



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

NADEGE DE OLIVEIRA LUSTOSA

**ANÁLISE DAS MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA DAS USUÁRIAS  
CADASTRADAS NA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS PORTADORES DE CÂNCER  
ESPERANÇA E VIDA, SUBMETIDAS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.**

CAMPINA GRANDE

2012

NADEGE DE OLIVEIRA LUSTOSA

**ANÁLISE DAS MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA DAS USUÁRIAS  
CADASTRADAS NA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS PORTADORES DE  
CÂNCER ESPERANÇA E VIDA, SUBMETIDAS AO TRATAMENTO DO  
CÂNCER DE MAMA.**

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

Orientadora: Profa. Ms. Sallyana de Souza Silva.

CAMPINA GRANDE

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

L968a Lustosa, Nadege de Oliveira.

Análise das modificações ocorridas na vida das usuárias com câncer de mama cadastradas na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida./ Nadege de Oliveira Lustosa. – 2012.

35 f.; il.

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

“Orientação: Ms. Salyanna de Souza Silva, Departamento de Serviço Social”.

1. Modificações. 2. Câncer de mama 3. Mulheres. I. Título.

21. ed. CDD 362.83

NADEGE DE OLIVEIRA LUSTOSA

**ANÁLISE DAS MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA DAS USUÁRIAS  
COM CÂNCER DE MAMA CADASTRADAS NA ASSOCIAÇÃO DE APOIO  
AOS PORTADORES DE CÂNCER ESPERANÇA E VIDA,**

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

Aprovada em: 04 / 10 / 2012

Nota: 9,5

BANCA EXAMINADORA



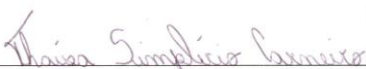
Profª. Ma. Salyanna de Souza Silva

Orientadora



Elaine Almeida Barros Assistente Social da A.E.V.

Examinadora



Profª. Ma. Thaísa Simpício Carneiro

Examinadora

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER NO ESTADO DA PARAÍBA.....</b>	<b>8</b>
2.1 O CÂNCER.....	10
2.1.1 O CÂNCER DE MAMA.....	12
<b>3 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>15</b>
<b>4 A ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS PORTADORES DE CÂNCER ESPERANÇA E VIDA (A.E.V.) E O ATENDIMENTO A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.....</b>	<b>17</b>
4.1 SURGIMENTO DO TERCEIRO SETOR E DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS (ONG).....	18
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS PORTADORES DE CÂNCER ESPERANÇA E VIDA (A.E.V.).....	20
4.3 PERFIL DAS USUÁRIAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA.....	22
4.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	24
<b>5 AS MODIFICAÇÕES TRAZIDAS PELO CÂNCER E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA DAS MULHERES.....</b>	<b>25</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

**ANÁLISE DAS MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA DAS USUÁRIAS  
COM CÂNCER DE MAMA CADASTRADAS NA ASSOCIAÇÃO DE APOIO  
AOS PORTADORES DE CÂNCER ESPERANÇA E VIDA.**

Nadege de Oliveira Lustosa

**RESUMO**

O presente artigo traz uma análise das modificações ocorridas na vida das usuárias atendidas na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (A.E.V.), submetidas ao tratamento do câncer de mama. Para tanto visa identificar as dificuldades enfrentadas por estas no decorrer do tratamento, bem como verificar em que medida sua vida foi afetada após a descoberta da doença, como também o possível preconceito familiar e de pessoas do convívio social em geral, para com a portadora do câncer. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, no qual para a coleta dos dados foi utilizada a técnica da entrevista com uso de um roteiro semi-estruturado. A amostra foi composta por seis mulheres. A análise dos dados qualitativos foi feita através da análise de conteúdo, enquanto os dados quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico-descritivo. De uma maneira geral, o resultado do estudo demonstrou que ocorreram diversas modificações na vida dessas mulheres, tanto em sua vida pessoal, laborativa, psicológica e também financeira. Nossa pesquisa constatou também a necessidade de fortalecimento da Rede Pública de Atenção à Saúde.

**Palavras-chave:** Modificações. Câncer de mama. Mulheres.

**ABSTRACT**

This paper presents an analysis of the changes occurring in the lives of users attending the Association of Support for People with Cancer Hope and Life (AEV), undergoing treatment for breast cancer. For that aims to identify the difficulties faced by them in the course of treatment and to verify the extent to which his life was affected after the discovery of the disease, as well as the possible bias of family and social life of the people in general, to the bearer of cancer. This is a qualitative and quantitative study, in which for the data collection technique was used to interview using a semi-structured. The sample consisted of six women. Data analysis was performed using qualitative content analysis while the quantitative data were subjected to statistical and descriptive. In general, the study results showed that there were several changes in the lives of these women, both in his personal life, to work, psychologically and also financially. Our research also noted the need to strengthen the Public Health Care.

**Keywords:** Modifications. Breast cancer. Women.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo buscou analisar as modificações que ocorreram na vida das usuárias que foram submetidas ao tratamento do câncer de mama, cadastradas na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (A.E.V.), localizada na cidade de Campina Grande – PB.

Tal debate nos suscita uma aproximação com alguns estudos sobre o câncer de uma forma geral. Assim, as neoplasias caracterizam-se por um distúrbio patológico do crescimento e da proliferação descontrolada de células anormais do organismo. As células cancerosas não obedecem ao controle do organismo e não morrem como as células normais, uma vez que dividem-se sem parar proliferando-se excessivamente (BRASIL, 2008).

Segundo os escritos de Mohallem, Pereira e Suzuki (2007) a origem do câncer está intimamente ligada à história da origem do próprio homem. Em 500 a.C. na Grécia, Hipócrates foi o pioneiro a definir o câncer como uma doença de mau prognóstico. A partir de então, pacientes nos quais eram diagnosticados reagiam com ansiedade e temor. Por um longo tempo, supunha-se não existir a cura para essa doença, no entanto, com o avanço nos setores científico e tecnológico tornou-se possível atuar na vida de alguns usuários melhorando de forma bastante visível a sua qualidade de vida.

No Brasil, o câncer caracteriza-se como um problema de saúde pública, sendo o câncer de mama a segunda maior causa de morte por doença oncológica entre mulheres. Nos últimos anos, conforme o registro brasileiro de câncer, desenvolvido pelo INCA<sup>1</sup>, é possível observar um aumento de novos casos, salientando os impactos econômicos e sociais da doença.

A industrialização e o urbanismo estão entre os principais fatores associados ao maior número de casos da doença, por consequência do êxodo rural houve uma grande concentração da população nos grandes centros urbanos ficando, portanto, a maioria das pessoas expostas a fatores de risco ambientais, tais como: substâncias químicas, poluição ambiental, tabagismo entre outros (SILVA; FERRARI; ROCHA; 2007).

Geralmente, as pessoas acometidas por essa doença tendem a passar por diversos tipos de tratamento, sendo o mais doloroso a mutilação da parte afetada (mama)

---

<sup>1</sup> INCA Instituto Nacional do Câncer, Estimativas do Câncer para o ano de 2012.

provocando deficiências, paralisias, interrompendo assim sua carreira e o cuidado no âmbito familiar.

O câncer de mama é provavelmente o que causa maior temor entre as mulheres em razão à sua alta frequência, pois é o segundo mais frequente em mulheres, sobretudo por seus efeitos tanto na vida pessoal, social e afetiva, interferindo na percepção da sexualidade e da sua autoimagem (INCA, 2008).

Dessa forma, propusemo-nos a identificar as dificuldades enfrentadas por estas no decorrer do tratamento, bem como verificar como sua vida foi afetada após a descoberta da referida doença, como também verificar se ocorreu possível preconceito familiar e de pessoas do convívio social em geral, para com a portadora do câncer.

O interesse por tal tema surgiu da necessidade de um maior conhecimento sobre as modificações trazidas pelo câncer para a vida das mulheres acometidas pelo mesmo, tendo em vista o contato com as usuárias da A.E.V. mediante a realização do Estágio Supervisionado em Serviço Social no período de 2010.2 e durante todo o ano de 2011.

A partir dessa aproximação observamos uma escassez de estudos sobre tal temática, tendo pouca literatura no âmbito do Serviço Social no curso da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), dessa forma visamos com este estudo contribuir para um maior conhecimento da problemática vivenciada pelas mulheres.

A pesquisa realizada tem uma natureza quali-quantitativa, sendo do tipo explicativa, seguindo o referencial teórico do método histórico-dialético. Realizamos também um levantamento bibliográfico da temática ora estudada, que nos possibilitou uma visão global e histórica do problema.

Para coleta de dados fizemos entrevistas com seis mulheres participantes da A.E.V., utilizando um roteiro semi-estruturado (em anexo) composto de 20 questões (abertas e fechadas) que abrangiam: o perfil socioeconômico, a relação com a instituição e as modificações referentes ao câncer. Para análise dos dados coletados fizemos uso da técnica de análise de conteúdo.

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve diretamente seres humanos submetemos a mesma à avaliação do Comitê de Ética da UEPB, obtendo a aprovação para coleta de dados em novembro de 2011. Esta acatou as exigências da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Nosso artigo é composto por cinco pontos, no primeiro são abordadas as políticas de saúde no Brasil e o atendimento às pessoas com câncer na Paraíba, o segundo ponto versa sobre a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM).



Já no terceiro ponto apresentamos a A.E.V., instituição na qual foram coletados os dados, e o perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas.

Em nosso quarto ponto analisamos as modificações ocasionadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama na vida das mulheres entrevistadas. Assim, nas nossas considerações finais relatamos as diversas modificações vivenciadas por estas mulheres, estas afetando tanto sua vida familiar, como sua vida profissional e no convívio social.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER NO ESTADO DA PARAÍBA**

Saúde deriva do português *salude*, vocábulo do século XIII, do latim *salus* (*salutis*), tem como significado salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês Santé, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designado no latim *sanus* significando o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de higiene. O termo saúde designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. Assim, pode-se dizer que saúde é, em sua origem etimológica, um estado positivo de viver, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana.

Em 07 de abril de 1948 a Organização Mundial da Saúde – OMS divulgou em sua carta de princípios o seguinte conceito – “Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de mal-estar ou enfermidade”. Dessa forma, a saúde considerada essencial para a vida tornou-se mundialmente um direito social.

Com a Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, em seu artigo 196, diz que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

A Saúde, a Previdência e a Assistência Social, compõem o tripé da Seguridade Social, caracterizados como direitos sociais garantidos pela CF/88, compreendendo um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade.

O direito a saúde está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, na Lei nº 8.142/1990 – que dispõe sobre a participação da comunidade na

gestão do SUS e sobre a transferência de recursos entre as diferentes instâncias do governo; nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1993 e 1996; na Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS-SUS, 01/2001. Integram ainda a legislação da saúde, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas dos Municípios, os Princípios e as Diretrizes para a NOB de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS- de dezembro de 2000.

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas, nas diferentes instâncias de governo, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar. Dentre os princípios das ações e serviços públicos de saúde e dos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, destacam-se:

- A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a participação da comunidade;
- A integralidade da assistência;
- A preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- A igualdade da assistência, o direito à informação sobre sua saúde;
- A divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e à sua utilização pelo usuário;
- A utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- A alocação de recursos e a orientação programática;
- A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo (descentralização, regionalização e hierarquização);
- A integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- A conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três instâncias do governo na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- A capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- A organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A integralidade da assistência deve contemplar a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção especializada (PAIM, 2009 p.60).

Dessa forma, a Política de Saúde brasileira se organiza de forma descentralizada e hierarquizada.

A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A população tem acesso às especialidades básicas que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia (PAIM, 2009).

Os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, por sua vez, compõem a média e a alta complexidade, respectivamente. A média complexidade destina-se a oferecer ações e serviços que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (PAIM, 2009).

No caso da alta complexidade, corresponde a procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. Temos como exemplos: trauma-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão distribuídas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica.

A atenção à oncologia ou as primeiras iniciativas para o controle do câncer no Brasil remontam o início do século XX, orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico e o tratamento. Pouca ênfase era dada à prevenção, pois não existia muito conhecimento sobre a etiologia da doença.

## 2.1 O CÂNCER

Atualmente encontramos algumas produções sobre a referida doença. Tais bibliografias colocam que o câncer é definido como um grupo de doenças que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. Segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2000), as causas do câncer são diversas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas ao meio e aos costumes socioculturais e as internas (geneticamente pré-determinadas), à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem

interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas das células normais.

Em sua maioria, chegando a uma porcentagem de (cerca de 80% a 90%) dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns são bem conhecidos, como o consumo de cigarro (câncer de pulmão), exposição excessiva ao sol (câncer de pele). Por outro lado, muitos são completamente desconhecidos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos: esses fatores atuam alterando a estrutura genética, ou seja, o DNA (Ácido Desoxirribonucléico) este é o material genético encontrado nas células e que ordena todas as suas atividades incluindo as ordens para a divisão celular, na maioria das vezes o DNA encontra e concerta seus erros. Nas células cancerosas, no entanto, o mecanismo de reparo não funciona.

Existem aproximadamente 200 tipos diferentes de câncer, muitos deles são curáveis, desde que detectados precocemente. Dessa forma, o INCA de dois em dois anos realiza uma pesquisa a nível nacional por regiões e estados sobre as incidências do câncer. Com objetivo de oferecer à sociedade brasileira as estimativas de casos novos de câncer, no sentido de *prover gestores, serviços de saúde, universidades, centros de pesquisa e sociedades científicas de informações que possam subsidiar o conhecimento sobre a ocorrência da doença na população brasileira* (INCA, 2011, p.07).

A partir da pesquisa citada anteriormente tomaremos os dados referentes ao estado da Paraíba, com destaque para a capital João Pessoa. Comparando o número de mulheres e homens com câncer percebemos uma maior estimativa de incidência para as mulheres, chegando a uma diferença de 210 casos a mais (tanto no Estado como na Capital, conforme exposto na Tabela do Anexo A).

O tratamento de câncer pode ser feito pela cirurgia, radioterapia<sup>2</sup>, quimioterapia<sup>3</sup> e imunoterapia<sup>4</sup>, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular

---

<sup>2</sup> Radioterapia é um tratamento baseado na aplicação de radiação direcionada ao tumor bloqueando o crescimento das células anormais. A quantidade de radiação utilizada depende do tipo e do tamanho do tumor. Tem por objetivo a eliminação do tumor, visando à cura, ou a diminuição dos sintomas da doença. Podendo ser utilizada de maneira isolada ou combinada à cirurgia e/ou à quimioterapia. Também pode ser realizada antes do tratamento cirúrgico para reduzir o tamanho do tumor, ou posterior à cirurgia para evitar a recidiva (volta) da doença.

<sup>3</sup> Quimioterapia é o tratamento que utiliza medicamentos extremamente potentes para combater o tumor. As drogas utilizadas recebem o nome de agentes quimioterápicos, podendo ser administradas por via intravenosa (injeção na veia) ou via oral. O tempo de administração da quimioterapia é variável, sempre seguido de um período de descanso e recuperação de 1 a 4 semanas. O número de ciclos ou sessões

do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. Além disso, também requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais.

O caráter nacional de controle do câncer veio sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, destinado a orientar, controlar e operacionalizar as campanhas de câncer em todo o país. Foi inaugurado em 1957 o hospital-instituto (atual INCA), no Rio de Janeiro, que passou a ser sede do Serviço Nacional do Câncer. A partir de então, esforços de unificação das ações de controle do câncer resultaram, em 1967, na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

### 2.1.1 O CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama ou carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres, por meio da prática do autoexame.

Dados do INCA revelam que o câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo, sendo o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No ano de 2010 ocorreram 49.240 novos casos de câncer de mama no Brasil, sendo superado apenas pelo câncer de pele. No ano de 2008, 11.860 mulheres morreram por causa do câncer de mama (INCA, 2012).

Tais dados evidenciam também que existem diferenças nas taxas de incidência da doença entre as regiões do Brasil, possuindo uma maior incidência na região sudeste. Nesta, a taxa é de 64.54 casos/100mil mulheres, na Região Sul por sua vez a taxa é de 64.3/100mil mulheres, seguido da Região Centro-Oeste de 37,68/100mil mulheres, Região Nordeste 30,11/100mil mulheres e da Região Norte 16,62/100mil mulheres, esta com a menor incidência. Esses dados apontam que quanto maior o desenvolvimento da região maior a incidência de câncer de mama. "Isto reflete uma sociedade mais

---

dependerá do tipo de câncer do esquema quimioterápico e de como este responderá aos medicamentos administrados.

<sup>4</sup> Imunoterapia é o tratamento feito a partir da imunização de um indivíduo realizado mediante administração de anticorpos pré-formados produzidos ativamente em outro indivíduo.

industrializada com consumo cada vez maior de uma alimentação inadequada, excesso de peso e talvez estresse" (INCA, 2012).

No Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estado avançado.

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 do século passado registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

A partir da década de 1990, com o processo de estruturação do SUS, coube ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Viva Mulher) e, em 2000, as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área. Outras ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, através dos Centros de Alta Complexidade, foram implementadas nos últimos 10 anos.

No final de 2005 foi lançada a Portaria 2439/GM (BRASIL, 2005) que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Esta tanto traz diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, como propõe e orienta a organização da Rede de Atenção nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A PNAO prevê o conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Atualmente, no Brasil os serviços vinculados ao SUS que realizam atendimento oncológico são cadastrados pelo Ministério da Saúde e recebem o nome de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Serviços Isolados de Quimioterapia e Serviços Isolados de Radioterapia. Estes serviços são coordenados pelo INCA através do Projeto Expande.

Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do usuário com

câncer. Sendo responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimentos das emergências oncológica e cuidados paliativos, o SUS classifica o CACON de acordo com os serviços disponibilizados, podendo ser classificado em CACON I<sup>5</sup> e CACON II<sup>6</sup>.

Os Serviços Isolados de Quimioterapia e de Radioterapia realizam apenas seus respectivos procedimentos específicos, dependendo de outras unidades assistenciais para a confirmação diagnóstica, o estadiamento e a realização de cirurgia quando indicado.

Ambos os serviços devem atender pessoas somente com encaminhamento médico de outras unidades assistenciais com diagnóstico confirmado ou com forte suspeita de câncer.

O estado da Paraíba conta com quatro unidades de atendimento aos usuários com câncer estando duas localizadas na capital João Pessoa, no Hospital Napoleão Laureano, que funciona como CACON II e Instituto de Hematologia e Hemoterapia que funciona como Serviço Isolado de Quimioterapia. As outras duas unidades estão situadas na cidade de Campina Grande no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), que funciona como CACON I juntamente com o setor de radioterapia, e no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) (Fonte: [www.saude.pb.gov.br](http://www.saude.pb.gov.br)).

Em relação à atenção básica, Campina Grande atualmente possui 93 Estratégia Saúde da Família (ESFs), que é composta por uma equipe multiprofissional de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos de enfermagem e agentes de saúde que atuam na prevenção e promoção à saúde dando encaminhamentos quando necessário para outras especialidades.

---

<sup>5</sup> CACON I é o hospital geral em que se faz o diagnóstico e tratamento dos tipos mais frequentes de câncer no Brasil, caracteriza-se por dispor de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e por prestar atendimento ao paciente sempre numa perspectiva profissional integrada, do diagnóstico aos cuidados paliativos.

<sup>6</sup>CACON II trata-se de uma instituição dedicada prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento dos tipos de câncer mais frequentes, em todas as modalidades assistenciais integradas que abrangem diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais é diretamente responsável (Acesso em: [www.saude.pb.gov.br](http://www.saude.pb.gov.br)).

Assim, consideramos que o tratamento do câncer no Estado da Paraíba está bem estruturado com relação ao que preconiza o Ministério da Saúde e o INCA, principalmente com relação à alta complexidade (hospitais) e a atenção básica com os PSFs. Entretanto, com relação a sua efetividade de uma forma geral identificamos diversos "entraves" a serem superados, sobre tal ponto estaremos discorrendo posteriormente.

### **3 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

Em meados dos anos 1980 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), postulando-se um cuidado mais amplo a saúde da mulher, para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

Tal programa se propõe a atender às mulheres nos ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde – da básica à alta complexidade.

O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços, como afirmamos anteriormente. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Tem como principais objetivos, segundo Brasil (2004, p.11):

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos



meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

- Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, compreendendo o direito à saúde enquanto direito de todos e também da mulher, sendo para isso necessária uma atenção específica visando sua prevenção e tratamento, devendo o SUS desenvolver políticas de combate e controle ao câncer voltada para esse público.

No ano de 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco). Em 1990, o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer, e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais o câncer de mama.

No final dos anos 90, foi implantado o Programa Viva Mulher, onde teve início ações para a formulação das diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama.

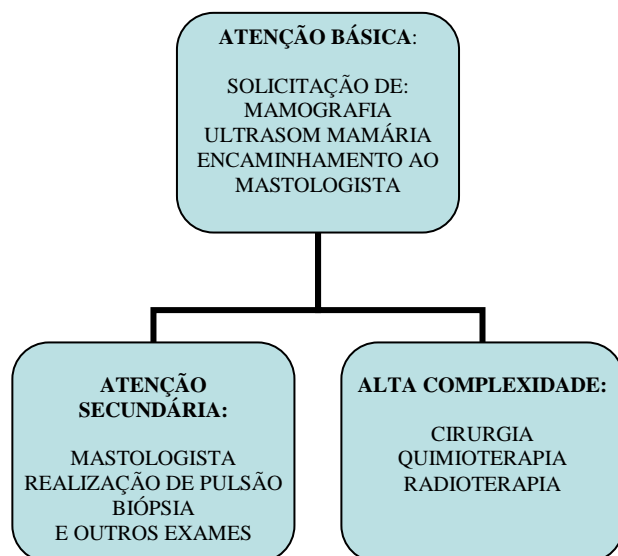
Em 2005, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama, que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

A priorização do controle do câncer de mama foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento do Plano Nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pela presidente da República Dilma Rouseff. O plano prevê investimentos técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios.

No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual é a garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; implantação da

gestão da qualidade da mamografia; a ampliação da oferta de mamografia de rastreamento; a comunicação e a mobilização social e o fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, é objetivo dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Na cidade de Campina Grande/PB, temos para o programa de atenção a saúde da mulher, mais especificamente em relação ao diagnóstico do câncer de mama, o seguinte fluxograma de atendimentos:



Fonte: Elaboração Própria.

Assim, constatamos que existe atualmente no contexto político nacional uma visibilidade maior em relação à saúde da mulher, contudo tais iniciativas precisam ser melhores estruturadas e trabalhadas para que se materializem no cotidiano desses sujeitos, principalmente para aquelas de baixo poder aquisitivo, público atendido pela Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (A.E.V.).

#### **4 A ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS PORTADORES DE CÂNCER ESPERANÇA E VIDA (A.E.V.) E O ATENDIMENTO A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

A partir desse momento discorreremos sobre a A.E.V., ONG que atua no município de Campina Grande e apresentaremos os sujeitos de nossa pesquisa, traçando um perfil socioeconômico (faixa etária, renda, estado civil, etc.). Contudo antes de

adentrarmos especificamente nesse ponto faremos um breve resgate sobre o surgimento do Terceiro Setor e das Organizações Não- Governamentais (ONG).

#### 4.1 SURGIMENTO DO TERCEIRO SETOR E DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS (ONG)

Mundialmente, entre as décadas de 30 a 70, aconteceu o período denominado de Welfare State, neste o Estado era o principal responsável pela resposta às expressões da questão social, tendo como constitutivo o direito de cidadania, universalidade de serviço e implementação de políticas sociais. Contudo, a partir das décadas seguintes tal modelo foi se desestruturando com a implantação do *modelo neoliberal*.

No Brasil tivemos algumas iniciativas de legislações e direitos sociais, graças a constantes mobilizações da classe trabalhadora nacional, que tiveram como grande vitória à elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988 considerada *Constituição Cidadã*. Contudo, a partir da década de 90, começou-se a presenciar no país as investidas do *projeto neoliberal*, ocorreu a redução do papel do Estado na intervenção social, redirecionando sua modalidade de ação, tornando-as precárias, focalizadas e desconcentradas – contrariamente ao que reza a recente Constituição de 1988– criando uma demanda lucrativa para os serviços privados e estimulando a ação voluntária e filantrópica do terceiro setor, que substitui algumas ações do poder estatal, mediante diversas emendas constitucionais, traz também o desmonte do padrão de respostas sociais típicas do Welfare State.

Assim, o termo terceiro setor passa a se disseminar na sociedade por meio de diversas organizações, representadas principalmente por instituições filantrópicas, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Movimentos Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), dentre outras. Tal fenômeno torna-se também alvo de diversos estudiosos que afirmam que sua construção se dá a partir de um recorte social em esferas: o Estado (primeiro setor), o mercado (segundo setor) e a sociedade civil (terceiro setor). O termo Terceiro Setor tem origem norte-americana, contexto onde associativismo e voluntariado fazem parte de uma cultura política e cívica baseada no individualismo liberal (MONTAÑO, 2002).

No Brasil o conceito de Terceiro Setor foi introduzido no ano de 1996, após a realização do III Encontro Ibero-Americano do Terceiro Setor realizado no Rio de

Janeiro. Em 1998, na Argentina foi realizado o IV Encontro Ibero-Americano do Terceiro Setor onde foram definidas quais instituições pertencem a esse setor, são: privadas, não-governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas, de associação voluntária (MONTAÑO, 2002).

Dessa forma, entendemos que cabe ao Terceiro Setor diversos estudos afim de compreender sua dinâmica. Concordamos com Montaña (2002) que numa perspectiva crítica e de totalidade, diz que o terceiro setor refere-se a:

Um fenômeno real, ao mesmo tempo inserido e produto da reestruturação do capital, pautado nos princípios neoliberais: um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de resposta à “questão social”, seguindo os valores da solidariedade local, da auto-ajuda e da ajuda mútua (2002, p.186).

As instituições do terceiro setor são legalmente embasadas por leis e decretos, antigos e atuais, que, direta ou indiretamente regulamentam a constituição e atividades desenvolvidas pelas entidades. As Organizações Não-Governamentais (ONGs) são regulamentadas pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.

Gohn (2008) define que no universo temático das ONGs encontramos diversos campos de atuação tais como: Direitos de Terceira Geração – gênero, meio ambiente, direitos humanos, etnias, sexo, direitos de cidadania. Áreas Sociais Básicas – Direitos Sociais ou de Primeira Geração; saúde, educação, moradia, alimentação. Grupos Sociais clássicos no atendimento da assistência social, crianças, jovens/adolescentes, idosos. Área da cultura clássica (música, dança, literatura, pintura, escultura, teatro e comunicações), diversidades culturais, defesa e preservação do patrimônio histórico e artístico dos povos. Grupos vulneráveis e causas sociais – pobreza socioeconômica.

O estudo realizado no ano de 2005 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), a Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (ABONG) e o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE), feito a partir do Cadastro Central de Empresas (CEMPRE), mostra que no ano de 2005 existiam no Brasil 338 mil Fundações Privadas e Associações sem fins Lucrativos. Entre elas, 35,2% atuavam na defesa dos direitos e interesses dos cidadãos, 24,8% eram instituições religiosas e 7,2% desenvolviam ações de Saúde e Educação e pesquisa (IBGE, 2005).

Assim, as ONGs vêm ampliando gradativamente sua área de atuação junto à sociedade. Exemplo temos a experiência da Associação de Apoio aos Portadores de

Câncer Esperança e Vida (A.E.V.) em Campina Grande, ponto que abordaremos a seguir.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS PORTADORES DE CÂNCER ESPERANÇA E VIDA (A.E.V.)

A Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (A.E.V.) situada em Campina Grande é uma ONG que tem como finalidade a promoção da assistência social visando lutar, zelar e primar pelo estabelecimento e desempenho da política assistencial e filantrópica ligada à pessoa com câncer em geral e de sua família. Estes são pessoas de baixa renda, que residem em Campina Grande e em cidades circunvizinhas, atualmente estão cadastradas 70 pessoas. A instituição foi fundada em 07 de março de 2008 e iniciou suas atividades em 01 de julho de 2008 (A.E.V., 2008).

A instituição presta assistência aos usuários (as) e seus familiares diariamente com o objetivo de: empreender apoio humano/emocional/material; suprir as necessidades básicas com lanches, benefício da cesta básica, suplementos nutricionais, exames, medicamentos, etc.; criar mecanismos para melhoria e qualidade de vida envolvendo palestras, cursos e terapias complementares; orientar sobre recursos existentes na comunidade e seus direitos; oferecer orientação jurídica, para que estes possam ser auxiliados com relação aos benefícios do INSS; e integrar os usuários a sociedade e ao exercício da cidadania.

A fim de desenvolver tais atividades, a A.E.V realiza oficinas artesanato, fisioterapia (contando com uma fisioterapeuta e alguns estagiários), terapia de REIKE, a orientação jurídica é oferecida em parceria com o Escritório Modelo da FACISA – (Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas) em Campina Grande, são realizadas também comemorações de datas festivas (Dia das Mães, Páscoa, Carnaval, etc..) onde os/as usuários(as) tem a oportunidade de se confraternizar e descontraír.

Recentemente a A.E.V. recebeu a doação de uma Kombi que foi adquirida com recursos do Ministério Público do Trabalho, em parceria com a Procuradoria Regional do Trabalho, a fim de auxiliar na realização de visitas e transporte de materiais utilizados nas atividades por ela desenvolvidas.

A A.E.V. conta com um quadro funcional de uma Assistente Social e três estagiárias de Serviço Social, um auxiliar de serviços gerais, uma gerente operacional,

uma auxiliar administrativo, treze operadoras de Telemarketing e quatro mensageiros que são os responsáveis por receber as doações feitas pela sociedade à instituição, conta também com o apoio de alguns voluntários (as) para realização das atividades com os/as usuários (as). O setor administrativo da A.E.V. é composto por uma presidente, um vice-presidente, um secretário e um tesoureiro. Nos anos de 2009 e 2010 a A.E.V. passou a contar, respectivamente, com a filial de Teresina (Piauí) e João Pessoa (Paraíba).

Assim, a A.E.V. atende pessoas com diversos tipos de câncer, em sua maioria são mulheres, dentre essas 36 são portadoras de câncer de mama (Dados do 2º semestre de 2011). Estas participam de oficinas artesanais com pinturas em vidro e tecido, confecção de utensílios com acabamento em madeira, fisioterapia e palestras que visam o estímulo à autoestima, ampliação do conhecimento em relação aos seus direitos e sobre a doença e os cuidados consigo mesmas.

As seis mulheres entrevistadas identificamos que estas estão participando da A.E.V. em um período que vai de um a três anos, e ficaram sabendo da existência da instituição por meio de familiares, como também de profissionais da Rede de Saúde (FAP, HU, etc..) e através do contato com amigos que já faziam parte da A.E.V. O que demonstra que a ONG em Campina Grande tem suas atividades reconhecidas pelo seu relevante serviço prestado à comunidade.

Quando perguntamos sobre sua participação na A.E.V. todas evidenciaram uma satisfação com os serviços e benefícios prestados a elas. Segue abaixo suas falas que elucidam tal afirmativa:

Porque aqui tem muito benefício pra gente, pra ajudar, gosto muito de ASSISTENTE SOCIAL, de vocês todas né. E aqui é muito bom, tem fisioterapia, tem muita coisa, ajuda a gente com medicamento, com a cesta básica, tem muita coisa boa aqui na Associação (ENTREVISTADA III).

Através do problema do seio, é eu não tinha prótese, aí através da Associação eu ganhei, passei bem mais de vinte e um anos sem ela, só usando paninho, coisinha, agora que cheguei aqui já ganhei (ENTREVISTADA V).

Através da realização das atividades do Estágio Supervisionado em Serviço Social nos períodos de 2010-2011, percebemos, por meio dos relatos, conversas e observações, que houve algumas mudanças significativas na rotina de vida dessas mulheres, algumas passando por momentos difíceis de aceitação no meio em que vive.

### 4.3 PERFIL DAS USUÁRIAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

Tomando como referência nosso objeto de estudo, realizamos na A.E.V. entrevistas com seis usuárias acometidas pelo câncer de mama e submetidas à mastectomia total, ou seja, retirada completa de uma das mamas, a escolha das participantes foi intencional. Das mulheres entrevistadas três realizaram o tratamento há mais tempo entre os anos 1990/1993/2007 e três há menos tempo entre os anos 2010/2011. Os dados identitários destas estão relacionados à idade, grau de escolaridade, estado civil e renda familiar, desta forma temos:

#### **a) Faixa etária das usuárias:**

Em relação à faixa etária das usuárias entrevistadas os dados mostram que elas têm idade entre 43 e 67 anos. Este resultado vem ratificar os dados do INCA em relação ao câncer de mama

(...) é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos. Cerca de 1,4 milhões de novos casos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2008 em todo o mundo, o que representa 23% de todos os tipos de câncer. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (2012, p.33).

#### **b) Escolaridade**

Com relação ao grau de escolaridade das entrevistadas foi possível identificar que 02 têm ensino fundamental completo, 03 têm o fundamental primário incompleto e 01 cursa o nono ano do fundamental.

#### **c) Estado civil**

Em relação ao estado civil das entrevistadas constatamos que 03 estão casadas, 02 consideram-se solteiras, mas mantém relações estáveis com seus respectivos companheiros e 01 divorciada.

#### d) Renda familiar

De acordo com os relatos nenhuma das entrevistadas se encontram inseridas no mercado de trabalho, duas recebem o benefício do Programa Bolsa-Família e ajuda de amigos e parentes, sendo que uma deu entrada no Benefício de Prestação Continuada (BPC) diversas vezes e foram negados; duas têm o BPC por motivo da doença, uma recebe aposentadoria por idade e uma afirma não ter renda alguma dependendo exclusivamente da família, esta também teve o BPC negado.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS - Lei 8.742/93) garante o BPC, benefício no valor de um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma vida independente.

A pessoa com câncer também tem direito ao benefício, nos casos em que o paciente sofra de doença em estágio avançado, ou sofra consequências de sequelas irreversíveis ao tratamento oncológico, pode-se então recorrer ao BPC, desde que haja uma implicação do seu estado de saúde na incapacidade para o trabalho e nos atos da vida independente (Cartilha: Direitos sociais da pessoa com câncer / INCA, 2009).

#### 4.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

As participantes da entrevista após o diagnóstico do câncer de mama foram submetidas a diversos tipos de procedimentos, indicados por seus médicos no decorrer do tratamento, estes encontram-se expostos na tabela a seguir e já foram definidos anteriormente:

<b>TABELA DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE O TRATAMENTO</b>			
<b>Entrevistadas</b>	<b>Procedimentos Realizados Após o Diagnóstico</b>		
<b>I</b>	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
<b>II</b>	Cirurgia	Quimioterapia	
<b>III</b>	Cirurgia		
<b>IV</b>	Cirurgia	Quimioterapia	
<b>V</b>	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
<b>VI</b>	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia

Fonte: Pesquisa realizada na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança E Vida em Campina Grande – PB realizada no período de março a maio de 2012.



Das mulheres entrevistadas todas atualmente encontram-se fazendo acompanhamento pela rede do SUS. Contudo, no momento de confirmação da doença alguns exames extremamente complexos e caros foram feitos na rede privada de saúde, pois as mulheres encontraram diversas dificuldades para realização pelo SUS, visto a urgência no resultado desses exames para dar início/continuidade ao tratamento. Identificamos também uma dificuldade com relação ao acesso a medicamentos<sup>7</sup>. Vejamos a fala a seguir:

Aí vieram todas as dificuldades né? A primeira é a financeira porque tinha uma pilha de exames para fazer que não podia esperar pelo SUS né, acho que foi a 1ª dificuldade, a 2ª dificuldade para mim pessoal é que a minha família mora toda longe em Recife, eu me encontrei num momento só, foi outra dificuldade (ENTREVISTADA II).

Com relação ao acompanhamento da doença as entrevistadas que tiveram diagnóstico na década de 90, um total de duas mulheres, foi iniciado nos hospitais FAP e Napoleão Laureano (João Pessoa), pois neste período Campina Grande ainda não contava com uma rede de atenção básica estruturada.

Eu fiz tudo pelo SUS, tudo pelo SUS minha família me ajudou muito querendo sempre tá comigo, muita coisa mais graças a Deus fiz tudo pelo SUS. Os exames saíram rápido por conta de uma amiga que tinha lá na FAP, ela acertou tudo lá no hospital, botou como se eu tivesse internada aí me ajudou demais (ENTREVISTADA III).

Não, não. Era muito difícil ir para João Pessoa, mais com Deus levei com coragem e fiz tudo lá, não era fácil mais Deus na frente eu tirei firme (ENTREVISTADA V).

As demais entrevistadas que tiveram o diagnóstico do câncer nos anos mais recentes, relataram que tal processo se deu a partir de consultas e exames solicitados por profissionais do ESF do município e posterior encaminhamentos para os demais níveis da rede de saúde.

O tratamento, exames foi tudo pelo SUS, a médica do posto lá foi muito boa, (...), ela foi muito boa ela colocava urgente e eles marcavam. De médica do posto, a que fez a cirurgia, as enfermeiras até agora foi tudo ótimo muito bom (ENTREVISTADA IV).

---

<sup>7</sup> Nesse momento vale salientar o papel da A.E.V. no acesso tanto de exames como de medicamentos.

Foi que achei o nódulo, eu achei o nódulo, fui no posto médico pedi a médica que me enviasse para fazer a mamografia, aí ela me enviou aí eu descobri "tudinho" (ENTREVISTADA VI).

Mediante observações e entrevistas podemos perceber algumas fragilidades no acesso a tais serviços, o que prejudica o desenvolvimento tanto do diagnóstico como do tratamento. Evidenciamos em uma das entrevistas que o profissional não deu a devida importância aos sintomas e relatos da usuária, o que atrasou o tratamento, pois a detecção precoce é a melhor forma de combate à doença, visto que se detectado no início o câncer tem um bom prognóstico de cura.

(...) minha maior decepção foi quando eu fui para a minha médica eu já tinha o nódulo, eu sentia ele, ela consultou, mandou eu para casa e disse que aquilo era displasia né, e eu perdi 10 meses, porque eu podia ter tratado logo né? Eu voltei para ela de novo quando eu cheguei lá, ela disse isso aí não tem nada eu vou bater uma ultrassonografia da mama direita, (...), porque se eu tava com o problema na mama esquerda, por que ela ia passar só da mama direita? Se a minha queixa era da mama esquerda (ENTREVISTADA II)

Tais experiências vivenciadas pelas mulheres retratam o atual quadro de precarização e sucateamento da saúde pública brasileira, expressa na demora da marcação de consultas, exames e cirurgias.

## **5 AS MODIFICAÇÕES TRAZIDAS PELO CÂNCER E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA DAS MULHERES**

O câncer é uma doença muito antiga, existem relatos deste o período antes de Cristo, contudo mesmo com o avanço da ciência em relação ao seu tratamento, podemos observar que o diagnóstico é visto como uma ameaça para a/o enfermo e sua família em todos os níveis da vida. A dinâmica familiar é alterada por ocasião da doença e vários medos começam a fazer parte do cotidiano.

As pessoas diagnosticadas com esta doença passam por uma brusca mudança em sua vida pessoal, profissional, familiar, financeira e emocional. Tais transformações podem ser evidenciadas pelo sofrimento ocasionado desde o diagnóstico e no decorrer do tratamento, como apresentamos acima.

No caso do câncer de mama na mulher tal situação se evidencia com maior expressividade, tendo em vista que em alguns casos parte do tratamento significa a

retirada completa do seio tido como símbolo da afirmação da mulher, de sua feminilidade, sexualidade e maternidade.

Fato que se evidenciou em nossa pesquisa junto às mulheres mastectomizadas que participam da A. E. V..

Assim, nos relatos obtidos ficou claro que a partir do diagnóstico do câncer muitas limitações surgiram, seja para realização de atividades domésticas do dia-a-dia do lar ou mesmo em atividades remuneradas exercidas pelas mesmas, tais mudanças ou limitações foram retratadas em suas falas, como veremos a seguir:

Depois desse câncer mudou tudo, mudou totalmente, trabalhava nas casas, lavava, cozinhava. Lavava roupa de ganho. Desde que me operei que passei a enfrentar dificuldades financeiras, porque parei de trabalhar (ENTREVISTADA I).

De início foram muitas mudanças né. Trabalhava, fazia as atividades no meu lar, eu fazia faxina, eu era diarista, eu levava a minha vida normal (ENTREVISTADA II).

Ocorreu muita mudança minha fia, é uma tristeza quando a gente faz essa cirurgia de mama, a gente num fica nunca como já foi. Assim trabalhar você não pode, mesmo que você queira você não pode trabalhar né? Por que fica com esse problema no braço que eu tenho, mesmo que não fique com o problema no braço mais fica a dor, você não pode mais fazer esforço que é passar pano, lavar roupa, só se for coisinha pouca, não pode, não pode nunca mais fazer o que fazia antes, essa é uma cirurgia muito fina (ENTREVISTADA III).

Com relação ao fator psicológico, foram evidenciadas algumas mudanças a partir do diagnóstico do câncer nas participantes, visto que essa doença mexe não só com a parte física, mais com o emocional, e a família toda também sofre com o diagnóstico, não só a pessoa acometida que sente na pele a dor da doença, mas seus parentes por ver o sofrimento ou não saber o que irá acontecer:

(...) eu chorei muito, eu caí em depressão, eu não sabia se eu ia viver ou se eu ia morrer, eu fiquei passada (ENTREVISTADA I).

(...) assim no início eu me fechei muito né, me senti indiferente e tudo isso mexe com a gente. Eu tenho momentos muito tristes, eu tava comentando lá em casa, que tem coisas que eu ainda não superei, tem perfume que meu menino usou naquela época que eu não consigo sentir o cheiro, tem local, aquele [SUPERMERCADO DA CIDADE], eu não gosto de ir ali, porque o cheiro quando eu entro nele mexe muito comigo, porque na época que eu descobri era a época eu fazia compra ali, então os meninos entravam ali pra fazer compra tão sem

prazer, tão sem gosto né? E quando eu passo ali eu lembro, aquele cheiro é como se eu tivesse passando tudo novamente (ENTREVISTADA II).

(...) a gente que recebe a notícia que tá com essa doença é muito triste, você pensa que não vai viver mesmo mais. Eu chorava muito, pois foi uma tristeza na minha vida, você não se acostuma nunca, quem disser que está acostumado faltando esse órgão eu acho que está mentindo (ENTREVISTADA III).

Por outro lado, também encontramos relatos de mulheres que mesmo diante da notícia demonstraram força para enfrentá-la e encorajar seus familiares, o que expressa à fala a seguir:

Aí foi um problema muito grande, porque se é de eu ficar com tristeza eu que animei todo mundo, eles se aperrearam, chorava todo mundo, eu disse não é assim não, se for para morrer, morre, mas se for pra escapar, também vai escapar e Deus primeiramente, amanheceu todo mundo de olho inchado, aí eu, aí eu disse menino, pois eu ainda não afraquei porque eu tenho um Deus vivo (ENTREVISTADA V).

Outro elemento que presenciamos no conteúdo das falas é a marcante presença da busca à religiosidade por parte tanto das mulheres como de seus familiares, como fator que contribui para um melhor enfrentamento da doença, tendo em vista que na religião elas encontram força, esperança em dias melhores e uma possível cura.

(...) minha mãe uma vez chegou lá em casa e eu até falei pra ela: - Ah mãe essas coisa não vou ter mais alegria de fazer nem de participar! Ela disse: - Que isso minha filha não é assim não, com fé em Deus minha filha vai passar por tudo isso e vai ganhar sua saúde!! E graças a Deus foi mesmo! (ENTREVISTADA III).

A família tem papel primordial nesse momento de descoberta da doença e no decorrer do tratamento, pois a mulher se sente muito fragilizada, precisa do apoio das pessoas mais próximas. Nas entrevistas é possível evidenciar que, apesar do sofrimento da descoberta do câncer por parte dos familiares, é neles que algumas encontraram apoio:

A família recebeu a notícia da doença com tristeza, com o diagnóstico a família se chegou pra mim mais um pouco, mais sempre com aquela pena, aquele jeito de olhar, jeito de tristeza eu pensei que ia morrer (ENTREVISTADA I).

Ficaram tudo mais atencioso comigo né, deram muita força, carinho a família tudo, e eu recebi muito carinho, atenção (ENTREVISTADA III).

Ocorreram mudanças para melhor minha família me deu mais atenção, eu se já gostava, aumentou mais (ENTREVISTADA IV).

Em uma das entrevistas também foi relatado o sofrimento por não contar com o apoio de um familiar que para ela teria sido muito importante:

(...) com a minha família eles sempre me deram total apoio, os meus vizinhos também, eu sofri mais com a minha mãe, decepção, é porque no mesmo momento eu queria ela perto né? A minha mãe é viúva e ela “veve” com um homem e ele não se dá com nenhum da família, meus irmãos nenhum vai lá, e nesse momento eu queria ela por perto e ela só foi me visitar uma vez (ENTREVISTADA II).

Algo que fica evidenciado nas entrevistas é a solidariedade de amigos e parentes próximos, pois no momento em que a entrevistada descobre está com o câncer se vê sem poder mais trabalhar, realizar suas atividades pessoais, próximas se mobilizam para lhes dá alguma ajuda:

Eu tinha uma bebezinha de ano e nove meses aí eu chorava muito porque eu não podia pegar ela, minha menina mais velha tinha dez anos era tudo novo bem novinho, minha vizinhança todinha foi quem me ajudou a cuidar das minhas crianças ia lá pra casa botava no braço e tinha uma vizinha que passou mesmo lá pra casa só ia dormir (...), (ENTREVISTADA III).

Enfrentei muita dificuldade, mais só que Deus é tão bom que recebi ajuda dos meus vizinhos, os amigos do meu companheiro se reunirão tudinho e levaram uma cesta básica (ENTREVISTADA IV).

Assim, evidenciamos casos em que a família e vizinhos se aproximaram, dando maior apoio e atenção, além de prestarem sua solidariedade por meio de ajuda financeira, mas também comprovamos casos de afastamentos e preconceitos. O câncer mesmo sendo uma doença antiga é pouco conhecida por muitos, e essa falta de conhecimento sobre a doença faz com que alguns não queiram ter contato com a pessoa acometida ou olhe para elas de forma diferente:

As amigas muitas não sabiam só veio saber depois da cirurgia, tinha gente que se aproximava com medo pensando que ia pegar a doença (ENTREVISTADA I).

Não sofri preconceito por parte da minha família, mais no lugar em que a gente vive tão tudo surpreso, pensavam que eu ia morrer tá

pensando que vinha alguém na cadeira mais eu? É fica tudo desconfiado no começo eu usei peruca, teve um dia que eu entrei dentro do ônibus, a primeira vez que eu usei peruca, quando eu entrei dentro do ônibus, aí perguntarão o que é que tá acontecendo? - Vai se apresentar aonde?! [perguntaram] Eu me fiz de moca e enfrentei até agora (ENTREVISTADA VI).

Fato também evidenciado quando questionadas sobre o relacionamento conjugal, pois dentre as mulheres entrevistadas identificamos caso em que não ocorreram mudanças em relação ao companheiro a partir do diagnóstico do câncer, como também evidenciamos casos de mudanças.

Meu marido continuou do mesmo jeito ele sempre foi bom pra mim (ENTREVISTADA I).

(...) quando eu soube então eu mesma tomei a decisão de me separar, eu conversei com ele e apesar de tá passando essa luta todinha, eu queria me separar só que ele nunca saiu de casa, ele acompanhou todo o processo comigo, mais só que eu não queria, eu coloquei na cabeça que ele agora estava comigo por pena e por pena eu não queria então ali eu sofria pela doença e pelo casamento (ENTREVISTADA II).

Tais situações apontam para uma não uniformidade em relação às mudanças vividas pelas mulheres em seu cotidiano. Vemos aqui a necessidade do fortalecimento da atuação do Estado por meio da efetivação da Seguridade Social (Previdência Social, Assistência Social e Saúde).

Temos o seguinte quadro: as mulheres não podem mais trabalhar, como anteriormente elas não contribuíam para a Previdência Social, pois as atividades realizadas eram irregulares (a maioria era faxina), elas não têm direito ao Auxílio Doença. A redução de sua renda somada aos gastos com o tratamento da doença, pois estas recorrem à saúde privada para agilidade nos exames, agrava ainda mais sua condição financeira. Sobre o recurso à Assistência Social, mediante o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), visto que muitas mulheres por não conseguirem se inserir novamente no mercado de trabalho, devido às limitações ocasionadas pela doença, contudo para acesso a tal benefício é necessário o "enquadramento" a vários critérios extremamente focalizados e seletivos, fato que evidenciamos através das diversas negativas quanto ao acesso ao BPC mencionado pelas entrevistadas acima citadas.

Através das falas das entrevistadas é possível perceber que mesmo com o diagnóstico do câncer algumas não sabiam do que se tratava, como era a doença, que

danos poderiam provocar, mesmo as entrevistadas que receberam o diagnóstico num período mais recente, quando perguntadas sobre o entendimento que tinha da doença nos relatam que:

Não eu nem sabia que existia isso, eu ia no hospital só ganhar neném, então não sabia não foi uma coisa muito surpresa pra mim. Muito mesmo porque eu não sabia que existia esse negócio de tirar a mama, num eu não sabia de jeito nenhum (ENTREVISTADA III).

Conhecia mais da mama eu nunca tinha visto, era um tempo muito atrasado, não era como agora não, há muito tempo atrás eu não sabia que era assim, mais vichi é ruim demais. Uma coisa séria só Deus no meio, muito sério (ENTREVISTADA V).

Eu ouvia falar de câncer né, via a propaganda na televisão né, mas nunca imaginei que ia acontecer comigo. Passei a entender um pouquinho, eu não boto na cabeça que fui operada de câncer não, só vem na minha mente assim um carço bem cabeludo, na minha mente só vem isso, foi o que eu vi quando a médica fez a primeira cirurgia (ENTREVISTADA IV).

Vale ressaltar que tanto a Entrevistada III quanto a Entrevistada V relataram o não conhecimento ao câncer de mama, elas tiveram o seu diagnóstico detectado nos anos de 1993 e 1990, respectivamente. Já a Entrevistada IV colocou que conhecia vagamente a doença, "*Eu ouvia falar de câncer né, via a propaganda na televisão*", esta teve o diagnóstico da doença em 2011, recentemente. O que demonstra que hoje temos uma maior divulgação sobre o câncer, reflexo de uma ampliação e estruturação da Política de Combate ao Câncer e da Política de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil, como afirmamos anteriormente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora apresentada teve por objetivo geral analisar as modificações ocorridas na vida das usuárias com câncer de mama, cadastradas na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida (A.E.V.).

Dessa forma, buscamos trazer a partir da fala desses sujeitos as diversas transformações e dificuldades vivenciadas, entendendo estas também como expressões da questão social, pois em todas as entrevistas evidenciamos algum tipo de mudança, relacionadas principalmente à limitações para realização de atividades da vida cotidiana: atividades domésticas, vida laboral - trabalho, relacionamento afetivo com companheiros e filhos. O que ocasionam situações de desemprego, pois a pessoa não pode se inserir no mercado de trabalho.

Por outro lado, seus relatos denunciam também quase que uma completa ausência na inserção e efetivação de benefícios e serviços que são oferecidos pelo Poder Público, porém não contemplam a todos (das) que dele necessitam, fruto de uma política social que no contexto neoliberal é extremamente focalizada.

Temos também um cenário de crescimento do chamado "Terceiro Setor" por meio do aumento de instituições filantrópicas com ONGs, estas veem prestar alguns serviços e benefícios, como vemos na A.E.V., contudo a presença do "Terceiro Setor" não substitui a necessidade do papel do Estado no enfrentamento das expressões da questão social, tão presentes e agravadas no atual contexto.

É necessário que os sujeitos sejam avaliados de acordo com suas particularidades (culturais, econômicas, etc...) e limitações ocasionadas por possíveis doenças que mutilam e incapacitam, somam-se a isso casos de preconceitos e discriminação, ficando muitas vezes a mercê da solidariedade de alguns.

Evidenciamos a necessidade de mais informações a pacientes e familiares sobre o câncer visto que só com o conhecimento e informação sobre a doença é possível à busca por exames preventivos e também o tratamento de forma que se obtenha êxito, vemos também a necessidade de mais informações em relação aos direitos que estas pessoas têm, pois sem as informações necessárias e corretas não podem reivindicar tais direitos.



## REFERÊNCIAS

AEV. Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida. **Reforma Estatutária**. Campina Grande, 2008.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil (CF88)**. Coordenação Maurício Antônio Ribeiro Lopes. 4ª edição. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 1999.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Divisão de Comunicação Social. **Direitos Sociais da Pessoa com Câncer**. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. 6ª edição. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília:Ministério da Saúde, 2004. p.11.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação dos programas de controle do câncer/Pro-Onco. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 2008 e 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. p.07.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA. 2009. p.23-24.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 2005.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE – **Histórico conceito e propostas**. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educaçãosaude/educaçãosaude>.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2ª ed., São Paulo, Cortez, 2008. p.90.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudo identifica 338 mil Fundações Privadas e Associações**. Brasília, 2005.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007.

MONTAÑO. Carlos. Terceiro Setor e a Questão Social: Crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo, Cortez, 2002. p. 186.

PAIM. Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009. p.60.

PEREIRA, Sandrine Gonçalves et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, nº 6, 2006.

SILVA, Henrique Moraes Salvador; FERRARI, Bruno Lemos; ROCHA, Maria Letícia Leone. **Ginecologia & Obstetrícia** - Manual para Concursos/TEGO; 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

**Código \_\_\_\_\_**

- **Perfil da usuária**

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Quantos membros compõe sua família?
3. Estado civil?
4. Renda familiar?
5. Recebe algum benefício do Governo Federal?
6. Grau de escolaridade?
7. Tipo de moradia? (própria, alugada, outros)
8. Reside em Campina Grande?

- **Usuária e a AEV**

1. Há quanto tempo frequenta a Associação Esperança e Vida?
2. Porque frequenta a AEV?
3. Como ficou sabendo da AEV?

- **Usuária e o câncer**

1. A quanto tempo é portadora do câncer de mama?
2. Ocorreram mudanças no seu cotidiano após a descoberta do câncer de mama?  
Quais?
3. Antes de descobrir a doença realizava alguma atividade remunerada?
4. A partir do diagnóstico e no período do tratamento enfrentou algum tipo de dificuldade?
5. Que percepção passou a ter do câncer, após descobrir ser acometida pelo mesmo?
6. Como informou a seus familiares ser portadora do câncer?
7. Como eles receberam a notícia?
8. A partir do diagnóstico percebeu alguma diferença no relacionamento com seus familiares, e pessoas do seu convívio?
9. Com relação ao relacionamento com seu cônjuge houve mudanças? Quais?

## ANEXO A – Estimativa dos novos casos de câncer para 2012.

### Paraíba e João Pessoa

Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária\*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	940	50,59	170	50,36	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	640	32,41	250	63,33
Colo do Útero	-	-	-	-	320	15,96	80	20,36
Traqueia, Brônquio e Pulmão	140	7,32	50	14,45	100	4,86	30	8,09
Cólon e Reto	90	4,96	30	8,55	110	5,69	40	10,85
Estômago	200	10,95	40	11,53	140	7,06	30	7,12
Cavidade Oral	160	8,57	40	11,66	90	4,57	**	3,52
Laringe	100	5,20	30	7,85	-	-	-	-
Bexiga	40	2,41	**	3,55	20	1,20	**	2,27
Esôfago	90	4,65	**	3,72	50	2,31	**	1,60
Ovário	-	-	-	-	80	3,94	30	7,99
Linfoma não Hodgkin	60	3,07	20	5,05	50	2,48	20	5,74
Glândula Tireoide	-	-	-	-	160	8,26	40	10,38
Sistema Nervoso Central	70	3,64	**	4,05	70	3,35	**	4,10
Leucemias	80	4,27	20	4,79	70	3,74	20	4,95
Corpo do Útero	-	-	-	-	60	3,23	20	4,77
Pele Melanoma	30	1,45	**	0,00	20	0,96	**	1,43
Outras Localizações	550	29,38	120	34,64	610	30,98	140	36,88
<b>Subtotal</b>	<b>2.550</b>	<b>136,96</b>	<b>550</b>	<b>159,55</b>	<b>2.590</b>	<b>130,67</b>	<b>750</b>	<b>190,52</b>
Pele não Melanoma	1.030	55,20	140	41,87	1.200	60,54	150	38,52
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>3.580</b>	<b>192,28</b>	<b>690</b>	<b>200,16</b>	<b>3.790</b>	<b>191,22</b>	<b>900</b>	<b>228,63</b>
* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10								
** Menor que 15 casos								

Fonte: Inca Estimativas do câncer para o ano de 2012.

**ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO: CAAE 0751.0.133.00-11****PARECER****x APROVADO****NÃO APROVADO****PENDENTE****TÍTULO: Análise das modificações ocorridas na vida das usuárias cadastradas na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer Esperança e Vida, submetidas ao tratamento do câncer de mama.****PESQUISADOR: Salyanna de Souza Silva****DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA.****Atende aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB.****Mediante a RES 196/96. Dou parecer APROVADO.****Campina Grande, 15/12/ 2011 Relator: 15**

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



Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa