



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA PAULA ARAUJO DA SILVA**

**UM ESTUDO SOBRE A ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA:  
DA DESCOBERTA AO TRATAMENTO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA  
DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE  
2012**

**ANA PAULA ARAUJO DA SILVA**

**UM ESTUDO SOBRE A ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA:  
DA DESCOBERTA AO TRATAMENTO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA  
DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro

**CAMPINA GRANDE  
2012**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial de Serviço Social Luiza Erundina– UEPB

S586e Silva, Ana Paula Araújo da.

Um estudo sobre a estigmatização de pessoas com neoplasia [manuscrito] : da descoberta ao tratamento na associação esperança e vida de Campina Grande/PB / Ana Paula Araújo da Silva – 2012.  
39 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Ma. Thaísa Simplício Carneiro, Departamento de Serviço Social”.

1. Política de Saúde. 2. Política de Atenção Oncológica. 3. Organização Não Governamental. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ANA PAULA ARAUJO DA SILVA

**UM ESTUDO SOBRE A ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA:  
DA DESCOBERTA AO TRATAMENTO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA  
DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Graduação em Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovado em 23 / Agosto 2012.

Nota: 9,0 (nove)

**BANCA EXAMINADORA**

Thaísa Simplicio Carneiro

Profa. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro  
Orientadora

Salyanna de Souza Silva

Profa. Ma. Salyanna de Souza Silva  
Examinadora

William Almeida de Lacerda

Prof. Me. Willian Almeida de Lacerda  
Examinador

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu grande amigo nessa caminhada que, muitas vezes, me colocou no colo e não me deixou desistir das vezes que fui fraca, por medo do novo, sempre me guiou e me fez acreditar na capacidade de prosseguir em cada batalha.

À minha mamãe, grande amiga, que esteve e está sempre ao meu lado, companheira e amigona, que me ajudou a caminhar através dos seus ensinamentos, carinho, atenção, amor para seguir o caminho da honestidade, do respeito. Por sempre acreditar em meus sonhos, incentivadora das minhas vitórias.

Às minhas filhas Maria Eduarda e Anna Júlia que mesmo sendo tão pequenas me impulsionaram para continuar a caminhada sem ter medo de enfrentar o desconhecido.

Ao meu companheiro Carlos Eduardo, por sempre me incentivar a lutar pelos meus sonhos e fazer superar os meus limites.

À professora Morgana pela sua contribuição e amizade para que parte do meu sonho em cursar um ensino superior fosse concretizado.

Às grandes amigas Valéria Kelly e Nadege Lustosa que me presentearam com suas amizades durante todo o curso e tenho certeza que irá perdurar a vida toda.

À professora Thaísa, pela sua paciência em aceitar uma orientanda no meio do andamento do projeto de pesquisa e em nenhum momento se mostrou desinteressada, pelo contrário, me instigou para caminhar e continuar a caminhada.

À banca examinadora, composta pelos professores Salyanna e William, por aceitarem o convite e falar das importantes contribuições para este trabalho, dividir esse momento comigo que é tão especial, fechamento de um ciclo e início de uma nova etapa.

A todos os meus familiares, professores e amigos que compartilharam os momentos alegres, difíceis e foram contribuintes direta ou indiretamente para esta minha conquista.

À Elaine, Assistente Social da Associação Esperança e Vida e seus usuários que sem eles esse trabalho não seria possível, pessoas que chegaram e trouxeram grande ensinamento para a minha vida; aprender a viver mesmo diante as dificuldades, pois nada é maior que o dom de viver, temos apenas uma vida e momentos não se repetem, devemos viver o hoje, o agora, sem ter que nos preocupar com o minuto seguinte.

## LISTA DE SIGLAS

AEV	Associação Esperança e Vida
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FACISA	Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas
FAP	Fundação de Assistência da Paraíba
Fsesp	Fundação Serviço Saúde Pública
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
QT	Quimioterapia
RS	Radioterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>6</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SUA PARTICULARIDADE NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA .....</b>	<b>8</b>
2.1 O TERCEIRO SETOR E A ATENÇÃO À SAÚDE .....	14
2.2 O CÂNCER E O ESTIGMA .....	16
<b>3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA PARAÍBA .....</b>	<b>18</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O LÓCUS DA PESQUISA: A ESPERANÇA E VIDA EM QUESTÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>22</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS ENTREVISTADAS .....	22
5.2 USUÁRIAS E O CÂNCER .....	23
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>36</b>

## **UM ESTUDO SOBRE A ESTIGMATIZAÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA: DA DESCOBERTA AO TRATAMENTO NA ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**ANA PAULA ARAUJO DA SILVA**

### **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo analisar a estigmatização de pessoas com câncer da Associação Esperança e Vida em Campina Grande/PB. Para maior compreensão, se faz necessário discutir os avanços da política de saúde com a criação do SUS, bem como a criação de uma política específica para as pessoas com neoplasia. Trata-se de estudo qualitativo, tendo como instrumento de coleta dos dados a entrevista semi-estruturada, aplicada a uma amostra intencional de 8 pessoas. A análise dos dados ocorreu através da análise de conteúdo. Como resultados, percebe-se o sucateamento da rede pública de atenção e até a inexistência de atendimento aos portadores de câncer. Constatou-se que o processo de estigmatização acontece, muitas vezes, desde o diagnóstico ser negado pelo próprio profissional médico, negando o direito de conhecer, optar e ter o acesso às várias formas de tratamento. Neste sentido, ainda falta muita informação e esclarecimentos sobre a referida doença, bem como uma rede de atenção que responda às demandas do município e efetive a política de atenção oncológica nacional.

**Palavras-chaves:** Política de Atenção Oncológica. Organização Não Governamental. Estigmatização.

### **ABSTRACT**

This study aims to analyze the stigmatization of people with cancer of Life and Hope Association Campina Grande / PB. For better understanding, it is necessary to discuss the progress of health policy with the creation of SUS as well as the creation of a specific policy for people with cancer. These are qualitative study as a tool for data collection to semi-structured interview, applied to a purposeful sample of 8 people. Data analysis occurred through content analysis. As a result, we can see the scrapping of public attention and even the lack of care for cancer patients. It was found that the process of stigmatization happens often since diagnosis be denied by the medical professional, denying the right to know, choose and have access to various forms of treatment. In this sense, there is still a lot of information and clarification about the disease, as well as a network of care that meets the demands of the municipality and efetive policy of national cancer care.

**Keywords:** Politics of Oncology Care. Non-Governmental Organization. Stigmatization.



## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo discute sobre uma análise de usuárias com câncer na Associação Esperança e Vida em Campina Grande/PB, desde a descoberta até o tratamento.

Embora se tenha avançado muito na política de saúde, em investimentos medicamentosos para o combate das doenças oncológicas ainda podem ser identificadas dificuldades na prevenção, as campanhas para prevenção da referida doença são inibidas com pouca ênfase com relação ao tratamento, em que verificamos o sucateamento nos serviços prestados pelo SUS.

Neste sentido, procuraremos entender os traumas, sensações, expectativas ao receber o diagnóstico de ser uma pessoa acometida pelo câncer, para discorrer uma discussão dessa problemática, que, apesar do avanço tecnológico, a mesma ainda provoca em algumas pessoas as mais negativas sensações, dentre elas a depressão.

Tal tema é bastante complexo, pois possuindo a doença as pessoas têm sua vida como afetada, tanto na esfera emocional, como nas esferas física e afetiva. Outro lado negativo se refere aos problemas financeiros, uma vez que esses sujeitos não podem voltar ao mercado de trabalho, levando alguns familiares abandonar o emprego para ser cuidador(a) do familiar portador de doença oncológica.

Como pontos de partida para a presente pesquisa, destacam as seguintes questões norteadoras: Até que ponto os portadores de neoplasias são estigmatizados pela sociedade e até mesmo pelos seus familiares? Quais as consequências da estigmatização das pessoas acometidas de neoplasia a partir da descoberta ao tratamento? Como e de que maneira os portadores de neoplasias encaram ao saber do diagnóstico inicial e quais suas expectativas em relação ao tratamento?

Sendo assim, nos propomos a analisar a estigmatização a partir da descoberta e do tratamento vivenciadas pelos portadores de câncer usuários(as) da Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (AEV) de Campina Grande-PB. Para tanto, buscamos investigar o entendimento dos usuários(as) da AEV em relação ao câncer; identificar na visão dos portadores de neoplasia os procedimentos adotados pelos médicos na entrega do diagnóstico inicial da doença; destacar as mudanças provocadas no pós-diagnóstico de câncer nesse público; com também descrever as expectativas dos portadores de câncer sobre o tratamento das doenças oncológicas.

A pesquisa de campo foi desenvolvida a partir de uma amostra intencional de 8 usuárias de um universo 70 pessoas cadastradas na A.E.V. Os critérios adotados para a escolha foram: homens e mulheres com idade superior a 18 anos, divididos em dois grupos: 4 pessoas que estivessem cadastradas na referida associação desde sua fundação e 4 que foram cadastrados no período posterior ao início do estágio e todos residentes do município de Campina Grande/PB e, para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista, com roteiro semi-estruturado. Ao tratamento e análise dos dados foi utilizado a partir da análise de conteúdo.

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizamos ao princípio o levantamento bibliográfico, seguido de uma contemplação do tipo exploratória, este tipo de abordagem proporcionará uma maior familiaridade com o problema exposto, podendo revelar novas fontes de informação dependendo das informações já obtidas pelo pesquisador (SANTOS, 2004), além de ser um estudo com caráter descritivo e abordagem qualitativa.

O interesse em estudar esta temática partiu das inquietações enquanto estagiária do curso de Serviço Social na Associação Esperança e Vida, entre os anos de 2010 e 2011. O mesmo se originou a partir de leituras do diário de campo, com observações aos relatos dos usuários em conversas informais sobre traumas, medo do diagnóstico, falta de informação da referida doença mesmo sendo acometido pelo câncer.

Assim, a pesquisa se torna relevante porque possibilitará uma melhor compreensão sobre a doença, abordando suas causas externas (costumes socioculturais) e internas (geneticamente predeterminados), como também suas consequências, compreendendo que, independente da classe social, qualquer pessoa pode ser diagnosticada com câncer. Além disso, possibilitará um novo olhar sobre a referida problemática, no sentido de enriquecer as discussões no campo teórico, científico e social com dados recentes, sobre ações desenvolvidas para uma maior acessibilidade de informações sobre o câncer, especialmente na realidade de Campina Grande/PB.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SUA PARTICULARIDADE NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

O período que antecede o século XX (PAIM, 2009) descreve que a metrópole era referência da organização sanitária brasileira, e apenas em 1593 foi fundada a primeira Santa Casa em Santos, posteriormente no ano de 1828 à saúde pública passou a ser atribuída para as

municipalidades. Já no Império ocorreu uma nova reforma nos serviços sanitários, onde foram criadas a Inspetoria Geral de Higiene, Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e um Conselho Superior de Saúde Pública, entretanto, a incapacidade de assegurar e assistir pessoas doentes com epidemias já existia naquela época.

A transição de século XIX para XX trouxe novidade para o nosso país: a industrialização e o desvelamento da saúde como uma questão social<sup>1</sup>, um problema que abrange resposta tanto da sociedade como do poder público<sup>2</sup> (PAIM, 2009). Segundo o referido autor, o nascimento do sistema público de saúde se deu pelas vias: saúde pública, medicina previdenciária.

O Ministério da Saúde (MS) foi fundado apenas no ano de 1953, direcionando suas ações para o combate de algumas endemias, através dos serviços específicos e centralizados. Contudo, essas ações eram muito reduzidas, ou seja, as campanhas eram voltadas para a erradicação da malária, combate da tuberculose e vacinação contra varíola<sup>3</sup>. Diante de tais considerações, a organização dos serviços de saúde, segundo Paim (2009, p. 31),

Vivia em mundos separados; de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde públicas; de outro, a saúde do trabalho, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e progressivamente empresarial.

O desenvolvimento industrial possibilitou uma metamorfose nas condições de saúde da população brasileira, fortalecendo o campo farmacêutico e equipamentos para realização de exames e estudos no campo da saúde, o que antes predominava doenças de pobreza (tuberculose, desnutrição, verminoses, etc.) chegamos à morbidade moderna<sup>4</sup> (doenças do coração, neoplasias, violência e acidentes) (PAIM, 2009), ou seja, o que antes era apenas a população de baixa renda que apresentava maior probabilidade de adoecimento, com o avanço da ciência e tecnologia pode ser observado que esse processo pode ocorrer com qualquer pessoa independente da condição financeira.

---

<sup>1</sup> Por questão social tomamos o conceito de Yamamoto (2003, p. 27) que compreende como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

<sup>2</sup> A partir da Era Vargas, foi introduzido o direito a assistência médica apenas para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada (PAIM, 2008). A intervenção estatal ocorreu na década de 1930 (antes não havia o reconhecimento dos direitos sociais) em nosso país, nessa conjuntura as características econômicas e políticas corroboraram para gênese das políticas sociais de maneira orgânica e sistemática que atendendo as questões sociais (BRAVO, 2006).

<sup>3</sup> Doenças na qual estavam ocorrendo epidemias em pessoas naquela época.

Ao final da década de 1940, a Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgou “o reconhecimento do direito a saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde”, de modo que tal conceito compreende o campo da saúde, abrangendo: a biologia humana (herança genética), o meio ambiente (local que o indivíduo convive), estilo de vida e organização da atenção à saúde. Portanto, a saúde e doença devem ser consideradas como estados de um mesmo processo que inter-relaciona fatores biológicos, culturais, econômicos e sociais.

Assim, a saúde deve ser analisada como um bem social e, para sua efetivação, as Leis e a Política Social são a garantia desse direito que assegura a disponibilização dos instrumentos tecnológicos (laboratórios, pesquisas, equipamentos, etc.) para promover a proteção da saúde como também a prevenção, diagnóstico, tratamento e ajuda na reabilitação das doenças. Essa concepção holística influenciou a Constituição Federal (CF) a qual, em seu Art. 196 regulamenta que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011, p. 54).

A promulgação da CF é o momento em que efetiva a estruturação da proteção social no Brasil, trazendo também a esse contexto o conceito de Seguridade Social<sup>5</sup> mencionado no artigo 194, é composta pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

Para que o direito a saúde ganhasse materialidade foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 1990, corroborando para um acesso abrangente dos princípios e diretrizes da CF e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), esta composta pelas Leis 8.080 e 8.142 (ambas de 1990).

Com um conceito ampliado, segundo Brasil (2000), o SUS corresponde ao conjunto de ações e serviços voltados para o setor da saúde tendo a contribuição de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, seja de uma administração direta ou indireta suas funções serão mantidas pelo Poder Público, cabendo à iniciativa privada apenas participar desse sistema de maneira complementar.

---

<sup>4</sup> Termo de utilizado por Paim (2009) para se referir às enfermidades advindas da modernidade.

<sup>5</sup> Segundo Fleury e Ouverney (2008), o referido modelo compreende um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Além disso, os autores supracitados acrescentam que a referência histórica do modelo de seguridade social se deu na Inglaterra (1942) com o Plano Beveridge, onde se estabeleceu, de modo inédito, um modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

A partir dessa concepção ampliada de saúde, sua prevenção e promoção passam a associar com a garantia da qualidade de vida da população, mediante efetivação de outros direitos sociais dentre alguns destacaremos: a educação, alimentação, moradia, saneamento básico, vigilância sanitária, nível de renda, etc. (Art. n° 3 da Lei 8.080/1990).

Destarte, a LOS apresenta em seus princípios doutrinários: a universalidade corresponde ao direito de todos os brasileiros para usufruir de uma ação ou serviço de saúde que estejam necessitando; a equidade, que diz respeito à necessidade de reduzir as disparidades sociais e regionais que existe no Brasil, isto é, da atenção às áreas de maior vulnerabilidade para que seja alcançada a universalidade, integralidade da atenção à saúde e se deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos, ainda que minoritários em relação ao total da população, ou seja, cada qual deve ter atenção a saúde de acordo com sua necessidade, inclusive conforme a sua complexidade, uma análise por parte para se chegar a um todo; a regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde esse se aproxima das atribuições dos gestores municipais que buscam garantir eficiência, a eficácia e efetivação do SUS, com recursos escassos; a participação e o controle social é a obrigatoriedade da formação e funcionamento dos Conselhos de Saúde que tem corroborado para a participação da sociedade nos rumos tomados pelo SUS; a descentralização da saúde onde o Ministério da Saúde estabelece uma cooperação com órgãos das três esferas (BRASIL, 2000).

