das atitudes de risco.

Palavras-chave: câncer bucal, fatores de risco, relações familiares.

FAMILY AND ORAL CANCER

ABSTRACT. Considering that the family participates in the initiation of social behaviors of the individuals, the present study had the purpose to investigate its participation in the adoption of habits considered as risk factors of cancer. The socio-demographic profile of the studied population (32 women suffering from oral cancer) was representative of social poverty. Amongst the risk factors associated to the illness were: tobacco, alcohol, and the use of dental prostheses. It was concluded that the family, through processes of social learning and identification, played an important role on the adoption of the risk attitudes.

Key words: oral cancer, risk factors, family relations.

Para a compreensão global do processo de adoecer é mister o estudo das relações interpessoais na família. Existem doenças de grande impacto social, para as quais a origem e a evolução dos fatores psicológicos não são bem conhecidas. É o caso, por exemplo, das neoplasias malignas, de reconhecida repercussão, quer no âmbito social quer no nível pessoal do seu portador. Dentre as inúmeras neoplasias o câncer bucal assume um importante

significado, dadas as suas características de doença mutiladora, além do fato de ser um indicador da insuficiência de políticas de saúde e da existência de uma grande pobreza social (Biazevic, 2003).

A ocorrência do câncer bucal está muito freqüentemente ligada a vícios evitáveis, como o tabagismo e o etilismo, e à higiene oral negligenciada. A combinação desses fatores, segundo Carvalho (2003), é a causa de 80% das neoplasias bucais.

* Mestre pelo Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira.

Doutor em Patologia Molecular, Universidade de Londres (UCL) Grã-Bretanha. Docente da Pós-Graduação do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira.

† Pós-Doutorado em Neurofarmacologia, Massachusetts Institute of Technology (MIT) EUA. Docente da Pós-Graduação do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira.

æ Doutora em Psicologia, Universidade de Deusto U. D. Espanha. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco.

Æ Doutora pela Universidade de Paris VII (França). Docente da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal da Pernambuco-UFPE.

Embora o câncer bucal seja uma doença mais freqüente no sexo masculino, tem-se verificado um aumento de risco para cânceres da orofaringe e da cavidade bucal em mulheres (Loranzi, 2003).

Conquanto estes fatores de risco para o câncer bucal sejam bem conhecidos, não encontramos, nas fontes de dados disponíveis, estudos sobre as suas origens na história de vida do indivíduo. Assim é por demais relevante buscar, no estudo da constelação familiar, os possíveis mecanismos da origem de tais fatores.

Conforme Lévi Strauss (1972), o termo família é usado para definir um grupo social com as seguintes características: ter origem no casamento, ser constituído por marido, esposa e pelos filhos provenientes de sua união e seus membros estarem unidos por laços legais, direitos e obrigações econômicas, religiosas e outras, com uma variedade de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito e medo. A família, segundo Minuchin (1982), é uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas, funcionando como matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros.

Os objetivos da família são fatores da maior importância no curso da história do indivíduo. Para Ackerman (1986), os objetivos sociais atendidos pela família são a sobrevivência, a união social, o desenvolvimento da identidade pessoal ligada à identidade familiar, a padronização de papéis sexuais, a educação dirigida à integração nos papéis e o desenvolvimento da aprendizagem e apoio à criatividade. São incontáveis os sentimentos que se trocam dentro da família, dentre eles a segurança e o senso de responsabilidade. Ackerman (1986) ressalta a identificação como o processo de transmissão mais significativo. Segundo ele, esse mecanismo constitui os objetos psíquicos, tais como a identidade, os afetos e os modelos de comportamento. Estes modelos são transmitidos preferencialmente dentro e pela família através das relações interpessoais e estende-se ao longo das gerações.

O SISTEMA FAMILIAR

Sistema familiar é um conjunto de exigências funcionais implícitas ou não que organiza os modos pelos quais os membros das famílias interagem. Nesta perspectiva, uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais, isto é, de regras oriundas das interações repetidas entre os indivíduos (Minuchin, 1982).

Uma utilização do modelo sistêmico é conhecida como Teoria Sistêmica Estrutural, o qual enfatiza as

questões da organização e funcionamento familiar, bem como a gênese e a resolução das dificuldades. Esta teoria privilegia a compreensão dos indivíduos através do estudo das suas relações com o meio social e o familiar - entendendo a família como uma organização - a partir dos seguintes elementos: a) conexões entre as pessoas (o que é chamado de fronteiras), b) padrões de funcionamento familiar, c) regras implícitas e explícitas, que orientam as interações, bem como a natureza dos limites. De acordo com esta teoria, é possível identificar as habilidades e a eficácia de cada família para resolver os conflitos e para criar regras.

Dentro desta teoria, a família opera de acordo com os princípios clássicos da Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1976), isto é: a) *homeostase*, tendência da família em manter um certo padrão de relacionamento e em apreender operações para impedir mudanças nesse padrão; b) *morfogênese*, alteração dentro da ordem estrutural e funcional do sistema; c) *causalidade circular*, isto é, as modificações em um elemento afetaria todos os outros.

Como estrutura, a família diferencia e leva a cabo suas funções através de vários subsistemas internos, a saber, o conjugal, o parental e o fraternal, que operam através de padrões transacionais, nos quais as transações repetidas estabelecem protótipos de como, quando e com quem interagem os indivíduos. Estes padrões regulam o comportamento dos membros da família e são mantidos por dois sistemas de repressão. O primeiro deles, o genérico, envolve as regras universais que governam a organização familiar. Estas regras são: a) a hierarquia de poder, caracterizada por um conjunto de meios que a família utiliza para tomar decisões e controlar o comportamento de seus membros, b) o padrão de autoridade, composto por leis que definem os limites de conduta, portanto, o que é ou não permitido, e c) os padrões de *aliança*, que definem as formas de organizações das famílias (as cumplicidades) para manterem-se unidos e garantir o sustento. O segundo é o idiossincrático, correspondente a funções recíprocas e complementares que envolvem as expectativas mútuas dos membros da família, criadas após anos de negociações explícitas e implícitas entre os seus membros, freqüentemente em torno de pequenas situações e eventos do cotidiano (Minuchin, 1982).

É importante para a estrutura saudável das famílias que haja uma hierarquia e que seus membros definam claramente suas fronteiras (limites, regras e padrões decorrentes de negociações). Outro aspecto importante são os tipos de aliança e complementaridade de funções,

que as famílias adotam para manter o sustento financeiro de seus membros. Como resultado da convivência e das negociações entre seus membros, a família desenvolve padrões e regras de interação de comportamentos que podem ser claras, rígidas, tênues, difusas e antagônicas. Os padrões de regras claras são importantes para o delineamento da hierarquia no casal e das funções dos membros de modo geral. Os padrões rígidos, por exemplo, podem ser benéficos para algumas situações, mas também podem dificultar o desenvolvimento da família, impedindo que novas opções de comportamento e mudanças sociais no tempo tenham espaço na dinâmica familiar. Os padrões com regras tênues facilitam as negociações entre os membros da família, mas podem denunciar uma característica de grande vulnerabilidade do sistema familiar. Os padrões com regras difusas, às vezes, dão margem a interpretações erradas e a comunicações falhas, enquanto os padrões com regras antagônicas são confusos, conflitantes e prejudicam as interações familiares de modo geral (Ackerman, (1986); Eizirick, 2001; Nichols, (1998); Prado, 1998).

Outros tipos de interação familiar são o emaranhamento e o desligamento. Ambos podem resultar em problemas quando vivenciados de forma inadequada; por exemplo: o desligamento pode se tornar um comportamento negligente entre os membros do grupo familiar, enquanto o emaranhamento pode revelar excesso de controle entre os membros da família. Saber utilizar adequadamente estes padrões de interação irá resultar em um bom funcionamento familiar (Minuchin, 1982).

A FAMÍLIA E O ADOECER DE CÂNCER

A organização e a dinâmica familiar são fundamentais para o desenvolvimento dos indivíduos (Nichols, 1998). A Teoria Sistêmica não entende a família como um somatório de pessoas com valores, personalidades e características diferentes; ao contrário, leva em conta as relações e a interdependência entre os vários subsistemas e considera, neste processo dinâmico, as influências dos níveis psicológicos na vida cotidiana da sociedade.

Conforme Minayo (1996), o trabalho de Levi-Strauss indica que as representações de saúde e doença manifestam, de forma específica, as concepções de uma sociedade como um todo, revelando a coerência ou as contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Segundo a autora, do ponto de vista do senso comum, o indivíduo é responsável por ter adoecido através de fatores

hereditários e de comportamento sobretudo a partir da sociedade, isto é, do equilíbrio entre as relações sociais de determinado grupo e dele com seu meio, onde o grupo familiar se insere.

Como sistema social, espera-se que a família, para cumprir seus objetivos de proteger, orientar e preservar a espécie, organize seus membros quanto à forma de pensar e de agir em todas as situações, inclusive as de conflito e/ou de perigo, como é o caso da exposição a fatores de risco para doenças, em que a família precisa criar novas regras em torno dos subsistemas e modificar os papéis usuais e os hábitos para cumprir sua função (Minuchin, 1999).

Segundo Jovchelovitch (1995), pode-se dizer que há uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa sobre o corpo que adocece e que morre. A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, uma representação no corpo, mas retrata e traduz o meio social e suas relações. Costa e Carbone (2004) comentam que estudar os hábitos e estilos de vida visando à promoção da saúde não compreende somente conhecer os fatores de risco para as doenças, mas também a compreensão da estrutura familiar envolvida. O presente estudo foi realizado com o objetivo de investigar os aspectos das inter-relações familiares, que podem desempenhar um papel na gênese dos fatores de risco para as neoplasias bucais.

MÉTODO

Foi utilizado um método de investigação representado por um estudo do tipo observacional transversal quantitativo, por ser o tipo de estudo mais indicado em Epidemiologia quando se deseja verificar a distribuição da ocorrência dos fatores de risco em uma população no espaço de tempo determinado (Hulley, Cummings, Browner, Grady, Hearst & Newman, 2003), associado a um enfoque qualitativo, com o objetivo de investigar a importância da família na iniciação das atitudes consideradas como fatores de risco que contribuem para o adoecer de câncer bucal. Participaram do estudo trinta e duas mulheres atendidas no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Câncer de Pernambuco, no período de fevereiro a abril de 2004, portadoras de câncer de boca no curso do tratamento. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Câncer de Pernambuco e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno e Infantil de Pernambuco, antes que qualquer caso fosse incluído. Previamente ao procedimento de coleta de dados, as participantes foram devidamente informadas sobre a

natureza e características da pesquisa, sobre o sigilo em que seriam mantidas as informações e que elas poderiam abster-se de responder a qualquer das perguntas ou mesmo desistir de participar do estudo a qualquer momento.

A coleta de dados foi feita utilizando-se um questionário, para o estudo observacional transversal e uma entrevista semidirigida para o enfoque qualitativo. As respostas ao questionário foram classificadas e tabuladas para análise. Foi utilizado o programa estatístico Epi-Info 6.0. Para o enfoque qualitativo, a coleta de dados foi realizada através de uma entrevista, com roteiro previamente estabelecido, a qual foi gravada e transcrita integralmente utilizando-se um editor de texto do tipo Word. Para a análise do conteúdo foram realizadas leituras dos documentos, e todo o material foi cuidadosamente explorado, tendo-se como objetivo identificar e destacar dos relatos de cada participante os comentários relacionados com os objetivos do estudo.

RESULTADOS

Aspectos quantitativos

A média de idade das participantes foi de 58,9 ($dp = 12,7$) anos, variando de 23 a 78 anos. A grande maioria (87%) era casada ou mantinha união estável. Cerca de 40% tiveram seis ou mais filhos. A maioria (90,6%) era católica. A profissão predominante foi a de agricultora (46,9%). Quanto ao nível de instrução, 62,5% referiram nunca ter estudado. Em relação à ordem de nascimento na família, 65,6% afirmaram ter nascido como uma das últimas na família. Quando foi analisada a condição econômica das famílias, 65,6% das participantes disseram que sua família vivia com um salário-mínimo mensal. Do grupo estudado, 62,5% das participantes viviam em área rural.

Em relação ao tabagismo, 70% das participantes afirmaram já ter fumado e a maioria destas (77,3%) havia começado a fumar na infância. Apenas 9,1% disseram ter-se iniciado no vício com os amigos, 36,4% com parentes e a maioria (54,4%) com os pais. Vinte e nove participantes (96,6%) tinham fumantes no grupo familiar. Quanto ao etilismo, 18,8% faziam uso de bebida alcoólica e 37,5% eram ex-etilistas. No que se refere ao início desse vício, 16,7% haviam começado a fazer uso de bebida alcoólica na infância, sendo que 16,7% começaram por influência dos pais e 88,4% tinham outras pessoas no grupo familiar que consumiam álcool. Quanto

aos dados relativos à higiene oral, 27,6% informaram ter iniciado o hábito de escovar os dentes na adolescência e 9,4% nunca os tinham escovado. Quanto às próteses dentárias, 34,4% das participantes relataram utilizá-las, sendo que destas, cinco eram usuárias desde a adolescência.

Enfoque qualitativo

Quanto às regras universais do funcionamento familiar, identificamos que havia na família da maioria das participantes uma preocupação em cuidar e educar os filhos para o trabalho, algumas vezes inclusive na infância. Para manter e educar os filhos, grande parte das famílias adotou padrões de aliança. Os tipos de interação mais freqüentemente relacionados à atitude de fumar foram antagônicos, caracterizados por comunicação confusa com os pais, na infância, e por imitação ou repetição de atitude de parentes. Já as participantes que iniciaram o hábito de fumar na adolescência, apresentaram o comportamento de imitação. No caso do uso de bebida alcoólica, as interações familiares mais freqüentes foram as que promoveram a imitação na fase adulta, seguidas pelas interações antagônicas na adolescência. Algumas participantes adotaram, na construção de suas famílias, o mesmo modelo de funcionamento de sua família de base; outras, não.

DISCUSSÃO

Aspectos quantitativos

O perfil sociodemográfico da população mostrou um quadro composto de mulheres de baixa renda e analfabetas, o que coincide com os achados de Biazevic (2003) em relação ao nível socioeconômico dos pacientes portadores de câncer oral na cidade de São Paulo. Quando se analisam a idade, a religião e o tamanho das famílias observa-se que a maioria das mulheres tiveram seis ou mais filhos, o que não é raro na geração de mulheres acima de 50 anos. No contexto do Nordeste brasileiro, famílias numerosas são comuns inclusive nas regiões urbanas. Assim podemos supor que, pelo fato de a amostra estudada ser, na sua maioria, nascida antes da década de 50, e ademais pertencente à classe social não afluente, aquelas mulheres não tiveram suficiente acesso aos métodos contraceptivos. Acresça-se a isso que a religião católica, predominante no grupo estudado, é contra essa prática.

O fato de dois terços das mulheres terem nascido em fim de prole sugere uma menor preocupação com cuidados preventivos em relação a doenças, por parte

dos pais. Segundo Carter (1995), a cada filho que nasce a família sofre modificações para as novas situações, demandando a introdução e manutenção de novas regras para os novos filhos. Comenta a autora a esta altura que os pais já estão mais flexíveis, os filhos sofreram influências dos irmãos e de outros eventos, o que resulta em novas formas de relacionamento e educação, geralmente menos rígida. Outro fator importante no que se refere às relações familiares é que, se para os últimos filhos, as relações pai-filho tendem para o desligamento, é provável que os pais se sintam “despreocupados” e negligenciem as questões relacionadas aos filhos, reduzindo a vigilância em relação aos fatores de risco (Minuchin, 1982).

A associação entre o uso do tabaco e o câncer bucal, apresentada por Barbosa (2001) e Brandão (1989), suporta os nossos achados, onde quase 70% das participantes fumavam. O vício adquirido desde a infância ou adolescência pode ter contribuído para o desenvolvimento do tumor na população estudada, pois quase 80% das participantes relataram ter iniciado a atitude de fumar na infância, similarmente ao que foi constatado por outros autores, como Lewellyn, Johnson e Wasnakulasuriy, (2004) e Seibel (2001).

Neste estudo, mais da metade das participantes relatou ter tido algum tipo de contato com bebida alcoólica, o que também é suportado por Seibel (2001) e Campisi (2001) quanto mostram fortes evidências de correlação entre a ingestão de álcool e altas taxas de câncer de boca. Quanto à fase em que iniciaram o vício de beber, a incidência foi quase (60%) até a adolescência. Este dado vai ao encontro do que Ackerman (1986) comenta sobre a importância da identificação saudável com os pais e a família durante a adolescência.

Os resultados sobre escovação dos dentes, em que (27.6%) das participantes somente iniciaram o hábito na adolescência e três delas nunca o tenham praticado, são dignos de nota numa cultura em que o hábito de escovação dentária é praticamente universal. Estes fatos chamam atenção e nos remetem ao que afirmam Salvador, Miras Mestres, Goñi e Gallart, (1999) sobre os aspectos evolutivos e educativos. Para esses autores, a família tem grande importância na aprendizagem dos hábitos em geral; segundo eles, esta aprendizagem da criança ocorre graças à imitação dos comportamentos e da orientação. Dadas as condições socioeconômicas e educacionais das famílias destas mulheres, é concebível que para algumas esses elementos estivessem implicados (imitação e falta de orientação). O caso de prótese dentária, que ocorreu em 1/3 das mulheres, é outro aspecto que poderia

apontar uma deficiência e limitações das interações dentro da família e também indicar falha dos serviços de atenção à saúde e carência de informações e de ações através da mídia e meios de comunicação que informem e orientem sobre as práticas de cuidado do corpo, prevenção e saúde bucal.

Aspectos qualitativos

Analisando as entrevistas identificamos a presença do padrão de aliança no funcionamento familiar, confirmando a Teoria Sistêmica Estrutural e reforçando (Eizirik, 2001) e (Nichols, 1998) quando comentam a dinâmica das famílias. Para esses autores, o casal deve ter padrões complementares de apoio no cotidiano, que podem ser transitórios ou duradouros, dependendo das necessidades de cada família. Quanto ao trabalho na infância, as características socioeconômico e culturais às vezes fazem com que as famílias tenham dificuldades financeiras e adotem comportamentos inadequados e disfuncionais com seus membros, como é o caso do trabalho infantil. O baixo nível de escolaridade das mães também pode ter contribuído para que as famílias não priorizassem as necessidades infantis de brincar e o direito à instrução. Outro fator que pode ter contribuído para esta atitude familiar foi o contexto da moradia (rural), o qual dificultou o acesso à escola.

Analisando as entrevistas das participantes que iniciaram a atitude de fumar na infância, com os pais, identificamos que, embora as famílias tenham adotado regras rígidas de disciplina, com hierarquia de poder quanto à atitude de fumar, o tipo de comunicação confuso, antagônico, com regras difusas e tênues; não foi preventivo. O vício de fumar entre os membros da família desencadeou um tipo de interação que manteve um padrão circular da atitude em questão. Considerando-se a família segundo alguns autores (Ackerman, 1986; Eizirik, 2001; Minuchin, 1982; Osório, 1996), é natural que ela promova, através do processo de identificação, a repetição da atitude de fumar. A falha de entendimento com relação ao controle e à disciplina, em decorrência da utilização do padrão antagônico, pode ter dificultado a adoção, por parte dos membros da família, de um comportamento homogêneo quanto à evitação do vício de fumar e de fazer uso de bebida alcoólica, conforme também citado por Ackerman (1986). O fato de algumas participantes que iniciaram o vício de fumar na adolescência terem apresentado o comportamento de imitação pode ser interpretado como resultante de algum tipo de identificação.

As adoções das atitudes de fumar e de fazer uso de bebida alcoólica, no presente estudo, podem ser

compreendidas como o meio que os indivíduos utilizaram para lidar com as ansiedades e conflitos, optando inconscientemente por fazer parte de um grupo de “iguais”. Estes se identificam e se influenciam, sentem-se interligados, partilham dos objetivos comuns e contam uns com os outros, organizando-se e reorganizando-se ao longo do tempo. Essas atitudes foram descritas por Myers (2000) e Rodrigues (1999) no sentido de que elas ajudam a estabelecer uma identidade social.

Algumas participantes adotaram, na construção da própria família, o modelo de funcionamento de sua família de base. Elas acreditaram que este era um modelo bem-sucedido, uma vez que não houve relatos de história de atitudes contra a moral e os bons costumes entre os familiares. Segundo Berenstein (1988) e Minuchin (1982), também podemos compreender este fenômeno pensando que as famílias, consciente ou inconscientemente, procuraram manter os comportamentos ao longo de gerações. Também sobre a tendência que têm as pessoas de adotar o modelo familiar, Ackerman (1986) refere que elas sempre procuram atingir certo tipo de imortalidade em sua descendência. Outras participantes não adotaram o modelo de base para a família atual, o que, aliás, também é comentado por Ackerman (1986), ao afirmar que o padrão de organização familiar não é estático, e que às vezes a sociedade molda as famílias em seu proveito. Já Osório (2002) reforça as propriedades de mudanças na família contemporânea.

Verificamos, ao longo desta análise, que vários elementos da Teoria Sistêmica Estrutural foram identificados. Assim, na rede invisível formada pelos padrões transacionais das famílias das participantes relacionados às atitudes de risco, podemos perceber o princípio da *causalidade circular*. A constante repetição dos comportamentos realizada por figuras parentais estimulou identificações e repetições do comportamento de fumar e beber, enquanto na higiene oral, apesar de as mulheres terem sido predominantemente orientadas, o processo de identificação não pode ser excluído.

Na perspectiva dessa Teoria Sistêmica Estrutural, a família cria formas de interação objetivando promover crescimento, adaptação e criatividade entre seus membros sempre voltados para a saúde de um modo geral. O princípio da *homeostase*, na família, não é entendido como um estado de rigidez, mas como um equilíbrio dinâmico, voltado para a manutenção dos aspectos saudáveis da vida familiar. Neste trabalho o elemento homeostático foi identificado ao se observar, nas famílias estudadas, uma tendência a manter os relacionamentos conjugais e conceber

muitos filhos. O terceiro princípio, o da *morfogênese*, esteve presente na tentativa dos pais de induzir mudanças de hábitos nos filhos, embora sem êxito, por causa do padrão de comunicação antagônico. Podemos supor, portanto, que quando as famílias promoveram regras difusas, com padrão do tipo antagônico, com o objetivo de impedir que as participantes adotassem os hábitos de beber e fumar, a adoção da atitude se deu pela identificação e/ou por aprendizagem social propiciada pela causalidade circular. Quando as famílias promoveram regras claras para que as participantes não adotassem os hábitos de beber e fumar e havia história de fumo e álcool nessas famílias, a adoção da atitude se deu pela identificação propiciada pela causalidade circular. Quando as famílias promoveram regras claras para que as participantes não adotassem os hábitos de beber e fumar e não havia história de fumo e álcool nas famílias, houve a adoção da atitude de evitar o fumo e o álcool provavelmente pela identificação, propiciada pela causalidade circular. As famílias promoveram a orientação sobre a higiene oral para as participantes do estudo; mas não se pode ignorar o processo de identificação. Ao realizar uma abordagem mista - quanto aos aspectos quantitativos e qualitativos - o presente estudo tem limitações que devem ser consideradas: 1) do ponto de vista quantitativo, a amostra é reduzida e não aleatória, não podendo as conclusões, conseqüentemente, ser extrapoladas para uma população-alvo; 2) a inexistência de um grupo-controle para comparação impede outras observações que poderiam ser úteis à compreensão do problema; e, por último, c) o presente estudo é uma investigação preliminar e exploratória sobre as interações familiares no processo do adoecer de câncer em um grupo portador da doença, não trazendo, assim, conclusões definitivas. Entretanto, os resultados permitem propor hipóteses testáveis sobre o assunto, mediante desenhos onde possam ser inseridos grupos-controle, pareamento e amostras mais representativas de populações-alvo, inclusive podendo-se testar a teoria sistêmica como modelo explicativo para o processo.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*. (M. C. R. Goulart, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1958).
- Barbosa, M. M., Barbosa, M. M., Matos De Sá, G. & Lima, R. A. (2001). *Diagnóstico e Tratamento de Tumores de Cabeça e Pescoço*. São Paulo: Ateneu.

- Berenstein, I. (1988). *Família e Doença Mental*. (A. Friedmann, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoria geral de los sistemas*. Fondo de cultura econômica, ucursal para Espana: Madri.
- Biazevic, M. G. H. (2003). *Tendências e diferenciais sócio-econômicos da mortalidade por câncer bucal e de glândulas salivares no município de São Paulo*. São Paulo: Tese de Doutorado, Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Brandão, L. G. (1989). *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. São Paulo:Roca.
- Carter, B. & Goldnick, M. Mc. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (M. A. V. Veronese Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, C. (2003). *Neoplasias bucais e influências ambientais*. Revista Brasileira de Odontologia. 60(1), 36-39.
- Costa, C. A. F., Kropf, G. L. & Laks, J. (1997). *Estudos das falhas no tratamento da asma brônquica a curto prazo*. Jornal de Pneumologia, 3, pp.26.
- Eizirik, C. L., Kapezinski F. & Basiols, A. M. S. (2001). *O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N. & Newman, T. B. (2003). *Delineando a pesquisa clínica*. Porto Alegre: Artmed
- Jouchelovitch, S. & Guansch, P. A. (1995). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Lewellyn, C. D., Johnson, N. V. & Wasnakulasuriy, K. A. (2004). Risk factors for oral cancer in newly diagnosed patients aged 45 years and younger: a case-control study in Southern England. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 33(9), 525-32
- Levi S, C. (1982). *As estruturas elementares do parentesco*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Loranzi, R. L. (2003). *Incidência e risco acumulado de câncer de boca no município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Universidade de São Paulo.
- Minuchin, S. (1982, 2ª ed.). *Família, Funcionamento e Tratamento*. (J. A. Cunha. Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (1999) *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Myers, D. G. (2000, 6ª ed.). *Psicologia Social*. (A.B.Pinheiro de LemosTrad). Rio de Janeiro: LTC.
- Mynaio, M. C. S. (1996, 4ª ed.). *Desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (1998, 3ª ed.). *Terapia Familiar: conceitos e métodos*. (M. F. Lopes, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C. & Valle, M. E. P. (2002). *Terapia de famílias: novas tendências*. Porto Alegre: Artmed.
- Prado, L. C. (1998). *Famílias e Terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, S. P. & Bertolate, J. M. (1997). *Alcoolismo Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (1999, 18ª ed.). *Psicologia Social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Salvador, C. C., Miras Mestres, M., Goñi, J. O. & Gallart, I. S. (1999, 2ª ed.). *Psicologia da Educação*. (C. M. Oliveira. Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Seibel, S. D. A. T. (2001). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.

Recebido em 02/05/2005

Aceito em 30/08/2005

Endereço para correspondência: Mônica Cristina Batista de Melo, Rua Ministro Salgado Filho, 36, Bl 02, Apto 101, Boa Viagem, CEP 51130-500, Recife-PE. E-mail: monicademelo@ig.com.br

?