Com esse marco histórico para a política de saúde brasileira (o advento do SUS), as ações voltadas para as pessoas também se metamorfosearam. Para fins do presente estudo, optamos por fazer uma breve discussão referente à historicidade do tratamento do câncer no Brasil.

Sobre a referida temática, segundo Teixeira (2007), a construção da história da doença supracitada passou por vários conceitos, “de tumor maligno e incurável à neoplasia”, como também ao longo de seu trajeto é marcada por incansáveis esforços da medicina em manter a atenção para com a mesma por meio da ênfase na prevenção.

Porém, durante anos não se tinha informações suficientes sobre a doença, fato que impossibilitou um tratamento adequado, no sentido de evitar o sofrimento e até mesmo as mortes causadas pela mesma (TEIXEIRA, 2007).

As iniciativas de sistematização de estudos (ANDRADE; LANA, 2010) da questão do câncer em nosso país ocorreram através de artigos com publicações especializadas, essa ação se deu por intermédio de literaturas internacionais, como também pela participação em congressos médicos na Europa e Estados Unidos.

No ano de 1920, ocorreu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que visava à ampliação da ação assistencial, no ano posterior, a Reforma Carlos Chagas<sup>6</sup> previu uma elaboração estatística sobre a referida doença com recomendações de que os atestados de óbitos deviam ser registrados descrevendo o câncer, consolidando as ações de notificação dos casos de neoplasia (BARRETO, 2005).

A promulgação da CF de 1988 em conjunto com a criação do SUS regulamentado pela LOS atualizou as estruturas regimentais tanto dos termos de prevenção e controle como também trouxe novas diretrizes para reforçar a ampliação das ações de combate da doença em tela. Subsequentes Decretos que estabeleciam o regimento do MS (Decretos: 109/1991; 2.477/1998; 3.496/2000) atribuindo ao INCA ser este um órgão próprio de instância técnica, para assistir ao Ministro de Estado na elaboração de uma política nacional de prevenção no diagnóstico e para o tratamento (KLIGERMAN, 2002).

As iniciativas para área da oncologia passaram a ter como diretriz a formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), em 2000, a qual corroborou para o início de uma estruturação funcional e técnico gerencial com intuito de controlar a doença, através de programas de implementação para registrar o câncer; controle do tabagismo e do câncer de colo de útero, aquisição e destinação de mamógrafos a instituições filantrópicas e públicas (KLIGERMAN, 2002).

Ocorreram também outras iniciativas de grande relevância, como o desenvolvimento de projetos e programas objetivando uma melhoria na atenção e gerência, efetivando uma política referente às questões sobre a incidência e mortalidade por câncer, exemplo; na área de medula óssea ocorreu uma reorientação no cadastramento dos serviços devido à criação de novos procedimentos, devido a Portaria Ministerial nº 1.217/99; Programa de Qualidade em Radioterapia; Projeto ReforSUS; Programa dos Centros Colaboradores (KLIGERMAN, 2002).

O impacto da doença dobrou em 30 anos, devido ao contínuo crescimento da população mundial, ao envelhecimento/longevidade, poluição, hábitos sedentários (falta de exercícios, consumo de bebidas alcoólicas, má alimentação, etc.), segundo dados do INCA (2009). Apesar da doença também decorrer de fatores hereditários (INCA, 2011), estes são os principais causadores do câncer em dimensões globais, corroborando para que sejam

---

<sup>6</sup> Diretor da Divisão Nacional de Saúde, através do decreto nº 14.354 codificou o interesse dos profissionais de medicina em registrar de maneira específica para o câncer os impressos de óbito distribuídos nas inspetorias, em delegacias de saúde e farmácias, assim como a notificação compulsória, com objetivo de produzir medidas sanitárias eficientes, fixando cláusula para a luta contra o câncer.

direcionadas atenção, orientações de estratégias na prevenção e controle do mesmo (INCA, 2009).

Nesse contexto, com aumento de pessoas acometidas pela referida doença, é de fundamental importância o acesso a informações sobre as incidências, seus determinantes e índices de mortalidade das doenças oncológicas, o que pode proporcionar uma elaboração das hipóteses causais, avanços tecnológicos para serem aplicados no tratamento da referida doença (INCA, 2009). Além disso, e diante dos dados alarmantes sobre o aumento da incidência do câncer na população contemporânea, cumpre destacar a urgente necessidade de voltar à rede de atenção dos serviços para a supracitada doença, enquanto política pública e, portanto, direito social.

O tratamento pode ser cirurgia, radioterapia (RT)<sup>7</sup> e quimioterapia (QT)<sup>8</sup>, de modo que esses procedimentos são usados em conjunto, geralmente em neoplasia maligna se usa mais de uma modalidade de tratamento (BRASIL, 2010). Sobre esta discussão, quatro pontos foram elencados, justificando e caracterizando a real necessidade para a efetivação de uma política nacional direcionada a esse tipo de demanda, segundo Kligerman (2002), o câncer é a segunda causa de mortalidade por doença, no Brasil; a incidência de câncer cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos 50 anos; os serviços de assistência oncológica são insuficientes, às vezes inadequados e mal distribuídos geograficamente; muitos óbitos poderiam ser evitados por ações de prevenção ou detecção precoce.

No ano de 2005 tivemos mais um grande avanço para a prevenção, controle e combate da neoplasia: o MS institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio da Portaria nº 2.439/GM.

Em seu Art. 2º, inciso I, afirma que cabe às autoridades competentes desenvolverem estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>9</sup> voltada para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas, que sejam orientadas para o desenvolvimento das ações intersetoriais de responsabilidade pública, sociedade civil e promova a qualidade de vida, capaz de prevenir fator de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividade.

---

<sup>7</sup> É o método para o tratamento local com a utilização de técnicas para irradiar as áreas infectadas do organismo humano tem por finalidade a maneira paliativa indicada ao tratamento local ou metástase, não influenciando a taxa de sobrevida do doente.

<sup>8</sup> Modelo de tratamento sistêmico com uso de medicamentos quimioterápicos com administração de aplicação contínua ou em intervalos regulares.

<sup>9</sup> Aponta as necessidades em estruturar uma rede de serviços de maneira regionalizada e hierarquizada com garantia de atenção integral a população com também o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer (OLIVEIRA et al, 2011).

A referida Portaria tem como objetivo implantar em todas as unidades federadas serviços voltados para a promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos as pessoas acometidas pelas doenças oncológicas. Ainda estabelece uma política organizada e articulada com o MS e Secretarias dos estados e municípios, através de ações, dentre quais destacaremos: o desenvolvimento de estratégias coerentes com a política supracitada; construção de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica; ampliação da cobertura (universalidade, equidade, integridade, controle social); promoção de intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais que implemente e aperfeiçoe a produção de dados; qualificação de profissionais da área de saúde para assistir e promover a educação; incentivo à pesquisa na atenção oncológica (NORONHA, 2012).

Diante do exposto, percebe-se que a Política de Atenção Oncológica é de extrema relevância, uma vez que possibilita a ampliação do direito à saúde em que se devem buscar melhorias, qualificação e estratégias para que se avance cada vez mais na busca pela eficácia no tratamento, uma vez que esperar significa sentença de morte para as pessoas acometidas por essa temida doença. Entretanto, a realidade em muitas cidades não é diferente: falta cumprimento das Leis; demora no acesso aos serviços para começar/continuar o tratamento; sucateamento dos equipamentos, que muitas vezes não funcionam; corte de recursos na área da saúde. Em resumo,

Se exige uma gestão competente e o melhor uso dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle da doença. A prevenção e o controle de câncer estão entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época (INCA, 2009, p. 7).

Tal realidade favoreceu a ampliação de organizações da sociedade civil que, de maneira paulatina (e a partir da década de 1990) foram ocupando o lugar e a responsabilidade que cabe ao Estado na tentativa de responder às expressões da questão social, devido ao novo cenário brasileiro imposto pelo neoliberalismo.

## 2.1 O TERCEIRO SETOR E A ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito do terceiro setor é muito reduzido, utilizado por alguns teóricos, segundo Montañó (2010) caracteriza como ausência teórica e distanciamento ideológico da realidade social, ou seja, alguns autores usam o termo para classificar o que não se enquadra no Estado



(primeiro setor) e Mercado (segundo setor), nesse sentido, o termo terceiro setor inclui significativo número de organizações e instituições: Organizações Não-Governamentais (ONGs); sem fins lucrativos; associações filantrópicas; empresas cidadãs e sujeitos individuais.

O que podemos verificar é a forma paulatina da retirada estatal ao tratamento da questão social, cenário que surge na década de 1990 que reforça o ideário neoliberal, com perda de direitos dos cidadãos, precarização e focalização, remercantilização e refilantropização dos setores carentes e de toda a classe trabalhadora. Assim,

As ONGs por vezes agem como organizações neo ou para, em vez de não governamentais, caminhando no sentido de ajudar a sustentar um setor público esvaziado pelo Estado e, ao mesmo tempo, tornar possível que este se exima do que era considerada sua responsabilidade (MACHADO, 2010, p. 271).

Cumprir destacar que nas décadas de 1970 e 1980 as ONGs tinham um papel juntamente com os movimentos sociais de articuladores e captadores de recursos. Assim, sua missão era de contribuição e melhoria interna, e ainda transferia os recursos para os movimentos sociais. No entanto, o cenário foi mudando e, nos anos de 1990, essas organizações foram tomando o espaço dos movimentos sociais.

Gohn (2008) usa o termo ONG para se referir a um tipo peculiar de organização da sociedade, um agrupamento de pessoas organizadas de maneira institucionalizada da sociedade civil.

Em contrapartida, Machado (2010) afirma que as ONGs não são a sociedade civil e sim expressões condensadas das relações sociais, da economia, da política e cultura que aparecem hegemonicamente como canais de atendimento da sociedade civil. Destarte, essas organizações fazem parte da população, como também representam arenas de lutas de projeto societário.

Neste novo cenário as ONGs na área de saúde predominam características como dinâmica e contraditória intercessora do público e privado, ou seja, a mesma está localizada em relação de saúde pública com modelo de assistir privada (MACHADO, 2010, p. 278). A autora ainda afirma que

As ONGs no campo da saúde além de serem expressão do Estado mínimo, oriundo do sistema neoliberal, que transfere para a esfera privada os direitos sociais e sua execução, tem como consequências diretas a fragilização do estatuto de cidadão. O movimento de refilantropização está balizado na reatualização de condutas e valores do século XIX (MACHADO, 2010, p. 278).

A mesma autora aponta três perfis de ONGs que existem atualmente no setor da saúde, quais sejam: perfil centrado na situação de saúde, enquadram-se nesse segmento indivíduos com doenças raras e em sua maioria crônica; perfil centrado na dinâmica hospitalar, seu foco é o suporte social das necessidades e saúde das pessoas vinculadas em hospitais; perfil centrado na prestação de serviço. a característica desse grupo é a centralidade de prestação de serviços que direcionado a pessoas de comunidades de baixa renda (MACHADO, 2010, p. 276-277).

## 2.2 O CÂNCER E O ESTIGMA

Para iniciar esta discussão, vale salientar a escassez de referencial teórico para a referente temática: foram encontrados textos que, em sua maioria, foram estudos realizados por estudantes de Mestrado ou Doutorado associando o câncer ao estigma; já referente à estigmatização (*o que é e a origem do termo*), foram encontrados um menor número e sempre sob a perspectiva do autor Goffman (2004), dificultando o aprofundamento teórico para uma maior explanação do assunto.

Surgem mais de um milhão de novos casos de pessoas com câncer, mas infelizmente não são registrados, fato que dificulta a implementação da Política de Atenção Oncológica de acordo com a realidade específica e, portanto, com uma resposta mais eficiente à população. O seu diagnóstico possui o poder de alterar significativamente a vida do portador modificando hábitos, revisão de conceitos, valores, isso porque sua constatação é muito sofrida devido aos mesmos se sentirem diferentes ou até mesmo estigmatizados.

A palavra estigma segundo Goffman (2004), já era usada pelos gregos como forma de designar marca de um corte ou queimadura no corpo, desqualificando o cidadão que possuía esses sinais, ou mesmo algo extraordinário sobre o status moral.

Os primeiros cristãos usavam o termo como indicativo de distúrbios físicos ou sinais metafóricos de graças divinas. Atualmente o termo estigma é usado como forma de categorizar as pessoas através de normas e conceitos de normalidades e aceitação como padrão, ainda sobre a temática podemos afirmar que:

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso (GOFFMAN, 2004, p. 5-6).

Podemos perceber que a palavra estigma já foram atribuídos vários significados como mediação da classificar um cidadão se é normal diante da regra que nos é imposta por uma sociedade, cultura e até mesmo conjuntura social.

Rebouças (2012) faz uma análise sobre o conceito de estigma social considerando as relações de afirmação de identidade e nível social entre os indivíduos de uma sociedade, isto é, a formação da identidade de uma pessoa tem início a partir da nossa idealização (quando não conhecemos) e enquadrados em um padrão da sociedade.

Assim, o estigma é um atributo, subsequente à produção de um amplo descrédito na vida do sujeito e a estigmatização os oferece uma redução de oportunidades, impondo até perda da identidade social, assumindo uma categoria de nocivo totalmente à margem do parâmetro adotado pela sociedade, ou seja, o indivíduo estigmatizado seja pela raça, etnia, status financeiro são considerados indignos de estarem juntos aqueles considerados “normais” muitos sofrem até violência física por não estarem dentro do padrão estabelecido por uma determinada sociedade.

No processo de adoecimento do indivíduo ocorre um procedimento semelhante: esse descrédito algumas vezes ocorre a partir do diagnóstico pela ausência de preparo dos profissionais na referida área e, como consequência, as pessoas acometidas por determinada doença progressiva ou incurável são marginalizadas tanto da comunicação como das formas de tratamento, que proporcione melhoria na qualidade de vida, ocorrendo, assim, uma negação ao direito de escolha em aceitar o tratamento ou não (GOMES et al, 2009).

Portanto, alguns profissionais omitem o diagnóstico, enquanto que as pessoas acometidas pelo câncer necessitam é de uma comunicação que ofereça aos mesmos confiança e também é necessário uma explicação do que vem a ser a doença, de como é seu tratamento, bem como suas chances de cura. Assim ocorre que,

Pouca ênfase tem sido direcionada ao treinamento de habilidades e técnicas em comunicação e avaliação do fator psicossocial, requisitos essenciais para um atendimento adequado de pacientes oncológicos [...]. A comunicação do diagnóstico ao paciente é dever do médico e está prevista em seu código de ética profissional. A não comunicação só é permitida em casos de pacientes pediátricos, ou quando suas condições físicas ou psicológicas não permitam (GOMES et al, 2008, p. 140).

A representação simbólica das doenças neoplásicas tanto para profissionais da saúde, como para os pacientes e seus familiares podemos até generalizar a população assim, atribui uma imagem negativa associada à morte; algo de rápida proliferação exterior sem controle; além de seu tratamento que quase sempre as pessoas acometidas apresentam efeitos colaterais desagradáveis (DORO et al, 2004, p. 121).

Por outro lado, o processo de estigmatização ocorre pela via de status financeiro da sociedade em que a população com características de vulnerabilidade é a que mais sofre em busca de um atendimento digno, humanizado e de qualidade. Além do auto custo de medicamentos que apesar de estar garantido o direito a saúde como um bem social muitos dos medicamentos faltam nos postos de saúde; já os exames aguardam uma enorme fila para realização dos mesmos, um contraste claramente visível essas pessoas devem ter urgência para diagnóstico e tratamento para uma possível cura e, no entanto, a demora e a falta de comprometimento e efetivação das leis (LOS, LOAS, CF de 1988) muitas vezes são os maiores inimigos da população.

### **3 ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA PARAÍBA**

O início da busca pela ampliação de serviços para as doenças neoplásicas se deu com a descoberta de um médico paraibano Napoleão Rodrigues Laureano (em 1951) ser acometido pela referida doença, aos 37 anos de idade, e, a partir do diagnóstico iniciou uma campanha de combate à doença. Onze anos após a morte de Dr. Laureano (1962) ocorreu à criação de um hospital do Câncer em João Pessoa, (com o nome Napoleão Rodrigues Laureano) em prol da assistência as pessoas acometidas pelo câncer.

O câncer pode ser tratado nos serviços vinculados ao SUS, a exemplo os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) que são unidades hospitalares de órgãos públicos ou filantrópicos que possuem recursos tecnológicos necessários para assistência integral destes sujeitos e são responsáveis pela confirmação do diagnóstico, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos.

Na Paraíba existem três unidades de atenção oncológica, que são; o Hospital Napoleão Laureano na capital e, em Campina Grande, o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFPB) e o Centro de Cancerologia Ulisses Pinto, este vinculado à Fundação de Assistência da Paraíba (FAP<sup>10</sup>).

De acordo com os dados do INCA (2012) referentes aos estudos realizados sobre a “Situação do Câncer no Brasil”, em dez anos (2001-2010), foram 22.776 óbitos entre ambos os sexos de paraibanos vitimados pela referida doença, um alto número de mortalidade, ficando atrás de problemas no aparelho circulatório.

Neste sentido, percebe-se que a Paraíba segue as estratégias de contrarreforma neoliberal expressa no descaso com a saúde pública, enorme fila de pessoas para acessar o SUS, que, conforme apontou o presidente da Sociedade Paraibana de Mastologia João Marcelo Cadete, “Os pacientes demoram até seis meses para ter o diagnóstico e, no mínimo, mais seis meses para dar início ao tratamento. Essa metodologia para tratamento do câncer de mama ainda é precário” (SANTOS, 2012).

Outro ponto que contraria a Política descrita no diz respeito à falta de medicamento ou solicitação para realização de exames por pessoas com baixo poder aquisitivo que muitas vezes acabam procurando a ajuda em ONGs<sup>11</sup>.

O contraste com os princípios e diretrizes do SUS, a saúde como direito social é negada à maior parte da população, de modo que esta precisa esperar por um atendimento precário, enquanto os que possuem condições financeiras podem usufruir de um atendimento totalmente especializado com o que a tecnologia pode oferecer de melhor.

---

<sup>10</sup> Cumpre destacar que o Hospital Laureano se adequa ao CACON II unidades que se dedicam prioritariamente ao controle da referida doença desenvolvendo ações para uma detecção precoce diagnóstico e tratamento dos tipos mais frequentes no Brasil, além de possuir todos os recursos humanos e equipamentos instalados necessários dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais é diretamente responsável. Com relação com relação ao HUAC e FAP, estão cadastrados no CACON I e pode ser com radioterapia é o caso da FAP, na unidade I geralmente faz o diagnóstico e tratamento, com perspectivas integradas no diagnóstico aos cuidados paliativos (INCA/MS). Disponível em: [www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/cancer/documento](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/documento). Acesso em: 15/07/2012).

<sup>11</sup> Fomos buscar informações sobre a rede de atendimento a pessoas acometidas por neoplasia em nosso município e o primeiro local foi a casa Municipal de Saúde (Antiga Casa de Saúde): procuramos informações na Diretoria e nada souberam responder e afirmaram que o Hospital da FAP é quem pode passar maiores informações. No entanto, a Assistente Social dessa unidade nos informou que não há nenhuma rede de atendimento específica e quando os resultados dos exames detectam o diagnóstico do câncer o setor do Serviço Social encaminha para FAP ou o HUAC. No hemocentro percebemos a falta de conhecimento sobre os serviços prestados pelo Estado da referida doença, uma vez que, no primeiro momento, não souberam informar e, após insistência afirmaram que naquele órgão só existia atendimento de pessoas que possuem algum tipo de linfoma. Procuramos também informação nos sites da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande/PB, mas não há informações sobre a temática; apenas nos hospitais Huac e na FAP que são centros de referência ao tratamento de neoplasia credenciado pelo SUS em nosso município é que encontramos informações do atendimento a pessoas acometidas por essa doença.

Apesar do escasso material sobre a política de atenção oncológica no estado em tela, a partir de 2007 foi criada a Rede Oncológica, com estratégias breves no enfrentamento da doença, além de propostas a ampliação dos serviços na área de neoplasia como também na regionalização e hierarquização com base no fluxo dos pacientes dirigidos para o tratamento quimioterápico, nos serviços de diagnósticos, cirurgias e cuidados paliativos oferecendo um perfil assistencial condizente com a concepção de integralidade, como também estabelece a prevenção e detecção precoce com o grande foco para modificar os indicadores de incidência e mortalidade e propõe campanhas permanentes e periódicas de sensibilização e informação da população (ALMEIDA, 2012).

No ano de 2012 ocorreu a liberação de verba para a construção do Centro de Oncologia em anexo ao Hospital Regional da cidade de Patos, com o “termo de compromisso para fortalecimento e descentralização da prevenção, diagnóstico e tratamento do Câncer na Paraíba”, vale salientar, que de acordo com o Ministro da saúde deverá ser construído mais de 20 centros no país para o tratamento de neoplasia (PB AGORA, 2012).

#### **4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O LÓCUS DA PESQUISA: A ESPERANÇA E VIDA EM QUESTÃO**

Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (AEV) é uma das instituições responsáveis em assistir portadores de neoplasia, oferecendo apoio humano, emocional e material para suprir as necessidades básicas como gêneros alimentícios, suplementos, exames médicos, etc., localizada na cidade de Campina Grande/PB no bairro do Alto Branco fundada em 2008.

Tal instituição oferece várias atividades aos usuários que atualmente são 70 cadastrados (até o mês de Julho de 2012), dentre elas realização de oficinas, artesanato, culinária, terapêuticas, atendimento psicológico, jurídico, esses acontecem semanalmente, há outros eventos para descontração dos mesmos como o dia da beleza que objetiva aumentar a auto-estima das pessoas acometidas por câncer e, ainda, são comemorados alguns dias festivos durante o ano (dia das mães, Natal, dia das crianças, entre outros).

O perfil desses usuários mostra que estes são de baixa renda com dificuldade para manter o tratamento devido aos medicamentos e os exames terem um alto custo. Porém, os recursos da AEV são limitados: conta apenas com a manutenção dos serviços, além de uma

equipe de operadoras de telemarketing que diariamente realizam contatos à população informando e sensibilizando através de campanhas mensais, também recebe doações de produtos, como; suplementos, frutas, cama hospitalares, lençóis, roupas e outros.

A supracitada instituição conta com parcerias em estabelecimentos que oferecem desconto, como a rede de farmácias Redepharma, a Unikenko (Indústria e Comércio de Colchões Ltda), a Faculdade de Ciências Aplicadas (FACISA<sup>12</sup>), além de pessoas que trabalham de maneira voluntária levando um pouco de alegria e afeto para esses usuários. Cumpre destacar que apenas a Assistente Social e as operadoras de telemarketing possuem vínculo empregatício (com carteira assinada) na instituição: os outros profissionais como fisioterapeuta e advogado possuem vínculo de maneira voluntária.

Para realização do cadastro na instituição é necessário se enquadrar em alguns requisitos que são estabelecidos pela AEV no intuito de prestar o atendimento às pessoas acometidas com algum tipo de neoplasia é preciso ter baixa renda, comprovar através de um laudo o número de Classificação Internacional de Doenças (CID), identificando o tipo de câncer e não há distinção de idade, pois estão cadastradas quatro crianças, quatro adolescentes e o restante são entre adultos e idosos do município de Campina Grande e cidades circunvizinhas.

Esse processo decorre da refilantropização das respostas à questão social (YAZBEK, 1995), ou seja, a partir do momento que setores da comunidade não são respaldados da atenção do Estado, há um processo de transferência da responsabilidade estatal para a órbita da sociedade civil, de modo que esta se torna protagonista e mediadora de ações voluntárias, filantrópicas, lócus para o surgimento do terceiro setor como mediador da população, ação essa que favorece ao projeto neoliberal.

Diante do exposto e a partir da realização de Estágio Supervisionado na AEV da cidade de Campina Grande/PB foi realizado o nosso estudo onde foram analisadas a estigmatização pelas pessoas acometidas de neoplasia usuárias da referida associação e sobre as quais versaremos no próximo item.

---

<sup>12</sup> Onde são realizados voluntariamente os atendimentos jurídicos.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS ENTREVISTADAS

Neste estudo foram entrevistados 8 (oito) usuários que possuem maior assiduidade na AEV e, como critério de inclusão da amostra intencional, os entrevistados que estivessem cadastrados desde sua fundação e após o início do nosso estágio supervisionado.

Os dados identitários estão relacionados ao sexo, idade, grau de escolaridade estado civil, composição familiar e renda financeira.

Preliminarmente o fato que nos chamou atenção diz respeito à disparidade entre os usuários do sexo masculino e feminino<sup>13</sup>: 1 e 7, respectivamente, dentro do universo de 70.

Tal fato nos remete a reflexão do cuidar em que a mulher é mais cuidadosa, em se preocupar com sua saúde, realizando a prevenção enquanto o homem ainda possui um estigma em realizar o exame para a detecção do câncer. De acordo com estudos sobre esta temática (BRASIL, 2008), as mulheres recebem o diagnóstico da doença no início, sendo estas mais propensas em procurar saber o porquê daquele sintoma (HYPE SCIENCE, 2012).

Quanto ao que se refere à faixa etária constatamos que todos os entrevistados possuem entre 44 a 79 anos.

Ao se perguntar sobre o grau de escolaridade, verificou-se que 4 possuem o ensino fundamental incompleto, 1 é iletrada, 2 tem o ensino fundamental completo e 1 está cursando o ensino médio no programa Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Com relação à renda financeira, 4 possuem apenas 1 salário mínimo, 2 possuem entre 2 salários, 2 não possuem renda fixa (vivem apenas do auxílio que recebem da Associação). Nessa informação foi questionada a composição familiar de todos os pesquisados entre 2 e 6 convivem em uma mesma residência.

Sobre o estado civil dessa amostra, 6 são casadas, 1 possui união estável, 1 divorciada, a maioria (7) moram em casa própria e apenas 1 mora em casa alugada.

---

<sup>13</sup> Em decorrência do predomínio de mulheres na amostra deste estudo, a referência aos sujeitos pesquisados será no feminino.



## 5.2 USUÁRIAS E O CÂNCER

Ao perguntarmos às entrevistadas sobre o tipo de câncer que estas foram acometidas, todas tiveram carcinoma, sendo 7 na mama e 1 na próstata. Com relação ao tempo que receberam o diagnóstico: 2 entrevistados fazem 23 anos, 3 possuem entre 3 anos há 5 anos e 3 entrevistados descobriram ser acometidas pela referida doença há um ano.

O procedimento adotado a todos os usuários foi a cirurgia, dentre os quais 6 deles fizeram quimioterapia e radioterapia.

Ao analisarmos as resposta das usuárias no que se refere à questão, percebemos o equívoco do profissional que deveria cuidar da saúde que deve promover a prevenção, os seguintes depoimentos descrevem essa afirmação:

Foi realizada uma cauterização mal feita, que posteriormente virou câncer, depois de um ano foi que descobri e fui operada para retirar a mama (Entrevistada 3).

Quando eu descobri, foi com uma médica que não tive muita sorte com ela, porque já estava sentindo o nódulo e ela simplesmente disse que não era nada, que eu não tinha com o que me preocupar, era da idade [...] perdi dez meses voltei e exigi a realização da mamografia [...] só da mama direita [...] ignorei o que ela disse e bati das duas, devido a sentir o nódulo na mama esquerda [...] foi quando acusou o nódulo em seguida fiz a biopsia e quando chegou o resultado... Estava com câncer (Entrevistada 6).

Podemos observar nesses relatos especificamente no último relato a falta de habilidade e qualificação técnica profissional para diagnosticar a patologia. A falta de comunicação da profissional com sua ausência de preparo negando naquele momento à paciente o direito de escolher o melhor tratamento podendo assim, ter sido evitado a cirurgia e retirada de toda a mama, contrariando o seu próprio Código de Ética (GOMES et al, 2009).

Ao questionarmos como foi a comunicação do diagnóstico, apenas uma usuária recebeu a notícia pelos familiares. Ao contrário do cenário descrito acima, alguns dos próprios médicos disseram ao paciente que estavam com câncer apresentando o comprometimento desses com o Código de Ética Médica que oferece ao paciente o direito de aceitar o modo de tratamento, diminuindo a ansiedade e burocracia, já que muitas vezes a demora ao atendimento deixa os pacientes inseguros para o tratamento (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

O médico foi ótimo: me perguntou se eu estava acompanhada, em condição de receber uma notícia, respondi que sim, ele então anunciou, “a senhora está sabendo que está com câncer, vai perder a mama todinha” (Entrevistada 3).

Os sujeitos entrevistados também relataram como foi sua reação ao receber o diagnóstico, dividimos em dois grupos: o primeiro (composto por 3 entrevistadas) foi aqueles que receberam com naturalidade:

Reação nenhuma, hoje tenho mais medo do que quando recebi a notícia (Entrevistada 2).

Nadinha, só o susto que a gente tem. Não fiquei pensado; pensei apenas em ser operada (Entrevistada 1).

De acordo com os depoimentos aqueles que receberam a notícia de maneira que o médico passou segurança tiveram uma aceitação, isso devido à confiança passada por esse profissional, mesmo diante de pessoas leigas que nem ao menos conhecem os seus direitos e vivem alienados dentro do padrão que a sociedade os impõem o profissional foi de acordo com o Código de Ética Médica.

No segundo grupo, composto por 4 entrevistadas, verificamos o desespero ao receber diagnóstico.

A princípio, até receber a biopsia, eu tinha esperança que o resultado fosse negativo. Ao entregar o resultado foi como uma sentença de morte: a médica foi falando, falando e a voz foi sumindo e eu só via abrindo e fechando a boca, não entendia mais nada do que me falava, porque naquela hora só meu veio a visão dos meus filhos. Vou morrer, meus filhos vão ficar e, naquela hora, o que mais doeu não foi o câncer que estava na pele, mas eu olhar para frente e enxergar três passos em seguida iria tombar e meus filhos iria ficar ali, então o que mais doeu foi isso (Entrevistada 6).

No momento de frente com a médica ao receber o diagnóstico fiquei logo de, calada... Quando cheguei em casa chorei muito, sem querer [ninguém] perto de mim. Para mim tinha acabado tudo naquele momento (Entrevistada 7).

No tocante aos depoimentos acima, percebemos como diagnóstico se portadora do câncer é complexo, isso devido ao mesmo ser considerado como uma doença difícil tratamento que durante sua construção histórica era nula a possibilidade de ser evitado o

sofrimento e morte, durante toda a sua historicidade foi marcada por transformações de um problema individual para um problema de caráter de saúde pública (TEIXEIRA, 2007, p. 9).

Outro fator que devemos citar é de como é dado o diagnóstico que, muitas vezes, é temido e traumático. Tal fato depende de como o profissional médico vai comunicar ao paciente, podendo decidir por um comportamento técnico descrever o processo do tratamento que para um leigo isso é totalmente cruel, e pode muitas vezes omitir esse diagnóstico tão desgastante na vida daquele paciente (RICCI et al, 2007, p. 220).

Em relação ao conhecimento sobre o câncer os entrevistados assinalaram que não possuíam um conhecimento aprofundado, conforme depoimentos:

Não sabia o que era [o câncer]. Sabia que era uma doença terrível, na minha família uma vez ou outra morria um canceroso, eu sabia do câncer externo, no tempo de papai morreu um de câncer comendo o rosto, do câncer interno como o meu não sabia como era (Entrevistada 1).

Para mim o câncer era uma doença que vinha sem perdão, mas eu não sabia, tinha conhecimento apenas do nome, mesmo assim quando peguei a biopsia e vi o nome carcinoma, não tinha conhecimento que carcinoma é o câncer (Entrevistada 6).

Dóro (2004) afirma que há um grande prejuízo causado por expectativas negativas relacionadas a crenças sem o devido conhecimento científico preconcebidas em nossa sociedade, que consequentemente causam malefícios aos pacientes e familiares.

As expectativas das usuárias em suas falas demonstram a percepção negativa influenciada pelo pré-julgamento que possuíam.

Para mim não ia ficar boa não, mas fiquei boa e não estou sentindo nada (Entrevistada 1).

Não, não tinha nenhuma expectativa de me recuperar (Entrevistada 5).

A família é de extrema importância no momento desse processo em que o paciente precisa se sentir seguro e necessita de uma readaptação com esta nova realidade (SILVA; CORREA, 2006). Rezende (2005) amplia essa concepção afirmando que o mesmo precisa de uma ampla estrutura de enfrentamento desde prevenção, diagnóstico e os períodos longos de tratamentos.

Com relação à forma de tratamento que as pessoas acometidas pelo câncer receberam, os dados descrevem as situações vivenciadas por eles:

Só assim, processo dos olhares, o olhar fala, nunca fui discriminada em palavras [...] cochicham e quando você vai passando sabemos que estão falando de você e aquilo machuca, dói, isso entristece, foi durante o processo de quimioterapia que meus cabelos caíram. Muitos olhares atravessados. Eu costumo dizer que as pessoas olham o câncer como um pecado [...] jogam uma carga nos seus ombros e você deve carregar sozinha (Entrevistada 6).

Eu percebi. Percebi umas diferenças, porque acho que eles pensavam que ia pegar aquela doença que eu estava, aí fiquei isolada dessas pessoas. Eu senti uma pena como se eu não fosse ficar boa, eu com aquele cabelo arriado, senti como se aquela pessoa [uma amiga] sentisse nojo. Se eu tive o desprezo de alguém que eu confiava muito, com toda certeza tive [choro] (Entrevista 7).

O estigma, para Goffman (2004), se classifica de três maneiras: abominações do corpo, culpas de caráter (desonestidade, crenças falsas, etc.) e os tribais de raça. No entanto, segundo o autor em destaque, tais classificações possuem uma única característica sociológica, isto é, um indivíduo que apresenta visivelmente um traço ou em algum momento apresenta uma atitude considerada fora dos padrões impostos pela sociedade irá ocorrer uma apresentação negativa desse sujeito, ele poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana, mas o que chamou atenção foi justamente essa “anormalidade” fora da categorização estabelecida pela sociedade.

Como aspecto relevante foi de uma das entrevistadas em sua própria fala apresentar o estigma em não aceitar que desenvolveu a neoplasia e ao ser questionada para descrever sobre a referida doença, sua fala confirma a estigmatização em sua concepção na deterioração do corpo humano e causalidade do sofrimento (CESTARI, 2005).

Foi na mama, a tirei toda, mas não tive. Não foi câncer eu só tirei devido a um cisto, eu só tirei a mama todinha porque ela tava cheia de cisto, a outra também esta cheia de cisto, [...] eu não sei dizer, porque eu não sei, agora que eu vejo as meninas, elas ficam desesperadas, por motivo dos cabelos caírem ficando carecas, elas choram muito. Uma passa dois, três meses, com câncer em uma mama e depois passa para outra mama e termina morrendo, ou mesmo morre como aconteceu muita gente lá [FAP] por causa disso e agora que comigo não aconteceu nada ainda graças a Deus, eu tenho muita pena delas, elas sofrem muito, são muito sofredoras com tudo... (Entrevistada 4).

Helman (2003) explica que algumas doenças até mesmo as graves, a exemplo do câncer, continuam fixadas na cultura do povo e tornam populares, podendo prejudicar o reconhecimento do adoecer, diagnóstico, manuseio e controle das doenças. Tal fato se dá pelo

motivo que as pessoas associam as crenças tradicionais referentes à natureza moral da doença, causando a não aceitação do seu estado de saúde, gerando vários significados como a ansiedade e o medo. Nos depoimentos, os trechos a seguir relatam claramente as suas emoções, mitos e estigmas, sem censura:

Essa doença não tem cura, é engano, a gente pensa que está curada. Eu fiquei boa dessa, mas ela está aparecendo em outro lugar (Entrevistada 2).

O câncer para mim é como a morte (Entrevistada 3).

[O câncer é] Muito triste (Entrevistada 5).

O câncer é uma maldição que vem sobre cada vida, uma maldição sem perdão para o ser humano que não merecia passar por esse sofrimento, não pelo nome câncer, mas por todos os procedimentos que temos que passar (Entrevistada 6).

Uma doença horrível, amedrontadora... Uma sentença de morte (Entrevistada 8).

Todavia, não é apenas estar com uma doença estigmatizante constituída de uma interpretação e um pré-julgamento das impressões sensíveis do corpo, mas também pela falta de atenção dos órgãos de saúde no atendimento as pessoas acometidas pela neoplasia, realidade presente na fala de todas as entrevistadas, ao ser perguntadas sobre o atendimento pelo SUS.

Eu penso que o SUS é meio demorado, passei dois anos para ser operado, até que chegou o dia de eu ser operado, acho que o SUS tem capacidade de melhorar o atendimento se ele quiser (Entrevistada 1).

Esperei dois meses e quinze dias para realizar a cirurgia [...] muitas vezes você tem direito a algo, mas não vem até você, o problema da espera, a pessoas que não possuem condição financeira vão esperar para fazer uma ultrasonografia, mamografia... O câncer não espera, não é? Quem possui um porte financeiro não vem para lhe detonar [...]. Infelizmente é assim (Entrevistada 6).

A focalização dos serviços oferecidos pelo SUS, ou seja, os problemas vinculados à organização dos serviços oferecidos pelo mesmo (falta de uma rede articulada e que responda, de fato, às demandas da população), como também a questão referente ao financiamento que

ainda não está definido para a ampliação de infraestrutura da saúde pública, ocasionando a implantação de programas focalizados.

Destarte, em municípios com mais de cem mil habitantes podemos perceber esse fenômeno, em que predomina uma baixa cobertura e grandes bolsões de pobres consequentemente reproduz o contrário da universalidade, a equidade (PAIM, 2009).

Paim (2009) ainda afirma que os serviços prestados pelo SUS possuem corredores estreitos, impedindo assim a atenção integral as pessoas que dependem totalmente desses serviços, para que os sujeitos tenham uma acessibilidade a serviços especializados e exames complementares, o SUS possui um vínculo com ao setor privado nos níveis de média e alta complexidade, acarretando em situações muitas vezes discriminatórias priorizando o atendimento do consumidor de plano de saúde.

Tal contextualização reflete-se no redirecionamento do papel e dever do Estado imposto pela política de ajuste neoliberal, em que a proposta de Política de Saúde que foi construída durante a década de 1990 vem sendo totalmente reconstruída, favorecendo o sucateamento da saúde e o seu vínculo com o mercado, dando ênfase às parcerias com agentes comunitários, sociedade civil, setor privado responsabilizando os mesmos para reduzir os custos públicos, surge a refilantropização (BRAVO, 2000).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta pesquisa, consideramos de acordo com as falas das entrevistadas da AEV que vivera com uma doença estigmatizante: desde a espera pelo resultado dos exames, esses sujeitos iniciaram o seu processo de conviver com sentimentos negativos, insegurança e enfrentamento diário para um atendimento digno e rápido em busca de uma possível cura, devido a existir casos de câncer que, quando diagnosticado precocemente, ocorre a cura e evita-se, assim, a metástase.

Ao longo da historicidade e dos avanços da medicina, ocorreu o aumento de controle referente aos processos do adoecer seguido do prolongamento de vida. No entanto, muitos são os desafios que ainda existe quando tratamos de doenças terminais como as neoplásicas.

Em virtude do exposto, verificamos que as pessoas acometidas pelas doenças terminais (em especial) enfrentam inúmeras situações como stress, sofrimento físico, depressão, que se misturam e dificultam o viver do seu processo de reabilitação. Outro

aspecto de grande relevância na vida deles é que muitas vezes precisam deixar o emprego para cuidar da própria saúde, que geralmente já não possuem condições financeiras adequadas para um tratamento sem tanta burocracia e morosidade.

O sucateamento dos serviços de saúde ocasiona o aumento da demanda para alguns setores específicos com é o caso da rede de atenção de média e alta complexidade, favorecendo o projeto neoliberal, de modo que e a sociedade assume o papel e dever do Estado como é o caso das ONGs.

Diante do exposto, esperamos que este estudo contribua para uma maior reflexão da sociedade com relação ao que vem a ser o câncer, bem como as formas de tratamento adequadas e, de fato, resolutivas, em consonância com a PNPCC.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme. **Cria a rede de atenção oncológica do estado da Paraíba.**

Disponível em:

<[http://www.guilhermealmeida.com/geral/layout.php?subaction=showfull&id=1173836217&archive=1199641367&start\\_from=&ucat=3&](http://www.guilhermealmeida.com/geral/layout.php?subaction=showfull&id=1173836217&archive=1199641367&start_from=&ucat=3&)>. Acesso em: 01 jun. 2012.

ANDRADE, Rômulo de Paula; LANA, Vanessa. Médicos, viagens e intercâmbio científico na institucionalização do combate ao câncer no Brasil (1941-1945). **Hist., ciências, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, jul. 2010.

BARRETO, Eliana Mota Texeira. Acontecimentos que fizeram a História da Oncologia no Brasil: Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 51, ano 3, p. 267-275, 2005.

BERGAMASCO, Roselena Brazilli; ANGELO, Margareth. O sofrimento em descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 47, ano III, p. 277-282, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 68-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília DF. 2000.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas**

constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social: Saúde. In: CEAD. Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo III. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. 2000, p. 103-115.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-109.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek. **A Influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer**. Londrina, 2005. 167f.

DÓRO, Maribel Pelaez et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Paraná, n. 24, ano II, p. 120-134, 2004.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

GOHN, Maria da Glória. **O protagonismo da sociedade civil**: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 70-107 (Coleção Questões da Nossa Época).

GOMES, Cláudio Henrique Rebello et al. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Minas Gerais, n. 55, ano II, p. 139-143, 2009.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HYPE SCIENCE. **A saga masculina**: eles têm mais e morrem mais de câncer. Disponível em: <<http://hypescience.com/a-saga-masculina-eles-tem-mais-e-morrem-mais-de-cancer/>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2003.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Situação do câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011, p. 19-37.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2009, p. 07-24.



KLIGERMAN, Jacob. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 48, ano 1, jan./mar. 2002.

MACHADO, Graziela Scheffer. O serviço social nas ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n° 102, p. 269-288, abr./jun. 2010.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NORONHA, Cláudio Pompeiano. **O impacto da nova política de atenção oncológica**: desafios e perspectivas para os registros de câncer. Disponível em: <[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1156340135034PoliticaAtencaoOncologia\\_DesafiosPerspectivas%5Bnis%5D.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1156340135034PoliticaAtencaoOncologia_DesafiosPerspectivas%5Bnis%5D.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2012.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de EXG et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais: o caso do câncer de mama. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 27, ano 2, p. 317-326, fev. 2011.

PAIM, Jairnilsom Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilsom Silva. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 91-122.

PB AGORA. **Ricardo e ministro anunciam construção do Centro de Oncologia em Patos**. Disponível em: <<http://www.pbagora.com.br/conteudo.php?id=20110730185442>> Acesso em: 01 jun. 2012.

REBOUÇAS, Fernando. **Estigma e identidade social**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/sociologia/estigma-e-identidade-social/>> Acesso em: 15 maio. 2012.

REZENDE, Vera Lucia, et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, p.79-87, 2005.

RICCI, Marcos Desidério et al. A análise ética do diagnóstico do câncer de mama. **Einstein**, n. 5, ano 3, p. 220-224, 2007.

SANTOS, Luzia. **Inca prevê 7,3 mil casos de câncer na Paraíba em 2012**. Disponível em: <[http://jornaldaparaiba.com.br/noticia/70895\\_inca-preve-7-3-mil-casos-de-cancer-na-paraiba-em-2012](http://jornaldaparaiba.com.br/noticia/70895_inca-preve-7-3-mil-casos-de-cancer-na-paraiba-em-2012)>. Acesso em: 24 jun. 2012.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. Tipos de pesquisa científica. In: **Metodologia científica**: A construção do conhecimento. Rio de Janeiro. 6ª edição revisada: DO & A, 2004. p. 25-30.

SILVA, Fernanda Machado da; CORREA, Ione. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, jan-mar. 2006.

TEIXEIRA, Luiz Antonio (Coord.). **De desconhecida a problema de saúde pública: INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

YAZBEK, Maria Carmelita. A política social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social. **Cadernos Abong**, São Paulo, nº 3, 1995.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - FICHA PARA DADOS SECUNDÁRIOS

Código: \_\_\_\_\_

1- Idade:

 30 à 45                       45 à 60                       60 à 75

2 - Sexo

 Masculino Feminino

3- Composição familiar:

 3 à 6 pessoas                       6 à 9 pessoas                       Outros \_\_\_\_\_

4- Renda familiar:

 Um salário mínimo De um a dois salários mínimos Outros \_\_\_\_\_

5- Grau de escolaridade:

 Fundamental                       Médio                       Superior

6- Estado civil

 Solteiro(a)    União Estável    Casado(a)    Divorciado(a) / Viúvo (a)

7- Moradia:

 Própria    Alugada                       Outros \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA

## • Usuários e o câncer

- 1- Qual tipo de câncer que você teve? Há quanto tempo você descobriu?
- 2- Qual procedimento foi adotado e qual o tempo do tratamento?
- 3- Como foi a comunicação do diagnóstico (equipes de saúde, por meio de familiares, outros)?
- 4- Como foi a sua reação ao saber que tinha câncer?

## • Câncer e estigma

- 5- Antes da descoberta você tinha acesso a algum conhecimento/informação sobre o câncer? Qual?
- 6- Com relação à pós-descoberta o que você hoje pode descrever da neoplasia?
- 7- Quais foram suas expectativas durante o tratamento?
- 8- Como foi a reação de seus familiares, amigos, sociedade ao tomar conhecimento que você e acometido pelo câncer?
- 9- Houve alguma mudança na forma de tratamento entre seus familiares, amigos e vizinhos após diagnóstico?
- 10- Com relação a essa mudança de tratamento, teve algum evento que lhe deixou constrangido (a)? Por que? Se sim, como você reagiu?
- 11- E agora o você sabe sobre o câncer?
- 12- Em uma palavra defina "câncer".

# **ANEXOS**

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE (maior de 18 anos)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Um estudo de Pessoas Portadoras de Neoplasia: da descoberta ao tratamento”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho Um estudo de Pessoas Portadoras de Neoplasia: da descoberta ao tratamento terá como objetivo investigar as possíveis consequências do estigma do portador de neoplasia desde a sua descoberta e durante o seu tratamento dos usuários da AEV de Campina Grande - PB.

- Ao voluntário só caberá a autorização para participar da entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8878-4305 com Ana Paula.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador  
Participante

Assinatura do



Dactiloscópica

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Dorciléia Pedrosa da Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR: ( 15 )**

**Número do parecer:0021.0.133.000-12**

**Data da relatoria:16/05/2012**

**Apresentação do Projeto: Um estudo de pessoas portadores de neoplasia: da descoberta ao tratamento na associação esperança e vida de Campina Grande-PB.**

**Objetivo da Pesquisa:**

**Analisar as consequências da estigmatização a partir da descoberta e do tratamento vivenciadas pelos portadores de câncer usuários da Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (AEV) de Campina Grande-PB**

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos: Não se aplica**

**Benefícios: A pesquisa tenciona uma melhor compreensão da doença, passando por razões etiológicas, consequências para o indivíduo diagnosticado com câncer.**

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Pesquisa de grande relevância social.**



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**Nada digno de nota**

**Recomendações:**

**Nada digno de nota**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**Apresenta uma boa justificativa com um método adequado.**

**Situação do parecer:**

**Aprovado(  )**

**Pendente (  )**

**Retirado (  ) – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.**

**Não Aprovado (  )**

**Cancelado (  ) - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



---

Prof. Dra. Denilcia Pedrosa da Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa