



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

VERONALDO DE LUCENA MORAIS

**A CONTRIBUIÇÃO DAS ONGs NO ÂMBITO DA SAÚDE: O CASO
DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS NA CIDADE
DE JOÃO PESSOA-PB**

**João Pessoa
2010**

VERONALDO DE LUCENA MORAIS

**A CONTRIBUIÇÃO DAS ONGs NO ÂMBITO DA SAÚDE: O CASO
DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS NA CIDADE
DE JOÃO PESSOA-PB**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Política Social

Orientadora: Profª Drª Giacomina Magliano de Moraes

João Pessoa
2010

M827c Morais, Veronaldo de Lucena
A contribuição das ONGs no âmbito da saúde: O caso das
mulheres mastectomizadas na cidade de João Pessoa-PB /
Veronaldo de Lucena Morais. - João Pessoa, 2010.

197p.

Orientadora: Giacomina Magliano de Morais
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA.

1.Serviço social. 2.Terceiro setor. 3.ONGs. 4. Voluntariado.
5. Câncer de mama. 6. Mastectomia.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

VERONALDO DE LUCENA MORAIS

**A CONTRIBUIÇÃO DAS ONGs NO ÂMBITO DA SAÚDE: O CASO
DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS NA CIDADE
DE JOÃO PESSOA-PB**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

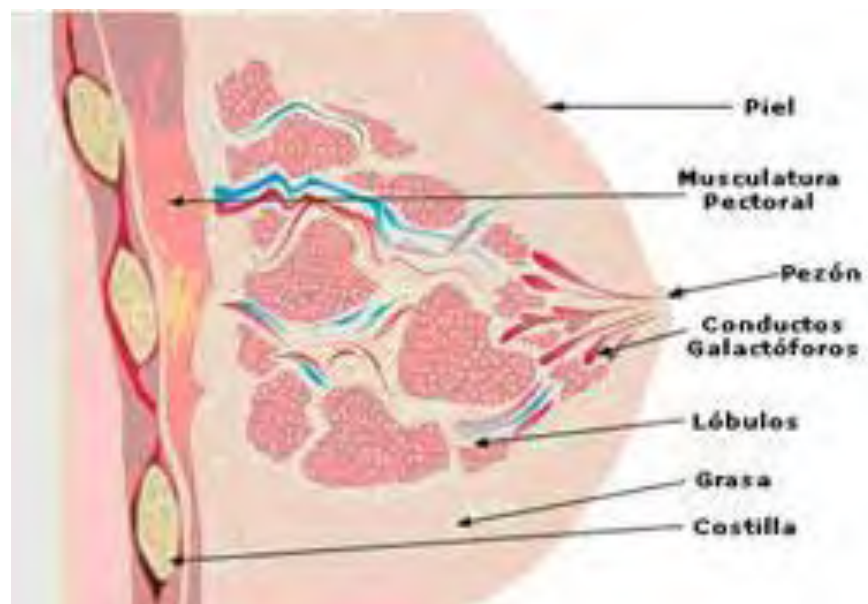
Dissertação aprovada em 18 / 06 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Giacomina Magliano de Moraes
Orientadora

Profª Drª Maria de Lourdes Soarres
Componente da Banca

Profª Drª Paulla Cristiane da Costa Newton
Componente da Banca



Às instituições que desenvolvem projetos no âmbito da saúde e, em especial, às mulheres com câncer de mama, dedico este trabalho.

“A caridade é sofredora, é benigna; a caridade não é invejosa; a caridade não trata com leviandade, não se ensoberbece.

*O amor não faz mal ao próximo. De sorte que o cumprimento da lei é o amor
No caminho da sabedoria te ensinei, e pelas carreiras
diretas te fiz andar.*

“E, sobre tudo isto, revesti-vos de caridade, que é o vínculo da perfeição” (Corintos: 13,4. Romanos: 13,10. Provérbios: 4, 11. Colossenses: 3, 14).

AGRADECIMENTOS

Diante de tantas desigualdades sociais e de oportunidades, tenho que reconhecer que chegar até aqui foi um privilégio; compreender que essas desigualdades e falta de oportunidades são tão presentes em nossa realidade. Ter tido a oportunidade de chegar até este momento, aprendendo, buscando desenvolver conhecimentos e potencialidades intelectuais no sentido de contribuir para uma sociedade mais justa, para mim é, sobretudo, uma dádiva de Deus em minha vida. Acreditar em uma força espiritual que me fez prosseguir em todos os momentos mesmo quando pensava em desistir, agradecer a Deus pelo milagre da vida.

Agradecer a Dona Dalila, minha querida mãe, exemplo de mulher sertaneja: forte, amiga, conselheira, protetora, sempre tão presente em minha vida, dando-me apoio, incentivo, esperança e, principalmente, palavras de conforto nos momentos de incertezas e, acima de tudo, fortalecido pelas suas orações.

Aos meus queridos irmãos e irmãs que são muitos; aos meus queridos sobrinhos: Edlúcia e Sérgio, Edlane, Edlene, Valéria, Edjane, Ednamara, Edcleyde, Júnior Luiz, Rafael, Fernanda, Fernandinho, Weslane e Geraldo, Paulinho, Dalila, Carlinha, Danielly, Matheus e Júlia.

Um agradecimento especial às pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram presentes na construção deste trabalho e de alguma forma contribuíram para este momento em minha vida. A vocês, Arnóbio Viana, Flávio Sátiro Fernandes, Ederson Lucena, Marcos Ubiratan, Nominando Diniz, Luzemar Martins, Francisco Valério, Geilda Sales, Célia Sotero, Gerlane Azeredo, Dinancy Montenegro, Mirtzi Ribeiro, Cristina Moreira, Silvana Matos, Salete Silveira, Graça Almeida, José Petrônio, Hamadi Zein, Célia Alberto, Carminha Moreira, Vetsia Larissa, Vitória Lucena, Valdir M. Silva e Sueine Caldas, meus sinceros agradecimentos.

A meus queridos amigos, Édina e Victor, Paulla Newton, Natalia Silva, Keyla Cordeiro, Aninha, Rose, Maylme Felinto, Mércia, Teresa, Eveline, Elisângela Santos, Eva Maia, Mana, Albert, Denise, Madalena, Dalvinha, Cida, Michelle; aos companheiros da turma do mestrado; aos professores do Departamento de Graduação e Pós-Graduação de Serviço Social e aos funcionários da Coordenação do Mestrado, Maria de Fátima, Zilene e Pedro, meus mais sinceros agradecimentos.

Aos professores da Universidade de Valência, Francesco J. Hernández, Sacramento Pinazo, Julio Fernández Garrido, Pepe Beltrán, Maria E. Gonzáles, Pablo Navarro, Inmaculada Sierra, Rosário, Manolo, Gil Emanuel, Rafael Xambó, Erneste García, Ramón Nemesio e Antonio Ariño, pelo incentivo e valiosa contribuição.

Agradeço, com especial atenção, às professoras Giacomina Magliano, Maria de Lourdes Soares e Áurea Carneiro, pela confiança, compreensão, valorosa contribuição e apoio. Enfim, por acreditarem na construção deste trabalho.

Por último, agradeço a atenção especial ao trabalho encorajador de Zuilton e Fátima Lucena à frente da Instituição *Amigos do Peito*, onde têm realizado um brilhante trabalho em apoio às mulheres com câncer. Agradeço a colaboração de todas que, de alguma forma, direta ou indiretamente, participaram na elaboração e construção deste trabalho.

RESUMO

As políticas sociais, ao longo dos anos, veem se modificando de acordo com as políticas econômicas adotadas, sendo essas políticas mecanismos de reprodução da força de trabalho. Nesse aspecto, a intervenção do Estado vai se apresentar de forma diferenciada de acordo com a conjuntura e a correlação de forças entre as classes, de forma que, quanto mais organizadas, mais fortalecidas elas se tornarão. A partir dessas relações em que o Estado passa a intervir nas relações dos meios de produção e acumulação do capital, surge o terceiro setor como meio de mediação entre o público e o setor privado, ocupando cada vez mais espaços tanto na esfera pública como no privado. Com a ausência do Estado em determinados setores de ordem social emergem, no terceiro setor, as Organizações não Governamentais ONGs suprimindo em muitos casos o papel do Estado nas relações sociais. Partindo dessa perspectiva, buscamos entender essa relação no campo da saúde, especificamente com mulheres, com câncer de mama e mastectomizada. Do ponto de vista social, percebemos que o câncer ainda é visto como uma doença incurável o que desencadeia uma série de sentimentos negativos afetando sua recuperação. Nesse contexto, a sociedade civil tem formado redes em apoio à saúde e a solidariedade a mulheres com câncer de mama. Através da ação das ONGs, nas mais diversas áreas, percebe-se a mobilização, a motivação de voluntários junto a essas organizações, tornando-se fundamental no apoio e na inserção de segmentos da população estigmatizadas pela sociedade.

Palavras-chave: Câncer de mama. Mastectomia. Terceiro setor. ONG. Voluntariado.

ABSTRACT

The social politics, throughout the years, veem in accordance with if modifying the adopted economic policies, being these politics mechanisms of reproduction of the work force. In this aspect, the intervention of the State goes in accordance with to present of differentiated form the conjuncture and the correlation of forces between the classrooms, form that, the more organized, more fortified they will become. From these relations where the State starts to intervened in the relations of the means of production and accumulation capital it, the third sector appears as half of mediation between the public and the private sector, occupying each time more spaces in such a way in the public sphere as in the private one. With the absence of the State in determined sectors of social order they emerge, in the third sector, the not Governmental Organizations ONGs supplying in many cases the paper of the State in the social relations. Leaving of this perspective, we search to understand this relation in the field of the health, specifically with women, cancer of mastectomizada breast and. Of the social point of view, we perceive that the cancer still is seen as an illness incurable what it unchains a series of negative feelings affecting its recovery. In this context, the civil society has formed nets in support to the health and solidarity the women with breast cancer. Through the action of the ONGs, in the most diverse areas, it is perceived mobilization, the motivation of volunteers next to these organizations, becoming basic in the support and the insertion of segments of the population estigmatizadas by the society.

Word-key: Cancer of breast. Mastectomy. Third sector. ONG. Voluntariado.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- Estado civil	100
GRÁFICO 2	- Grau de escolaridade	101
GRÁFICO 3	- Situação de trabalho.....	102
GRÁFICO 4	- Quanto a filhos	102
GRÁFICO 5	- Quanto à renda mensal	103
GRÁFICO 6	- Benefício da Previdência Social.....	103
GRÁFICO 7	- Situação de moradia.....	104
GRÁFICO 8	- Descoberta do câncer de mama.....	105
GRÁFICO 9	- Quanto a preconceito	106
GRÁFICO 10	- Reconstituição de mamas.....	108
GRÁFICO 11	- Qualidade de vida.....	109
GRÁFICO 12	- Medo da morte	110
GRÁFICO 13	- Apoio recebido.....	111
GRÁFICO 14	- Conhecimento sobre a instituição	112
GRÁFICO 15	- Melhoria na qualidade de vida	114
GRÁFICO 16	- Conhecimento de seus direitos.....	115

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	– Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AECC	– Asociación Española de Combate al Cáncer
ADSIS	– Fundación – Movimientos de Comunidades Cristianas
BID	– Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	– Banco Mundial
CAPS	– Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	– Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CES	– Conselho Econômico e Social
CLIS	– Carcinoma Lobular In Situ
CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas
CMI	– Conselho Mundial de Igrejas
CONASP	-- Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DENERU	– Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNPS	– Departamento Nacional de Saúde Pública
ECO 92	– Cúpula sobre Meio Ambiente (Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento)
ER	– Estrógeno Receptor
FEMAMA	– Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama
FAZ	– Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
GAPC	– Grupo de Apoio a Pessoas com Câncer
IAPs	– Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IETS	– Instituto de Estudios del Trabajo y Sociedad
IGTS	– International Graduate Teacher Service
IMAMA	– Instituto da Mama
INCA	– Instituto Nacional do Câncer
INE	– Instituto Nacional de Estadística – Espanha
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	– Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	– Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LOAS	– Lei Orgânica da Assistência Social
NMV	– Nuevos Movimientos Sociales
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONL	– Organización no Lucrativas
ONGD	– Organização não Governamental para o Desenvolvimento
ONG	– Organizaciones no Gubernamentales
OSCIP	– Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSC	– Organizaciones de la Sociedad Civil
OSFL	– Organizaciones Sin Fines Lucrativos
OS	– Organizaciones Sociales
ONU	– Organização das Nações Unidas
OV	– Organizações Voluntárias
PAAF	– Punción por Aguja Fina
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	– Produto Interno Bruto

RAIS	–	Relação Anual de Informações Sociais
SBC	–	Sociedade Brasileira de Sociologia
SC	–	Sociedade Civil
SEOM	–	Sociedade Espanhola de Oncologia Médica
SIDA	–	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINPAS	–	Nacional de Previdência e Assistência Social
SUCAM	–	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUS	–	Sistema Único de Saúde
WHO	–	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – CONCEPÇÕES ACERCA DOS MEIOS DE PRODUÇÃO - DO CÂNCER DE MAMA E SUAS COMPLEXIDADES SOCIAIS: UM PANORAMA GERAL	27
1.1 O Processo de Produção Capitalista e os Reflexos Sociais no Âmbito da Saúde.....	28
1.1.1 Algumas considerações sobre o significado do câncer	30
1.1.2 O processo da enfermidade	32
1.1.3 História e evolução da mastectomia	33
1.1.4 Dados e estatísticas sobre o câncer no Brasil	34
1.1.5 Dados e estatísticas sobre o câncer em João Pessoa	35
1.1.6 Dados e estatísticas sobre o câncer na Espanha.....	35
1.1.7 Fatores psicológicos e sociais relacionados à enfermidade	36
1.2 Aspectos Históricos da Política Social no Âmbito da Saúde no Brasil	37
1.3 As Políticas de Saúde e o Surgimento do Sistema Único de Saúde	42
1.4 A Família Como Representação Social	49
1.5 Um Breve Resumo Histórico Sobre a Instituição “Hospital” – Aspectos Gerais no Brasil e em João Pessoa	56
CAPÍTULO II – TERCEIRO SETOR E A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ FRENTE ÀS QUESTÕES SOCIAIS	63
2.1 Compreendendo Como se Caracteriza o Terceiro Setor	64
2.1.1 Surgimento e crescimento do terceiro setor	67
2.1.2 Perspectiva do desenvolvimento do terceiro setor no Brasil	72
2.1.3 Perspectiva do desenvolvimento do terceiro setor na Espanha.....	74
2.1.4 Aspectos estruturais do terceiro setor	76
2.1.5 ONGs: Aspectos fundamentais, qualificação como OSCIP e seus objetivos	81

2.1.6 O trabalho voluntário de atores sociais.....	87
2.1.7 Novas formas de solidariedade	90

CAPÍTULO III - **ASPECTOS METODOLÓGICOS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO** 92

3.1 Processo Metodológico.....	93
3.2 Campo de Investigação	95
3.3 Participantes da Pesquisa	96
3.4 Dos Instrumentos	97
3.4.1 Questionários.....	97
3.5 Análise, Interpretação e Tratamento dos Dados.....	97

CAPÍTULO IV - **O PROCESSO DE MASTECTOMIZAÇÃO DAS MULHERES ENFERMAS DE CÂNCER DE MAMA E SUA PARTICIPAÇÃO NO ÂMBITO ASSOCIATIVO: ANÁLISE DOS DADOS** 99

4.1 Aspectos Gerais no Âmbito da Investigação	100
4.1.1 Perfil sociodemográfico.....	100
4.1.2 O enfrentamento do câncer de mama e a mastectomização	105
4.1.3 O papel da instituição na sua recuperação.....	112

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 118

REFERÊNCIAS 124

APÊNDICES 132

Apêndice A – Questionários.....	133
---------------------------------	-----

Apêndice B – Roteiro de Entrevista	134
--	-----

ANEXOS 135

Anexo A – Primeiro Estudo Sociológico Sobre a Percepção do Câncer na Espanha	136
--	-----

Anexo B – Tabelas (Estudo publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)).....	144
--	-----

INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto que é no contexto da globalização em escala mundial sobre a hegemonia do grande capital financeiro, marcado pela aliança entre o capital especulativo e o capital industrial, que percebemos a revolução técnico-científica da base produtiva microeletrônica, instaurando novos padrões ao dinamizar a produção e gerar o processo de trabalho. Com o agravamento das questões sociais, mediante o resultado das políticas de concentração de capital, renda e poder, em que o interesse econômico se sobrepõe ao interesse da sociedade. Essas políticas alteram as relações entre Estado e sociedade, onde estas relações ficaram mais evidenciadas com a retração das políticas sociais com a reforma do Estado justificada no Consenso de Washington.

A introdução de novas tecnologias se associa às novas formas de organização do trabalho, visando à integração e à flexibilização do processo produtivo dos serviços, no sentido de garantir altos padrões de lucro e competitividade em um mercado cada vez mais competitivo, exigente, comercial e consumível. As repercussões de uma nova configuração nos padrões existentes, impostos por uma ordem financeira internacional, se configuraram com a proposta neoliberal, tornando-se evidentes no âmbito das políticas sociais, mantendo-se cada vez mais focalizada, descentralizada e privatista. Mesmo com o distanciamento do Estado diante de suas responsabilidades sociais, provocando uma desorganização e um consequente desmantelamento do aparato dos serviços sociais na esfera pública, percebe-se um esforço concentrado do Estado em proteger as grandes corporações.

A retração por parte do Estado em suas responsabilidades, no campo social, evidencia o corte de financiamento em projetos sociais, ficando evidente a redução de verbas necessárias para manter projetos já em andamento, provocando enormes prejuízos, se levarmos em consideração as necessidades de uma melhor prestação de serviços públicos. Dessa forma, com a fragmentação e precarização dos serviços públicos, o Estado transfere para a sociedade civil parte de sua responsabilidade e amplia para a iniciativa privada parte dos serviços que competem à esfera pública,

com alterações significativas em setores da sociedade, gerando e provocando o agravamento das questões sociais.

A crise que se instalou no início da década de setenta do século XX, em decorrência da eclosão da primeira grande recessão generalizada na economia capitalista internacional, desde a segunda guerra mundial, pôs fim ao padrão de crescimento instaurado desde o fim do pós-guerra. As três décadas gloriosas do estado de bem-estar social, sustentados com o “pacto de classes” se efetiva, ocorrendo, portanto, o desmonte do Estado, provocando conflitos e instabilidade política e econômica em diversas partes do mundo.

A expansão da economia gerada pelo capital financeiro estava, portanto, fragilizada em sua estrutura fundamental, que era a base do capital industrial apoiada em uma organização de produção, cujos pilares se encontravam no modelo *teylorista* e *fordista*, como estratégias de organização e gestão do processo de trabalho. Efetivamente, a crise dos anos setenta configura-se como a derrocada das bases de toda a articulação sociopolítica vigente até aquele momento, tornando-se visíveis as contradições inerentes à lógica do capital.

Nesse contexto, procuramos entender o papel do Estado diante das questões sociais, na definição das ações políticas de sua responsabilidade no enfrentamento dos problemas e conflitos sociais. Como mecanismo de articulação entre a esfera pública e o privado surge o Terceiro Setor, atuando nos organismos da sociedade civil, principalmente no âmbito das ONGs, que compreende um universo de atores instituídos na esfera não-governamental e na formalização de redes que se articulam em ações efetivas frente às demandas da sociedade. É, portanto, dentro dessa concepção que construímos nossa investigação, visando uma definição clara da atuação das ONGs no enfrentamento das questões relacionadas à saúde de mulheres com câncer de mama.

Com a percepção de que a saúde da mulher constitui uma das expressões das questões sociais, buscamos investigar algumas iniciativas que a sociedade civil promove no âmbito da saúde. Essa finalidade se expressa na tentativa de visualizar a realidade de mulheres com câncer de mama especificamente mulheres mastectomizadas na cidade de João Pessoa, buscando identificar as causas proeminentes em seus enfrentamentos e de que maneira este tema se insere no contexto social. Esta tentativa se traduz na busca de propostas e na formulação de esforços para melhor compreender o tema investigado.

Por entender que este tema é fundamental no sentido de conhecer com mais clareza um problema tão presente em nossa realidade, por existir certa resistência seja em termos acadêmicos ou da sociedade na discussão dessa questão, e isto se reflete na falta de planejamento de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher, configurando-se na falta de atenção dos órgãos públicos na defesa dos direitos de enfermos com câncer, o que possibilitaria uma melhor atenção a um maior número de pessoas.

A motivação por explorar este tema partiu da experiência do estágio extracurricular em um hospital, com referência na área de câncer, em que percebemos a existência de um número expressivo de mulheres com câncer de mama e mastectomizadas, cuja enfermidade teve um significado muito importante para o estudo de investigação no período da graduação, como também na disciplina *Gestão em Rede, Empoderamento e o Terceiro Setor* do curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Social, oferecido pelo programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, cujo tema teve um papel fundamental na escolha do referencial teórico e empírico.

No encadeamento deste trabalho se comprova a necessidade de melhoria nos serviços públicos direcionados à questão da saúde da mulher na Cidade de João Pessoa. Essa necessidade se traduz no número de mulheres que procuram atendimento público devido principalmente às condições socioeconômicas e, sobretudo, não terem um conhecimento mais específico sobre sua enfermidade, o que comprova a ausência de informação, esclarecimento por parte do poder público sobre a enfermidade e suas manifestações, garantias e direitos reservados a pessoas com este diagnóstico, atenção especial nos hospitais e ambulatórios etc.

A falta de conscientização da sociedade na compreensão de entender melhor o que é o câncer, principalmente quando afeta algum membro da família, são alguns dos aspectos enfrentados pelos enfermos de câncer, principalmente quando tiram uma parte de seu corpo, como é o caso das mulheres mastectomizadas. A mastectomia mamaria é de maneira geral o que mais afeta o estado psicológico e emocional de mulheres com câncer de mama. As complexidades em seu contexto geral ao redor da enfermidade de câncer são atribuídas em grande parte a desinformação da população, sendo necessárias campanhas informativas sobre a prevenção e a doença.

O combate ao câncer vem mobilizando diversos setores da sociedade dada a complexidade das dificuldades financeiras enfrentadas pelos órgãos do governo vinculados à saúde. Dessa forma, se faz necessário um esforço coletivo no enfrentamento do problema. Nos últimos anos, além da rede oficial governamental, a sociedade civil tem se organizado em redes expressivas no combate ao câncer, buscando alternativas de ajuda e apoio, as ONGs, com o crescimento da participação cidadã. Nos movimentos sociais, destacamos também a cooperação de entidades de ajuda mútua para com os cidadãos, que através de um mundo globalizado impulsionaram os mecanismos de cooperação, em que destacamos,

[...] os movimentos tem se consolidado nas sociedades industriais avançadas como uma nova categoria de atores políticos que reclamam um protagonismo nos processos de agregação de interesse, isto é, na determinação de quais devem ser as prioridades que guiam a agenda de uma ação política a favor do interesse geral. Expressam o mal-estar social mostrando onde estão os conflitos sociais que julgam mais importantes, e se converte em agentes que impulsionam a mobilização para superar o que consideram contradições inerentes ao atual modelo de sociedade. Deste modo, denunciam práticas e políticas que deveriam mudar para alcançar uma reestruturação social mais igualitária, justa e humana (MARIM, 2006, p. 380).

A responsabilidade do Estado em enfrentar com seriedade qualquer iniciativa no âmbito da questão social, incorpora a participação ativa da sociedade civil como condição necessária para sua efetivação. Essa participação agrega as ONGs em todos os níveis de decisão do governo, desde seu planejamento até mesmo sua fiscalização, incluindo o controle social sobre os mecanismos de gestão nas políticas públicas. A participação popular nos movimentos sociais é um fator preponderante para a atuação das ONGs e torna-se decisiva para o processo de valorização e reconhecimento das atividades desenvolvidas por estas organizações com a participação do voluntariado.

Como parte deste objetivo, identificamos algumas instituições de caráter não governamental que trabalham com mulheres com câncer de mama e mastectomizadas. Com o crescente número de casos de câncer de mama nas três últimas décadas no país, tem se constatado uma preocupação maior em relação ao tema, principalmente por parte de instituições que contribuem de forma efetiva com a saúde da mulher, em caso de mulheres com diagnóstico de câncer. Essa preocupação torna-se mais presente por se tratar de uma enfermidade que se

apresenta de maneira inesperada e quando diagnosticada afeta, além do aspecto físico, em caso da retirada da mama, o estado psicológico e emocional da mulher.

No Brasil foram criadas várias instituições com o objetivo de apoiar, incentivar e trabalhar por melhores condições no trato da saúde da mulher. Instituições, a exemplo do *Instituto da Mama no Rio Grande do Sul (IMAMA)*, a *Rede Feminina de Combate ao Câncer*, com atuação em todos os estados do país, têm desempenhado um papel fundamental no sentido de inserir na sociedade, no mercado de trabalho e no convívio social mulheres que se sentiam estigmatizadas ou reféns de seu próprio medo.

Em 2006, foi criada, na cidade de São Paulo, a *Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama (FEMAMA)*, visando o fortalecimento de instituições que tratam de questões que envolvem a saúde da mulher enferma de câncer de mama, unificando uma rede de instituições para troca de informações, conhecimento acerca de temas relacionados com a enfermidade nos diversos estados brasileiros e contribuindo para a criação de organizações estaduais e municipais para discutir e tratar das questões inerentes ao tema. Atua, também, junto aos órgãos públicos em defesa de políticas mais efetivas no campo da saúde. Integra o grupo de ONGs, que participa dessa iniciativa, com o objetivo de levar informações a um maior número de pessoas que apóiam e incentivam projetos na área de saúde da mulher, o *Centro de Integração de Amigas da Mama (CIAM)*.

Na Cidade de João Pessoa, campo de nossa investigação, existem várias instituições que desenvolvem trabalhos com enfermos de câncer, entre elas destacam-se a *Rede Feminina de Combate ao Câncer*, que atua de forma efetiva na execução de projetos sociais, com a participação de vários setores da sociedade em eventos culturais, festivos, feiras de artigos juninos, natalinos etc. Conta ainda com uma casa de apoio para a assistência de enfermos que se deslocam de outros estados e municípios, para realizarem seu tratamento e que, por sua vez, não têm parentes na Cidade de João Pessoa ou não têm condições financeiras para se manter economicamente.

Dentre essas instituições, escolhemos para nossa investigação, a ONG *Amigos do Peito*, que apresentou um perfil mais adequado para nossa pesquisa. A escolha deu-se a partir da percepção do grau de envolvimento com as mulheres que participam da organização e o caráter de independência de sua atuação no contexto geral; condiz com o objetivo principal de nossa investigação, que envolve o

enfrentamento social da enfermidade quando são submetidas ao processo de retirada das mamas, ou seja, a mastectomização.

O compromisso desta organização se sobrepõe às condições econômicas e estruturais existentes em ações de interesse das mulheres que integram o grupo, no desenvolvimento de atividades inerentes, tais como: palestras com profissionais em áreas específicas à enfermidade, terapias ocupacionais, festividades, informações, autoajuda etc. Suas ações estão centradas na aceitação das mulheres com o problema existente. Entendemos que a aparência física é um dos aspectos que mais preocupa essas mulheres. Dentro desse contexto, se insere a feminilidade, a sensualidade, a amamentação, a sexualidade etc.. São características que simbolizam todo o contexto da beleza feminina. Portanto, a atuação desta ONG se fundamenta no princípio da ajuda mútua, na autoajuda, no apoio psicológico e emocional, na orientação sexual, na informação preventiva e na conscientização de enfermidade para se ter uma melhor qualidade de vida.

Compreendemos, portanto, que as diversas instituições espalhadas em todo o país estão unidas e organizadas com o objetivo de defender e lutar por uma causa, com estratégias planejadas na busca de melhoria na saúde da mama, na diminuição dos índices de mortalidade pela enfermidade, na qualidade dos exames e no tratamento, na prestação de serviços, em campanhas de conscientização e informação mais eficaz, em apoiar o desenvolvimento da capacidade das ações políticas dessas organizações, associações e indivíduos comprometidos com o problema e em políticas públicas mais eficazes no campo da saúde.

A discussão do tema sobre câncer no Brasil se baseia mais precisamente a partir das publicações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que enfoca sobre os aspectos relacionados com as neoplasias, ou seja, tipos de câncer, estimativas por regiões, estados e capitais, gênero etc. Algumas tabelas sobre estimativas de câncer, publicadas pelo INCA, serão apresentadas no decorrer deste trabalho como suporte informativo sobre a enfermidade em algumas regiões, como também no Estado da Paraíba e na Cidade de João Pessoa. Este estudo é de caráter informativo e público, o que nos permite apresentá-lo, fazendo constar a sua fonte, evidenciando o interesse e relevância do referido estudo como ferramenta no processo investigativo da pesquisa acerca do câncer no Brasil.

Os enfoques teóricos referentes ao tema investigado se apresentam dentro de uma perspectiva da realidade atual entre Brasil e Espanha. Esta perspectiva em

realidades tão diferentes foi possível a partir de um intercâmbio entre a Universidade Federal da Paraíba e a Universidade de Valencia, período transcorrido após a docência na UFPB, possibilitando conhecimentos teóricos acerca do tema investigado. Desse modo, em caráter informativo, fazemos constar uma aproximação no referencial teórico sobre estimativas do número de casos de câncer entre os respectivos países.

O estigma do câncer para muitos é como uma sentença de morte. Há mais ou menos três décadas, ser portador de câncer era motivo de sofrimento, angústia, medo, isolamento, desprezo de familiares e amigos e do convívio social. O diagnóstico de câncer envolve fatores psicológicos, emocionais e sociais de uma pessoa, principalmente quando a mulher tem que retirar uma parte de seu corpo, no caso, a mama. Para a mulher é difícil pelo fato de envolver sua aparência física, sua feminilidade, sua sexualidade, vida familiar, profissional e convívio social, ou seja, sua vida ao se transformar radicalmente, causa conflitos pessoais e de convivência.

A sociedade se manifesta através de ações pertinentes a um determinado momento. Estas manifestações são entendidas como parte do comportamento humano, e buscamos entender nas ciências sociais como acontece esse processo em que,

[...] a sociologia busca descobrir os princípios de coesão e ordem dentro de uma estrutura social, os modos com os quais esta se radica e cresce em dado ambiente, o equilíbrio instável da estrutura mutável e do ambiente transformável, as tendências principais de mudança incessante, as forças que determinam sua direção em dado momento, as harmonias ou conflitos, os ajustamentos e desajustamentos no íntimo de sua estrutura conforme se revelam a luz dos desejos humanos, e, dessa forma, a aplicação prática dos meios e fins nas atividades criadoras do homem social (DIAS, *apud* MACLVER, 2009, p.26).

Em um panorama geral, o câncer de mama é o tumor mais frequente entre as mulheres em todo o mundo, com aproximadamente um milhão cento e cinquenta e um mil novos casos ao ano. Sua incidência aumenta nos países com maior nível econômico; mais da metade dos casos são diagnosticados nos países desenvolvidos: trezentos e setenta mil casos ao ano acontecem na Europa (31,3%) e duzentos e trinta mil na América do Norte (20%). Na União Européia, a probabilidade de se desenvolver um câncer de mama é de até 8% antes de a mulher completar setenta e cinco anos de idade. O câncer foi a causa de quatrocentos e

onze mil mortes em todo o mundo no ano de 2002, sendo a primeira causa de morte entre as mulheres; em concreto, 14% do total de falecimentos por tumores malignos (AECC, 2005).

No ano de 2005 ocorreram aproximadamente cinquenta e oito milhões de mortes em todo o mundo e o câncer foi responsável por sete milhões e seiscentas mil mortes, o que representa 13%. Os principais tipos de câncer com maior mortalidade foram: os de pulmão (um milhão e trezentos mil casos), de estômago (um milhão aproximadamente), fígado (seiscentos e sessenta e dois mil casos), de colo de útero (seiscentos e cinquenta e cinco mil casos) e de mama (quinhentos e dois mil casos), do total de óbitos por câncer ocorridos neste ano, mais de 70% ocorreram em países de média e baixa renda (WHO, 2006).

As estimativas para o ano de 2020 de novos números de casos anuais de câncer serão aproximadamente de quinze milhões e de todos eles uns 60% terão lugar nos países em desenvolvimento. Supõe-se que pelo menos um terço dos novos casos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos. A partir de ações preventivas, de informações sobre a enfermidade, com cuidados com a pele, com a alimentação, o cuidado no consumo de bebidas alcoólicas, com o consumo de cigarros e drogas etc. Mesmo com incentivos em novas tecnologias, em novas descobertas sobre a enfermidade, em novos medicamentos, em estudos e pesquisas, a prevenção continua sendo apontada como um dos fatores essenciais no combate ao seu crescimento.

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer de mama continua sendo muito elevada. No ano de 2009, foram apontados quarenta e nove mil e quatrocentos novos casos, sendo considerada a segunda maior causa de morte, perdendo apenas para as enfermidades cardiovasculares. Na Cidade de João Pessoa foram diagnosticados quatrocentos e noventa novos casos, números considerados elevados para a população feminina na cidade, o que mostraremos com mais detalhes no capítulo primeiro deste trabalho.

Na Espanha, a incidência de novos casos de câncer tem aumentado lentamente, mesmo com estudos apontando que nas duas últimas décadas tem se constatado que o número de mortes por câncer vem diminuindo gradativamente, devido fundamentalmente, a programas que estão em andamento nas Comunidades Autônomas do país, que apostam em diagnóstico precoce e na melhoria dos tratamentos oncológicos. Os fatores de risco apontados estão relacionados à vida

reprodutiva da mulher. O menarca precoce, a idade de primeira gestação ao término dos trinta anos, os contraceptivos orais, a menopausa tardia e a terapia de reposição hormonal. Cotait (2000, p. 143), aponta que

[...] a solução para o problema do câncer ainda não está definida, e isso compreende uma série de fatores, entre eles, de genética. As alterações genéticas podem ser hereditárias e os tumores de determinadas famílias transmitidos de geração a geração. Hoje em dia seria correto dizer que todo câncer tem sua origem nas modificações das células, do qual se pode ser herdado o produzir-se no transcorrer da vida.

Entendemos que existe um conjunto de fatores que são atribuídos ao aumento de novos casos de câncer tanto no Brasil como em escala geral. Como já mencionamos anteriormente, a grande maioria dos casos está relacionada com questões sociais, o que envolve o baixo nível de escolaridade, baixa renda, desinformação em relação à enfermidade e a falta de centro especializado para o tratamento. A questão do preconceito ainda é muito grande na família, o que retarda em muitos casos a procura por tratamento, ocorrendo consequências psicológicas e emocionais em relação à expectativa de vida. Então, grande parte dos enfermos com câncer busca mecanismos de ajuda na sociedade civil para garantir tratamento adequado e melhor conhecimento de seus direitos sociais.

Nesse contexto, as ONGs representam alternativas em redes de apoio a determinados grupos sociais através de organismos não governamentais. Mulheres com diagnóstico de câncer e consequente mastectomização, procuram a atenção necessária para atenuar graves consequências em decorrência da enfermidade. A participação de ONGs, movimentos sociais e voluntários, congrega parte desses organismos, criando e contribuindo de maneira fundamental na melhoria de serviços de competência do Estado.

No Brasil, o termo ONG esteve mais associado a um tipo particular de organização, surgida, mas especificamente a partir dos anos setenta, no âmbito do sistema internacional de cooperação para o desenvolvimento. Sua origem neste período esteve associada a um momento de convulsão social marcado pela ditadura militar.

Nesse contexto, García (2003, p, 237) afirma que

[...] sociedade civil, implica um sentido de permanência cidadã, com direitos e deveres, dentro de um plano simbólico que se considera anterior ao

sistema de organização política, com o qual existe um espaço de integração cidadã com a própria mediação dos órgãos de governo. A sociedade civil se distingue, pois, do Estado e promove os interesses coletivos

Para Max, sociedade civil é um momento estrutural, é algo que se expande a toda a vida social pré-estatal, como ferramenta de desenvolvimento das relações econômicas, que precede e determina o momento político. O Estado, a ordem política, o elemento subordinado, enquanto sociedade civil é o reino das relações econômicas, ou seja, é o elemento decisivo. Portanto, compreende-se sociedade civil, como todo o conjunto das relações materiais entre os indivíduos no interior de um determinado grau de desenvolvimento, o que nesse sentido transcende o Estado e a razão.

Atualmente é possível reorganizar todo o conceito de ONG. Falamos hoje em Organizações da Sociedade Civil (OSC) como um conjunto que, por suas características, se distinguem não só do Estado como também do mercado. A idéia de sociedade civil contribui na formação desse tipo de organização que leva uma maior participação da sociedade, em que um grupo de cidadão forme instituições particulares e atue de forma mais direta e com maior autonomia. As lutas sociais são concebidas a partir das contradições entre classes e interesses sociais, com independência de espaços onde se produzem e que se baseiam nas contradições e ferramentas que se dão no âmbito do capital e do trabalho.

A noção de liberdade é inerente ao trabalho realizado pelo voluntário, não é de caráter remunerativo e sim altruísta, quando alguém decide realizar um trabalho de caráter voluntário, em sua própria concepção, significa a solidariedade que lhe compete moralmente fazê-lo. Esse tipo de solidariedade, caracterizado pela sociedade civil, se desenvolve cada vez mais, permitindo se encontrar novas formas de participação cidadã na resolução de situações de injustiça que se vive em nível mundial (CARPIO, 1994).

Sem dúvida, o próprio caráter voluntário do trabalho realizado pode ocasionar que em determinadas circunstâncias o compromisso adquirido não tenha um caráter estritamente voluntário, o que poderia apresentar-se como uma vinculação profissional. Quando uma pessoa oferece seus serviços a uma ONG, pode fazê-lo por um dia na semana, por umas horas ou como lhe convier melhor. Isto pode levar a uma falta de continuidade das tarefas empreendidas, ou em ocasiões, que determinadas ações não poderão ser realizadas; isto não significa que seja por falta

de seriedade no trabalho a ser desenvolvidas, mas sim, pelo tempo necessário para poder executá-lo.

Como temos visto antes e no decorrer deste trabalho, a mobilização em diversos setores da sociedade de uma maneira geral, tem sido um fator preponderante na defesa de garantias e conquistas na área da saúde. Sabemos que avanços e conquistas só se efetivam quando a sociedade se une para um determinado fim. A proposta deste trabalho apresenta-se dentro deste contexto, como também, produz conhecimento acadêmico que pode colaborar para uma melhor compreensão do tema investigado.

Com este propósito formulamos o problema da investigação, na percepção de que a mastectomia se apresenta como uma das expressões acerca do estado psicológico e emocional de mulheres com câncer de mama. A partir de enfoques dados na presente investigação, percebemos que os elevados números de novos casos do câncer de mama e sua consequente mastectomização, supõem-se a uma série de fatores relacionados a políticas públicas de saúde, o que se reflete nas questões sociais.

A partir desses questionamentos, formulamos a hipótese nos seguintes aspectos:

A ausência de uma política pública de saúde mais eficaz para a saúde da mulher contribui para o aumento do número de novos casos de câncer de mama na Cidade de João Pessoa?

O papel exercido pelas ONGs contribui para o processo de sociabilidade de mulheres com câncer de mama e mastectomizadas na Cidade de João Pessoa?

Com os seguintes questionamentos, entendemos que as questões sociais se refletem em inúmeros problemas sociais, entre eles, a saúde da mulher, vitimadas pela falta de atenção em políticas efetivas relacionadas ao câncer. Portanto, a saúde da mulher com câncer de mama constitui-se em uma expressão da realidade concreta pelo estudo ora apresentado, que objetiva *Investigar a atuação das ONGs como instrumento de articulação e ação no âmbito da saúde em mulheres mastectomizadas na Cidade de João Pessoa*. Tendo em conta a enfermidade do câncer como elemento substancial, definimos, dentro de uma ampla dimensão, os objetivos específicos considerados relevantes para a pesquisa: a) identificar como se constitui o perfil socioeconômico deste grupo de mulheres; b) analisar o papel das mulheres em relação às ações efetuadas pela ONG; c) analisar aspectos

relacionados com as relações sociais e familiares em seu cotidiano; d) analisar aspectos relevantes sobre o impacto da notícia, retirada de mama, reconstituição etc.

As questões relacionadas à mastectomização de mulheres com câncer resultam do esforço de encontrar nos movimentos sociais, sociedade civil e ONGs respostas as transformações sociais, dentro de uma perspectiva marxiana que nos conduzirão a compreender e ampliar a discussão acerca das questões sociais no processo de trabalho.

Como estratégia metodológica, de forma a estabelecer a relação dos pressupostos teórico-metodológicos com os objetivos, realizamos uma investigação desenvolvida em uma abordagem qualitativa junto a ONG *Amigos do Peito*, localizada na Cidade de João Pessoa. Como campo de nossa investigação, a escolha da referida ONG deu-se dentro de uma perspectiva analítica de grupo social, onde a enfermidade do câncer é o tema principal por se tratar da enfermidade explorada pelo grupo. A investigação contou com a participação de quinze mulheres que foram submetidas a um questionário com perguntas semiestruturadas, e seu conteúdo utilizado como instrumento de análise do resultado da pesquisa. Os dados recolhidos foram analisados a partir de técnicas estatísticas apresentadas por meios de gráficos e de forma discursiva. Os resultados estão apresentados na última parte do presente trabalho, assim como novas linhas de investigação sugeridas.

Para um melhor esclarecimento da proposta do referido estudo, estruturamos este trabalho em quatro partes em que consistem os seguintes aspectos:

Na primeira parte apresentaremos, a partir da introdução, a relevância científica e social do tema investigado, problema, hipótese, objetivo geral e específico da investigação.

Na segunda parte, apresentaremos o marco teórico do estudo, abordando os seguintes temas: No primeiro momento (Capítulo I), abordamos a relação trabalho-capital frente às questões sociais; a discussão sobre o câncer no aspecto geral, fazendo uma breve aproximação entre Brasil e Espanha. Complementando este capítulo, enfocamos as políticas de saúde no país e um resgate histórico sobre a instituição “Hospital”.

No segundo momento (Capítulo II), abordamos o crescimento do terceiro setor e seu papel na sociedade, apresentando questões relevantes do terceiro setor no Brasil, fazendo uma aproximação com a Espanha. Num contexto geral,

enfocamos aspectos relevantes da atuação das ONGs no contexto da sociedade civil, a atuação do voluntariado e novos movimentos sociais.

Na terceira parte (Capítulo III), apresentamos a metodologia da investigação.

Na quarta parte (Capítulo IV), apresentamos a análise dos resultados, enfocando três momentos: a) o perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas; b) o enfrentamento das questões relacionadas à enfermidade pelas entrevistadas; c) a relevância do trabalho da ONG para as mulheres entrevistadas.

Por último, as considerações finais, referências bibliográficas, apêndices, como também, os anexos e tabelas que nortearam como suporte a construção deste trabalho.

CAPÍTULO I

**CONCEPÇÕES ACERCA DOS MEIOS DE PRODUÇÃO - DO CÂNCER
E SUAS COMPLEXIDADES SOCIAIS: UM PANORAMA GERAL**

1.1 O Processo de Produção Capitalista e os Reflexos Sociais no Âmbito da Saúde

As políticas sociais, ao longo dos anos, vêm se modificando de acordo com as políticas econômicas adotadas, servindo como mecanismos de reprodução da força de trabalho. Nas sociedades capitalistas, essa reprodução está inserida nas relações de produção, nas quais o caráter de exploração é fundamental para o processo de extração da mais valia que garante a acumulação do capital.

No processo produtivo, o trabalhador produz mercadorias e/ou serviços em troca tem um recebimento de um salário. Este, muitas vezes inferior à jornada de trabalho desenvolvida. Ao considerarmos o tempo social para produzir a mercadoria, percebe-se que o trabalhador gera riquezas que são apropriadas pelos donos dos meios de produção capitalista. Essa relação entre trabalhadores e capitalistas é perpassada pela exploração dos trabalhadores, o que, segundo Marx, o excedente extraído dessa produção vai gerar o processo de acumulação, pois é a extração da mais valia que gera a perpetuação do sistema capitalista.

Todavia, o capital não se interessa pelo atendimento de reposição da força de trabalho. O Estado passa, no decorrer do tempo, a assimilá-las sob a implantação de políticas sociais, cujo propósito é garantir a reprodução da força de trabalho, imprescindível ao modo de produção capitalista. Dentro dessas políticas, o Estado passa a intervir no processo de negociação entre classes, assumindo um papel de mediador de conflitos entre capital e trabalho. Nesse aspecto, compreende-se que

[...] dentro da ótica do capital, os serviços sociais tornam-se ainda, *um reforço para a garantia dos elevados níveis de produtividade do trabalho* exigidos pela elevação da composição orgânica do capital. Contribuem para manter um equilíbrio psicofísico do trabalhador, canalizando e antecipando a emergência de focos de tensão, que afetem a paz social necessária, à potencialização do processo de exploração do trabalho. Alguns tipos desses serviços – ensino profissionalizante, por exemplo – estão voltados, ainda, para propiciar uma qualificação da força de trabalho, exigida de parcela da classe trabalhadora, para fazer frente ao crescente processo de especialização da produção (IAMAMOTO, 2006, p. 101).

Nessas relações, buscamos entender esses fatores, se a degradação social ou o desequilíbrio social, ferramentas para os conflitos sociais torna-se latente na

disputa pelo equilíbrio de força e de poder entre capital x trabalho. Esta articulação se dá em todos os níveis e em todas as esferas do jogo político. Nesse sentido,

[...] a força do trabalho se constituirá progressivamente no componente principal da “parcela superior” do proletariado. A qualidade da força de trabalho se dá como processo de constituição do trabalhador ajustado à formação capitalista, isto é, também como formação de sua personalidade básica capitalista, [...] deve o operário possuir, mais do que uma prática prolongada de operações manuais ou mecânicas, a compreensão exata dos processos tecnológicos e certa plasticidade de adaptação às novas técnicas [...]. Entretanto, sempre cada vez mais, o papel fundamental está reservado à formação humana (IDEM, p. 258).

Em nossa sociedade, o trabalho sempre foi uma grande via de acesso à cidadania, como em muitas sociedades no ocidente, de maneira que, ser um trabalhador com carteira assinada ainda hoje confere certo *status*, por ter direito a certos benefícios, enquanto grande parte dos trabalhadores é privada de determinados benefícios por fazer parte da economia informal. Isso ocorre em todas as áreas, como se explicita no caso específico da área da saúde.

Reconhecer o impacto decisivo sobre a questão da saúde e de determinantes socioeconômicos, não implica minimizar a contribuição dos serviços de saúde, os quais têm um significado essencial em oferecer tratamento a quem dele necessita. A força produtiva nos setores de saúde, em nossa sociedade, compreende uma extraordinária importância tanto social, política, econômica e científica.

As condições socioeconômicas da população, assim como fatores ambientais, passam a um primeiro plano, desembocando em um novo conceito de sobrevivência humana, que é a assistência médica. Dessa forma, o hospital se insere nesse contexto, sendo visto como uma oficina que conserta máquinas e devolve ao mercado de trabalho, ou seja, em um ambiente que serve para recuperar e restabelecer a saúde e os interesses do capital. Outros fatores contribuem na reprodução do dinheiro, como por exemplo, medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares, entre outros.

A diferença de classe social se evidencia em mortalidade, o que proporcionam evidências suficientes para afirmar que os fatores econômicos e sociais seguem determinando, de forma transcendental, o modo pelo qual o indivíduo vive e morre. Nesse sentido, existindo uma relação inversa entre as necessidades de pacientes e dos recursos sanitários a quem tem acesso, ou seja, os que desfrutam do mais fácil e melhor serviço sanitário são os que menos

necessitam; enquanto os que mais necessitam têm que enfrentar um acesso mais restringido. Essa relação inversa não só ocorre nos serviços privados como também no público. Em termos gerais, parece que existe uma relação clara entre a classe social e a manutenção dos serviços, porém, o que se falta é entender porque (DOYAL, 1979).

Podemos dizer que atualmente o hospital é caracterizado também pela divisão sócio-técnico do trabalho, onde os trabalhadores são classificados entre os que cuidam diretamente dos enfermos; são representados por médicos, corpo de enfermagem, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços administrativos auxiliares, serviços de infraestrutura e administração.

A divisão do trabalho surge, portanto, com a diversificação das atividades hospitalares provenientes da organização do trabalho no modo de produção capitalista, em categorizações hierárquicas, nas quais os mais inferiores são submetidos a funções menos qualificadas, devido a sua posição social. Essa divisão em categorias e subcategorias hierarquizadas dá-se através das práticas mais simples e menos qualificadas, realizadas pelos recém-chegados à profissão, como residentes, estagiários e novos membros da equipe, criando assim, uma divisão hierarquizada pela experiência e conhecimento.

1.1.1 Algumas considerações sobre o significado do câncer

A saúde das pessoas se concebe como uma necessidade básica, cuja satisfação, prioritariamente, resulta para os indivíduos como um desejo antes de qualquer outra coisa seja no campo emocional ou econômico. Estar bem consigo é ter tudo adequadamente no seu cotidiano, no desenvolvimento de suas atividades sociais, profissionais, emocionais etc. Boa saúde é ter qualidade de vida, é ter uma vida ativa e satisfatória, dentro dos termos e das condições que cada pessoa se encontra, na tentativa de satisfazer suas necessidades básicas, de otimizar sua expectativa de vida, evitando enfermidades graves como é o caso do câncer.

A partir desse contexto, procuraremos compreender a complexidade em torno dessa enfermidade. A seguir construiremos algumas considerações sobre o significado do câncer.

A denominação da palavra *câncer* provém do grego *karkinos*; é um nome genérico para designar as neoplasias malignas, ou seja, crescimento de células

cancerígenas e a multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que escapam ao controle de nosso sistema imunológico por algum motivo desconhecido. Isto se produz de forma desordenada e descontrolada, afetando todo o organismo, desequilibrando-se funcionalmente e fazendo surgir seus sintomas e, conseqüentemente, a morte (KOWALSKI, 2003).

Em fins do século XVII e início do século XVIII estudiosos têm conhecimento do sistema linfático e se atribuem ao câncer sintomas provenientes desse sistema. Em uma época marcada pelo medo e pelo preconceito, os possíveis portadores dessa enfermidade eram marginalizados, ficando confinados em ambientes fechados e, conseqüentemente, da convivência social. Acreditava-se que a enfermidade era contagiosa e, de certo modo, os hospitais discriminavam o doente. Segundo Gomes (2005, p. 97):

[...] O câncer é passa a ser concebível como uma enfermidade a partir do século XVIII, quando se percebeu que pode afetar a um ou mais órgãos através do sistema sanguíneo o do sistema linfático, dando lugar a uma expansão a enfermidade provocando o processo de metástase.

No início do século XX, mesmo com avanços na evolução de conceitos e estudos sobre a enfermidade, com estudos de microbiologia e mecanismos de detectar infecções, constata-se que o câncer era uma enfermidade temível e crônica e as pessoas que dela padeciam teriam que permanecer reclusas em suas casas, as quais se ocultavam por vergonha ou medo de sua enfermidade, crendo que esta seria uma sentença de morte.

Para Idi (2000), o câncer de mama se origina a partir do crescimento desorganizado das células das glândulas mamárias. Geralmente apresenta-se como um nódulo nos quadrantes da mama. O câncer manifesta-se de maneira mais comum nos gânglios linfáticos das axilas, porém, pode se apresentar na parte próxima da região óssea, do fígado e do pulmão, como também no cérebro. São regiões que podem ser afetadas pelo processo da metástase do câncer de mama.

O câncer é visto como um processo patológico que se inicia quando as células anormais derivam de células normais, passando por algum mecanismo de transformação. Durante esse processo, as células normais se multiplicam, a princípio em uma área delimitada e, em um dado momento, as células tendem a multiplicar-se dando início a um processo de expansão.

1.1.2 O processo da enfermidade

Em nossa cultura, a mama desempenha um papel extremamente significativo para a sexualidade feminina, em sua própria identificação de autoestima. A mama simboliza a sensualidade, a beleza; é algo específico na feminilidade da mulher, ou seja, é um chamariz ao desejo masculino. E, partindo desse conceito, a mulher se sente vulnerável a fazer exames precoces, por medo de se ver alterada, de alguma forma, uma parte de seu corpo tão significativa para a atenção masculina.

Para a mulher submeter-se a um tratamento de câncer de mama, supõe-se padecer do estigma da enfermidade e uma consequente mutilação. Sente-se afetada emocionalmente, por sua aparência física, afetando sua autoestima, provocando alterações em sua vida cotidiana ao passar por um processo cirúrgico, sabendo que, a partir daí, virão exames rotineiros, tratamento, etc.. A retirada da mama vem acompanhada de inúmeros transtornos físicos e psicológicos para a mulher, tanto no aspecto profissional, sexual e social, inclusive no convívio familiar.

Depois do impacto da notícia de um diagnóstico de uma enfermidade considerada como uma das mais temíveis pela mulher e a possibilidade de perda de algo tão significativo como é a mama, ficam caracterizados o medo, a ansiedade, o choro, a depressão, atitudes negativas por sua mala sorte. Evidencia-se que é neste período que a mulher se sente mais vulnerável mais fragilizada em querer entender *“por que eu” “porque esta doença”*, não encontrando necessariamente uma resposta adequada ao problema existente, provocando certa impotência diante dos fatos, ou seja,

[...] a mama não significa apenas a feminilidade, também está relacionada diretamente com a maternidade, a amamentação e o processo de envelhecimento do corpo. Isto significa que ao longo da vida da uma mulher, suas glândulas mamárias estarão submetidas a mudanças de consistência, volume, elasticidade, pequenas agressões derivadas da amamentação, traumatismo diretos relacionados com os hábitos de vestir, deformações pela posição no trabalho, processos inflamatórios e infecciosos, presença de nódulos, e o pior dos casos, o desenvolvimento de um tumor. Tudo isso vai requerer uma serie de cuidados higiênicos, assim como uma série de medidas de profilaxia com a finalidade de conservar e recuperar a estética da mama (REVERT, 1997).

Podemos dizer que a maioria dos autores concorda em que, ante a uma mastectomia, a mulher sente medo por se tratar de uma enfermidade que envolve

todo estigma sobre a cura. O impacto que pode afetar sua imagem em decorrência de sua feminilidade, provocando a diminuição da libido sexual como também a insatisfação de seu companheiro, acarretando um sentimento de vergonha ou culpa. Mesmo com todos os avanços no campo da medicina e nos meios de comunicação sobre o câncer e a mastectomia, fica claro que as expectativas sobre o processo informativo quanto à enfermidade ainda não responde aos anseios necessários para o enfrentamento da enfermidade.

1.1.3 História e evolução da mastectomia

O processo histórico sobre a evolução de métodos científicos estudados por homens que se dedicaram exclusivamente à descoberta de avanços no tratamento do câncer, sobretudo, o câncer de mama e seu processo de mastectomia, no decorrer do tempo foram se modernizando e melhorando. Esses métodos foram aperfeiçoados com inovações de novas técnicas utilizadas através de instrumentos e equipamentos mais modernos; porém, esse avanço resulta dos primeiros estudos sobre a mastectomia feitos a partir do século XIX.

Ao final do século dezenove e principio do século vinte, cientistas, a exemplo, de Halsted, Handley, Haagensen, Patey e Mc Whirt desenvolveram métodos revolucionários, em uma época com poucos recursos técnicos e práticas médicas. Os instrumentos utilizados na época para realizar experiências científicas eram de certa forma rudimentar em relação às técnicas e instrumentos utilizados atualmente. Essas descobertas convertem-se em um método com o qual se descreve a via linfática como única via de disseminação, levando a mastectomia radical, ou seja, esse método se transforma no processo cirúrgico ideal até então descoberto. A mastectomia radical persiste até meados do século vinte como sendo o único processo efetivo para combater o avanço da enfermidade.

Os avanços alcançados com pesquisas produzidas por esses cientistas, mesmo com poucos recursos técnicos, são fundamentais para as técnicas empregadas no tratamento da descoberta do câncer e na eficácia de métodos utilizados na prevenção e em último caso da retirada de mamas.

Nos anos sessenta surge a mamografia como método instrumental de caráter exploratório em patologia mamária. Esse acontecimento configura-se como uma grande inovação na obtenção de diagnósticos mais precisos e mais rápidos,

acarretando menos lesões à área afetada. Graças a esse método, procedimento mais utilizado por sua rapidez e segurança, se consegue descobrir em que estágio se encontra a doença.

1.1.4 Dados e estatísticas sobre o câncer no Brasil

Em recente estudo publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) com estimativas sobre o número de novos casos de câncer no Brasil para o ano 2009 tanto para homens quanto para mulheres, apontam os seguintes números: quatrocentos e sessenta e seis mil setecentos e trinta novos casos de câncer, sendo os mais frequentes, exceto o câncer de pele não melanoma, os de câncer de próstata e de pulmão no sexo masculino e de mama e colo uterino no sexo feminino. Estas estimativas apresentam um perfil de crescimento similar em todo o mundo.

A taxa de mortalidade por câncer em mulheres tem aumentado significativamente nos últimos anos. O câncer de mama continua sendo o que mais tem aumentado, seguido por outros tipos que mais atinge a população feminina. Em 2009 foram apontados quarenta e nove mil e quatrocentos novos casos de câncer de mama; de colo uterino dezenove mil; de reto quatorze mil; de pulmão nove mil casos (ver tabela 5), sendo considerada a segunda maior causa de morte, perdendo apenas para as enfermidades cardiovasculares.

A distribuição de novos casos de câncer, segundo sua localização primária, se acentua de forma bem heterogênea entre estados e capitais no país (ver tabelas 2 e 3). Alguns estudos apontam diferentes tipos de câncer de mama associados à idade das mulheres. Um deles se associa a pré-menopausa e se caracteriza pela sua agressividade. Outro tipo se associa a pós-menopausa e se caracteriza por ser mais indolor. A prevenção para esses tipos de neoplasias ainda não foi totalmente possível devido à variação de fatores de riscos e às características genéticas que ainda estão em processo de pesquisa dentro de cada etiologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.1.5 Dados e estatísticas sobre o câncer em João Pessoa

As estimativas para o ano 2008 e válidas para 2009, só vêm aumentando na Paraíba, para neoplasias malignas; o câncer de mama desponta com quatrocentos e noventa novos casos; colo de útero com duzentos e trinta casos, cólon e reto oitenta casos; traqueia, brônquio e pulmão setenta casos; estômago cem casos; leucemias setenta casos; cavidade oral oitenta casos; pele melanoma vinte casos; esôfago trinta casos. Percebemos que o segundo maior número de casos se acentua nos casos de colo do útero e mesmo assim não é menos da metade dos casos de câncer de mama.

A Cidade de João Pessoa corresponde por 49,51% dos novos casos detectados, ou seja, quase a metade de todos os casos de câncer de mama no estado está localizada na capital, o que demonstra um elevado índice concentrado em apenas uma cidade. A partir desses dados compreende-se a necessidade de políticas de saúde mais efetivas no que afeta a saúde da população feminina, sobretudo, no que diz respeito à enfermidade do câncer.

1.1.6 Dados e estatísticas sobre o câncer na Espanha

Na Espanha, a incidência de novos casos de câncer tem aumentado lentamente. Mesmo com estudos apontando que nas duas últimas décadas tem se constatado que o número de mortes por câncer vem diminuindo gradativamente, devido, fundamentalmente, a políticas de saúde adotadas nos últimos anos no país, apostando em diagnóstico precoce e na melhoria dos tratamentos oncológicos. Os fatores de risco apontados estão relacionados com a vida reprodutiva da mulher, como a menarca precoce, a idade da primeira gestação ao término dos trinta anos, aos contraceptivos orais, a menopausa tardia e a terapia de reposição hormonal estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama, como também a idade. Portanto, percebe-se que estes fatores estão relacionados entre si.

Os dados publicados no ano de 2002, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) na Espanha, foram de aproximadamente cento e sessenta e dois mil novos casos de câncer, noventa e sete mil e oitocentos casos em homens e sessenta e quatro mil em mulheres, com uma diferença de 15,1% entre homens e mulheres. Esses dados apresentam uma frequência considerada médio-alta para o sexo

masculino (taxa ajustada a população mundial de trezentos e sete novos casos por cada cem mil habitantes ao ano) e médio-baixa para o feminino (taxa ajustada a população mundial de cento e setenta e nove casos por cada cem mil habitantes ao ano).

Os tipos e números de câncer por gênero são assim distribuídos: nos homens: câncer de pulmão, de próstata, bexiga, cólon e reto; nas mulheres, os mais frequentes são câncer de mama, cólon e reto e ginecológicos, que compreende útero e ovário.

No caso da idade, existe uma incidência mais frequente entre mulheres do que homens. Essa incidência se acentua em idades entre os trinta e quarenta e cinco anos.

1.1.7 Fatores psicológicos e sociais relacionados à enfermidade

Na conceituação sobre o câncer, abordamos questões relevantes desde o ponto de vista clínico sobre o processo da enfermidade, alterações no sistema biológico e a nível celular, o que vai acarretar também alterações no meio social do indivíduo. O meio social a que pertence o indivíduo vai estar entrelaçado com suas relações pessoais e esta relação se configura no equilíbrio emocional e psicológico de cada um, na sua adaptação enquanto enfermo de uma neoplasia maligna, resultando na aceitação ou não de um fato biológico.

Para Ibáñez (1991), na sociedade atual a palavra câncer ainda é um ataque contra o conceito de sobrevivência, considerado como a finalidade básica de todas as teorias neo-evolucionista. Em seus estudos, a autora aponta:

As análises psicológicas que se realizam com pacientes com câncer, só se podem interpretar tendo em conta a importância que o biológico e o social têm com a enfermidade. Acrescenta, também, que se pode considerar o câncer como uma enfermidade que se associa com o imprevisível. Quer dizer, sua detecção é mais ou menos súbita, sua evolução é imprevisível em muitos casos, e se desconhecem muitas de suas causas (*IBIDEM*, p. 58).

A partir desse questionamento, pode-se considerar que a depressão, mesmo que resulte patológica nesse contexto, compreende-se como uma resposta emocional normal que se pode esperar de um paciente com câncer ao ter conhecimento de seu diagnóstico.

A certeza do diagnóstico e a sequência do tratamento incidem no cotidiano do indivíduo, principalmente pela frequência de exames e internamentos em hospitais especializados. Partindo desse ponto de vista, seus hábitos irão mudar radicalmente. No caso de mulheres com câncer de mama e que tenha passado pelo processo de mastectomia, a mudança ainda se torna maior, provocando sérios transtornos psicológicos, que afetará sua autoestima, principalmente na mudança que terá de fazer com a própria maneira de se vestir.

O impacto do diagnóstico de câncer associado à mastectomia é considerado como um dos maiores transtornos psicológicos para a mulher, por estar associado às relações sociais e ao seu próprio bem-estar. A incerteza de seu futuro afeta diretamente seu estado emocional, por não ter uma visão mais clara dos efeitos que o tratamento poderá lhe trazer, se negativos ou positivos.

1.2 Aspectos Históricos da Política Social no Âmbito da Saúde no Brasil

Percebemos que as políticas sociais se modificam de acordo com o modelo adotado pela política econômica correspondente a cada período, nos vários períodos de modelo político instalado no país. Consolidam-se essas mudanças não só pelo momento político vigente como também através da conjuntura econômica do momento. Dentro dessa conjuntura, faremos um resgate histórico a partir do governo Vargas, passando pelo período da ditadura militar até o governo de Fernando Henrique Cardoso, dos diversos modelos adotados até o surgimento do Sistema Único de Saúde.

Faleiros (1995) classifica as políticas sociais como sendo um sistema de mediação entre o econômico e o político. Destaca quatro complexos de organização dessas políticas:

- a) complexo socioassistencial, responsável pelo conjunto dos organismos público e privado, que prestam assistência social ao desempregado pobre e excluído do mercado de trabalho;
- b) o complexo sóciofinanceiro, que gira em torno do trabalhador produtivo e da empresa (legislação social e desenvolvimento industrial);

- c) o complexo sóciofinanceiro para a prestação de serviços e acesso aos bens de consumo;
- d) o complexo urbanossocial, para a gestão do cotidiano das cidades urbanas.

Tomando como referência esses complexos de organização das políticas sociais, é que discerniremos sobre a Política Social nos seus mais diversos aspectos.

As políticas sociais, no Brasil, caracterizam-se pela sua subordinação aos interesses econômicos e políticos da burguesia. Dessa forma, se faz necessário resgatar o processo histórico de sua formação configurada na história econômica e social, sendo entendidas como mecanismos de controle das questões sociais, à medida que favorecem aos interesses das classes dominantes, mais que das classes trabalhadoras.

No início do século, a economia predominante era a agroexportação; a política do café era a base econômica do país, porém, toda a política estabelecida no país favorecia aos grandes fazendeiros. A assistência social era desenvolvida pelas Santas Casas, pelas instituições filantrópicas e semi-religiosas; a assistência aos pobres efetivava-se de forma arbitrária, visto que os critérios de acesso não se davam pela necessidade, mas sim pelos critérios da lealdade e favor. É precisamente a partir da década de trinta que se efetiva a implantação de políticas de caráter público.

Nas décadas de 1930 e 1945, período marcado pela era varguista cujo governo provisório, constitucional e ditatorial, denominado de “Estado Novo”, ocorre a sistematização e a gestão oficial das políticas sociais. A implantação dessas políticas se deu em função das transformações sociais: o arrefecimento do setor agrário mediante a imersão do processo industrial. Dessa forma, os sindicatos autônomos dos operários urbanos passam a reivindicar melhores condições de vida e de trabalho.

Várias foram às medidas implantadas no período varguista. Entre elas, destacam-se: os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ligados à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943; o atrelamento dos sindicatos ao Estado, perdendo sua autonomia conquistada mediante o discurso corporativista, esfacelando a unidade do movimento operário e outras ações. A escassez de recursos financeiros fez com que a maioria das ações de saúde pública no estado

novo se reduzisse a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país, naquela época.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, o que, na verdade, limitou-se a um mero desmembramento do Ministério da Saúde e Educação. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste e outras endemias.

Com o regime militar instituído no poder, atuando através de formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população, em consequência da repressão e do desmantelamento de todas as organizações da sociedade civil, o regime militar ocupou-se de criar uma tecnocracia, constituída de profissionais civis colocados sob a tutela do estado, para repensar sob os dogmas e postulados do novo regime implantado.

Ao unificar o sistema previdenciário, o novo governo se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era o da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978.

Em 1974, o sistema previdenciário saiu da esfera do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. Para algumas categorias profissionais, somente na década de 70 foi que conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais, com a criação do PRORURAL, em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e os empregados domésticos e os autônomos em 1972.

No campo da organização da saúde pública foram desenvolvidas as seguintes ações neste período:

Promulgação do Decreto-lei nº 200/1967, estabelecendo competências ao Ministério da Saúde entre elas: formulação e coordenação da política nacional de

saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos, alimentos, pesquisa médico-sanitário.

Em 1970, criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária.

Em 1975, foi instituído, no papel, o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1976, inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Configura-se como o primeiro programa de medicina simplificada no nível federal e vai permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho do estado.

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, seguindo o período de recessão enfrentado pelo capitalismo internacional. A diminuição do fluxo de capital estrangeiro, que fazia mover a economia nacional, não existia mais, e a taxa de crescimento que chegou a níveis de até 10% do PIB despencou a níveis baixíssimos, afetando o crescimento econômico e aumentando o desemprego e com isso gerando conflitos sociais.

Com o objetivo de conter custos e combater fraudes, o governo criou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes. O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo. Eles opuseram-se e conseguiram derrotar dentro do governo com a ajuda de parlamentares um dos projetos mais interessantes de modelo sanitário, que foi o PREV-SAÚDE. O CONASP implantou e apoiou projetos pilotos

de novos modelos assistenciais, destacando o PIASS no nordeste. Devido ao agravamento da crise financeira, o sistema redescobre quinze anos depois a existência do setor público de saúde e a necessidade de se investir nesse setor, que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência.

O movimento das *DIRETAS JÁ*, em 1985, e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das Associações dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (PILLETI, 1998).

A partir do momento em que o setor público entrou em crise junto com ditadura militar, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Com a derrota da Emenda Constitucional das *Diretas Já*, é composta uma chapa de transição, elegendo Tancredo Neves, Presidente, o qual não chega a tomar posse, assumindo então o seu vice, José Sarney, no período de 85-90. O governo que seria marcado pelo *Tudo Pelo Social*, as políticas sociais tomam um novo rumo. Mas, esse rumo se desvirtua na ingerência e incapacidade dos governantes, seguido pela corrupção alarmante tão difundida em nossa cultura. De modo que, apesar da promulgação da nova Constituição, em 1988, garantindo e reconhecendo os direitos sociais básicos a toda a população, não se efetiva de fato como era esperado.

A Constituição Cidadã de 1988, no capítulo VIII *da Ordem Social* e na seção II referente à Saúde, define claramente, em seu artigo 196, que:

Art. 196. 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.

Passado toda a euforia da promulgação da Constituição Cidadã, finalmente é eleito o primeiro presidente em eleições livres. Democraticamente, quase trinta anos depois, assume Fernando Collor de Melo, que se consagra em seus discursos em prol das camadas mais pobres da população, a partir de uma política populista

contra os chamados “marajás”. No entanto, o discurso neoliberal, assumido com a proposta do “estado mínimo”, viria a consolidar somente no próximo governo, com a política voltada para a globalização, implantada a todo custo, em detrimento das mazelas sociais do país pelo presidente Fernando Henrique Cardoso.

A política econômica e social implantada no governo de FHC foi marcada pela privatização dando seguimento ao desmantelamento do setor público. A instituição do Estado Mínimo, a desativação de programas sociais, o bloqueio de recursos das políticas sociais e a exclusão das políticas do orçamento da união, se efetiva a partir do Consenso de Washington. Por sua vez, o governo investe de forma exagerada em publicidade, priorizando a população mais carente, implantando uma política assistencialista como forma de suprir as necessidades dos mais pobres.

1.3 As Políticas de Saúde e o Surgimento do Sistema Único de Saúde

O termo “saúde” é considerado pela Organização Mundial da Saúde “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Partindo deste princípio, consideramos que o desenvolvimento industrial, sobretudo, em suas primeiras fases, trouxe prejuízos enormes à qualidade de vida das pessoas, relacionadas às desigualdades sociais.

Em todas as sociedades existe uma distribuição desigual de recursos, confirmando assim, que a saúde física, mental e social dos mais ricos é melhor do que a dos pobres. Essas diferenças são percebidas desde o nascimento, pois as taxas de mortalidade infantil são consideravelmente mais altas entre os pobres do que entre os ricos. Posto que a saúde é um aspecto importante da vida social, o que parece natural que sua evolução tenha sido um paralelo as grandes fases evolutivas das sociedades humanas. Seguindo esta linha de pensamento, alguns estudos sobre a saúde apontam três grandes fases nesse processo:

- Nas sociedades pré-agrícolas, a expectativa de vida era curta, porém as enfermidades contagiosas apenas teriam incidência entre uma mesma população que não estava massificada. A revolução agrícola melhorou a provisão de alimentos, porém viria acompanhada de um aumento de desigualdade social, e, portanto, de desigualdade também em matéria de

saúde. Nas cidades medievais europeias, devido à falta de uma rede sanitária, jogava-se os dejetos humanos nas ruas, como viria a acontecer nas cidades brasileiras até meados do século dezoito, o que contribuía para as endemias e enfermidades infecciosas.

- Na época da revolução industrial, a maior parte das enfermidades infecciosas estava fora de controle e, ao mesmo tempo, se estenderam a outras enfermidades relacionadas com o trabalho, tais como: a contaminação, estresses, câncer e enfermidades cardiovasculares. Nos dias de hoje, algumas dessas enfermidades se combate com um melhor estilo de vida.
- Outro aspecto seria uma estratégia adotada pela OMS que a partir da primeira década do século XXI seria declarado que a saúde é um direito humano básico para todo cidadão. Seu objetivo é que a população de todos os países desfrute de um nível de saúde suficiente, para participar ativamente da vida social da comunidade em que vivem.

De acordo com Maciones e Plumier (2007), a consolidação de um modelo médico de saúde, nos países centrais, concretizou-se com o desenvolvimento industrial, levando-se em consideração um enfoque predominantemente médico, apesar de que muitas das melhoras em termos de saúde terem experimentado, nesses países, uma mudança com relação à higiene pública.

Historicamente, nada tem contribuído tanto com a melhora da saúde individual e coletiva como as políticas sociais e, ao mesmo tempo, poucas políticas têm um conteúdo tão especial como às políticas de saúde. O objetivo fundamental das políticas públicas de saúde é a proteção e promoção, a prevenção das enfermidades e o acesso aos serviços de saúde.

Para Spossati (2000), a assistência à saúde como parte das políticas sociais, de âmbito público e gratuito, não tem entrado efetivamente no debate nem assumida totalmente pelo governo. A assistência social tem se mantido no âmbito privado e se conserva no conceito meramente assistencialista, permanecendo desconhecido o verdadeiro impacto dos gastos públicos no âmbito social, principalmente na saúde.

A política de saúde constituiu-se como uma das primeiras medidas no âmbito social implantada no país, mais precisamente a partir da Proclamação da República, em 1889, em que se programaram a primeira política de higiene e saúde, passando

a adotar, a partir de então, o modelo de campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as epidemias rurais. Todavia, este modelo só se efetivaria a partir dos anos vinte com o crescimento da mão-de-obra operária. Criam-se, então, as primeiras CAPs, organizadas por empresários e funcionários, cujo objetivo era a assistência médica. Nesse caso, segundo Almeida (1987, p. 8), a política de saúde,

[...] era concebida, no contexto da intervenção do Estado, através do conjunto das políticas sociais, em sua relação com a sociedade civil [...]. Essa relação apresenta uma historicidade perpassada por momentos de confrontos, enfrentamentos, consensos, legitimidade, hegemonia, que se diferenciam em dados conjunturais.

Até os anos trinta, a economia do país esteve dominada por um modelo agroexportador assentado na produção do café. Para o Estado, era necessário criar condições sanitárias que garantissem o sucesso da política de imigração, por isso era necessário o saneamento dos portos brasileiros e dos espaços de mercadorias exportáveis, como também a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações, tratando-se, então, de ações esporádicas e localizadas através de um modelo sanitarista campanhista, cujo modelo hegemônico teve início desde o final do século XIX até a metade dos anos sessenta.

A partir dos anos trinta, o processo de industrialização põe fim ao modelo agroexportador, induzindo o aparecimento da assistência médica previdenciária. Em 1923, a Lei Eloy Chaves nº 1.682 cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a partir das categorias profissionais mais importantes do ponto de vista econômico, representando a primeira forma de seguro social institucionalizado pelo Estado. As CAPs eram organizadas por empresários, mas financiadas pela União, visto que as empresas empregadoras contribuíram apenas com 1% e os empregados com 3% do salário mensal.

Nessa mesma década, foram criados o Ministério da Educação e Saúde, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a Assistência Médico-Social, adotando-se duas estruturas no país: a de *saúde pública*, desenvolvida pelo ministério através de campanhas nacionais e a de *seguro saúde*, realizada pelos serviços médicos associados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esse modelo perdurou até 1966, quase sem alterações, até a unificação de todo o sistema previdenciário brasileiro, com a criação do Instituto Nacional de Previdência

Social (INPS). Com essa unificação, se evidencia uma centralização política necessária ao controle popular, ao abolir a participação dos usuários na gestão da Previdência Social.

Com a criação do INPS, implanta-se o modelo médico-assistencial privatista, sendo suas principais características:

- a) a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana rural;
- b) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública;
- c) a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços.

Em 1977 são criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), juntamente com o Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), englobando o FUNRURAL, logo depois extinto. Dessa forma, até meados dos anos 80, apenas os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, ou seja, contribuintes tinham acesso ao sistema de saúde. De maneira que, o conjunto de políticas públicas de saúde viria a constituir, nos campos político, jurídico-legal e institucional, as bases que permitiram a hegemonia, na década de setenta, do modelo médico-assistencial privatista, assentado no tripé:

- a) o Estado como o grande financiador do sistema via Previdência Social;
- b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) o setor privativo internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial, equipamentos biomédicos e medicamentos.

Vê-se, portanto, um modelo de exploração e exclusão da população em decorrência da utilização dos recursos públicos para a expansão do setor privativo de saúde, beneficiando os grandes grupos empresariais.

Entre os anos de 1975 e 1976, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), começam a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista, através de publicações, debates, simpósios e outras atividades. Ao final dos anos setenta coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, reciclando-o num contexto de luta política entre projetos sanitários alternativos.

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, constituindo-se no ápice do movimento em prol da reforma sanitária brasileira, com a participação significativa da sociedade civil. Nesse evento, é discutida a situação da saúde no país, aprovando um relatório cujas recomendações passam a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, plenamente legitimada pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares. Este relatório é levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, em disputa com outras propostas, sendo homologado na Constituição de 1988.

O Projeto do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado ainda em 1987, constituiu-se na política de saúde no final da década de oitenta e representou o esforço do movimento sanitarista brasileiro e na democratização da saúde no país. O referido projeto procurava avançar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, romper os anéis previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado etc. Contudo, numa avaliação do SUDS evidencia-se a pobreza de resultados concretos.

Sendo assim, a Constituição de 1988 estabeleceu o SUS - Sistema Único de Saúde como uma rede de serviços regionalizada e descentralizada, com a direção única em cada esfera de governo e sob controle dos seus usuários. O SUS apresenta três princípios fundamentais:

a) *A universalidade* – o SUS é concebido à luz da premissa de que todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde. Cabe ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito e isso se fará mediante a implantação do Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, a rede de serviços do SUS tem a obrigação de

atender ou encaminhar para atendimento todas as pessoas que necessitam dos seus serviços, sem estabelecer condições ou exigir pagamento.

b) A equidade – entendida enquanto a rede de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as ações às necessidades de cada população a ser coberta.

c) A integralidade – com o objetivo de que as ações da saúde devam estar voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e para o tratamento, respeitando a dignidade humana. Contudo, no fim dos anos 80, pode-se afirmar que o modelo médico-assistencial privatista passa a ser substituído por um projeto neoliberal de saúde, ainda que mediante um discurso da reforma sanitária, no qual se torna predominante o universalismo excludente.

A eliminação da contribuição previdenciária enquanto condição indispensável ao acesso aos serviços públicos de saúde provoca uma ruptura com o modelo do “benefício” como direito de quem paga por ele, viabilizando possível redistribuição dos recursos sociais. Portanto, percebe-se que a expansão da universalização da saúde é acompanhada de mecanismo de racionamento e queda de qualidade dos serviços públicos, o que leva a expulsão das camadas mais privilegiadas ao sistema de atenção médica supletiva, tornando o sistema público como mais uma modalidade assistencial para os pobres.

O projeto neoliberal de saúde fundamenta-se em três subsistemas:

1) Alta tecnologia - ocupa-se das ações de atenção médica mais complexa, especialmente nos hospitais de ensino.

2) Atenção médica supletiva – beneficia-se do processo de universalidade excludente. Como seu próprio nome indica, é um sistema de atenção médica e não de saúde, tem como objeto a doença e suas sequelas. Possui cinco modalidades assistenciais principais: medicina de grupos, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração.

3) Pública – as instituições privadas ou contratadas que permanecem neste sistema, são os que representam dentro do setor de prestação de serviços de saúde, seu segmento mais atrasado tecnologicamente. Ademais, tal sistema destina-se à cobertura de mão de obra de menor qualificação do setor informal da economia e dos não integrados tecnologicamente.

O sistema de saúde pública que prevalece atualmente, ou seja, concebido através do SUS, é reflexo do que foi pensado e instituído na época do regime militar, no sentido de atender interesses privados na comercialização da saúde, e não como anseio da vontade e das necessidades da população. Com o sucateamento da saúde pública, percebe-se o descontrole na aplicação dos recursos destinados a esta finalidade, como também, a corrupção por parte do próprio setor público. Com isso, torna-se claro a compra pelo setor privado dos serviços de saúde, evidenciando um desinteresse por parte do governo no funcionamento efetivo deste modelo.

Dessa forma, o Estado transforma-se no maior comprador dos serviços de saúde privados credenciados, que são prestados às classes assalariadas – fundamentalmente urbanas – garantindo-lhes um mercado cativo. No entanto, verifica-se que esses produtores privados de serviços de assistência médica, por estarem vinculados ao nível federal, “não prestam contas” de suas ações, quer a população atendida, quer as autoridades locais, ocasionando assim um descontrole das ações desenvolvidas, ocorrendo, portanto, queda na qualidade dos serviços e das relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Com base na proposta neoliberal para o Estado, percebe-se como isso se reflete nas políticas sociais no que se refere à saúde, em direcionar e remeter a regulação da saúde para o mercado. Nessa concepção, de acordo com a ideologia neoliberal, compreende-se como o melhor e mais eficiente mecanismo de alocação de recursos. Diante dessas circunstâncias, evidencia-se que as políticas sociais executadas no atual governo no que se refere à saúde, caracterizam-se pelas estratégias de estabilização ou ajuste em relação ao SUS, assentando-se em três aspectos: a privatização, a descentralização e a focalização.

a) A privatização dos serviços sociais remete à regulação aos mecanismos de mercado, incrementando a regressividade do sistema e penalizando os menos favorecidos.

b) A *descentralização* parte do princípio de que à aproximação das decisões políticas, entre as pessoas e a realidade específica de cada município, aumentaria a eficácia dos programas, diminuiria os gastos sociais, a descentralização dá-se, também dentro do contexto de uma proposta de diminuição da participação do Estado nos problemas sociais.

c) A *focalização* decorre do fato de que os gastos sociais públicos chegam em pequena proporção aos setores mais pobres da sociedade. Portanto, para esses segmentos sociais, os recursos deveriam ser dirigidos com prioridades, na saúde. A focalização aparece com clareza nos pressupostos de atenção primária seletiva em suas diferentes versões, especialmente, na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência, principalmente nos grupos de ricos.

O projeto neoliberal mudou a qualidade do setor privado e criou um subsistema privado e forte e de baixa regulação do estado – o da atenção médica supletiva, que se consolidou através da autonomização do sistema público. Por sua vez, ocorreu tanto no nível de financiamento direto do Estado para o crescimento do sistema de serviços públicos, quanto na lógica de expansão, que se dá pela perda da quantidade do subsistema, provocando a expulsão para o sistema privado. Desse modo, aplica-se um discurso em torno da universalização da saúde em contraste com a prática, comprometendo sua viabilização com o racionamento de recursos para o setor, penalizando a população carente, pelo sucateamento do setor público e a diminuição de recursos para as políticas de saúde.

1.4 A família como Representação Social

Em nossa pesquisa, a família é apontada como sendo a base de tudo na vida das pessoas; ela é vista como grupo essencial na configuração das relações sociais. Desde a idade antiga, as famílias se formavam através dos grupos existentes; a sociedade foi evoluindo em sua formação. A partir dessas concepções, a seguir veremos o papel da família na sociedade, sua representação como estrutura social.

Alguns autores apontam o conceito de família mediante a categoria grupo e, por estes, família trata-se de um grupo concreto, composto por um certo número de pessoas, ligadas por consanguinidade ou aliança e ocupam lugares diferentes numa hierarquia interna de poder e de papéis. Trata-se, portanto, de uma representação social que os diversos grupos e sociedades fazem das relações de alianças e de consanguinidade, sendo, neste sentido, não uma realidade positiva visível, mas uma realidade simbólica e, portanto, construída, que expressa, produz, reproduz e legitima valores que transcendem as fronteiras do grupo.

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa “Aurélio”, o termo *família* significa “pessoas aparentadas que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente, o pai, a mãe e os filhos, sendo definidas também, pessoas do mesmo sangue, ascendência, linhagem e estripe”,

[...] O termo definiu também como família “uma unidade sistemática ou categoria toxionômica, constituída pela união de gêneros afins, grupos de indivíduos que professam o mesmo credo, tem os mesmos interesses e são do mesmo lugar de origem”. O dicionário considera ainda como família “a união por laço matrimonial de um homem e uma mulher e pelos filhos nascidos dessa união”. Considera também “unidade espiritual constituída pelas gerações descendentes do mesmo tronco, fundada na consanguinidade (*IDEM, IBIDEM*, p. 65)”.

Para uma melhor compreensão sobre a formação da família, caracterizamos algumas amostras como, por exemplo:

1. *A família consanguínea*: fundava-se sobre o intercasamento de irmãos e irmãs, carnis e colaterais no interior do grupo.
2. *A família punaluana*: fundava-se no casamento de várias irmãs carnis e colaterais, com os maridos de cada uma das outras. Ou seja, o grupo de homens era conjuntamente casado com o grupo de mulheres.
3. *A família sindiásmica ou de casal*: fundava-se sobre o casamento entre casais individuais, mais sem amigação de coabitação exclusiva. O casamento prosseguia enquanto ambas as partes o desejassem.
4. *A família patriarcal*: fundava-se no casamento de um só homem com diversas mulheres; era geralmente acompanhada pelo isolamento das mulheres.
5. *A família monogâmica*: fundava-se sobre o casamento de casais individuais, com amigação de coabitação exclusiva.

Engel e Marx, nos seus estudos, buscavam a origem da família e da propriedade privada e delineavam que as transformações nas atividades produtivas compõem as bases para o novo modelo de produção: o modelo capitalista que gerou também grandes transformações na vida social dos grupos e determinou modelos de família que se fez no curso da história. Tal modelo tem sua construção a partir de dois tipos de família: a família sindiásmica e a monogâmica.

Para os referidos autores, a primeira dará os elementos que permitira o surgimento da segunda. O pensamento destes autores se resume na seguinte configuração:

A *família sindiásmica* foi surgindo no regime de matrimônio por grupo, ou talvez antes já se formasse união por pares, de duração mais ou menos longa; o homem tinha uma família principal, não se podia dizer que fosse a favorita, entre suas numerosas esposas; a mulher tinha o seu homem principal entre todos os outros. Essa circunstância contribuiu para gerar confusão na mente das pessoas, que viam neste tipo de matrimônio uma comunidade promíscua.

A *família monogâmica* diferencia-se do matrimônio *sindiásmico* por sua solidez maior dos laços conjugais, que já não podem ser rompidos por vontade de qualquer das partes. A família monogâmica nasce no período de transição entre a fase média e a fase superior da barbárie, seu triunfo definitivo, é um dos sintomas da civilização nascente. Baseia-se no predomínio do homem, sua finalidade expressa é de procriar filhos, cuja paternidade seja indiscutível e exige-se que essa paternidade seja indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, tomarão posse dos bens de seu pai.

Agora, como regra, só o homem pode rompê-los e repudiar sua mulher. Ao homem, igualmente, se concede o direito à infidelidade conjugal, sancionado ao menos pelos costumes, desde que ele não traga a concubina ao domicílio conjugal, e esse direito se exerce cada vez mais amplamente, à medida que se processa a evolução da sociedade. A mulher, por sua vez, recorda as antigas práticas sexuais e tenta trair; é castigada bruscamente não só pelo homem, como também pela sociedade.

Áries (1984) coordenou e concluiu duas teses com base na história européia, referenciando-se à Idade Média até às sociedades industriais. Sua primeira tese interpreta as sociedades tradicionais, ou seja, em seu conteúdo sobre sentimento ou não da infância e da família nesse tipo de sociedade; a segunda mostra o lugar perpetrado pelas crianças nas sociedades industriais.

De acordo com o autor, a família vai se modificando em função de que a existência de um determinado tipo de família nas sociedades tradicionais não se adequava aos conceitos e sentimentos vividos pela sociedade atual. Porém, é nos séculos XV e XVI, de acordo com suas pesquisas, que se apresentam indícios do surgimento dos sentimentos de infância e de família. Portanto, a partir do século

XVII é que irá se comprovar realmente. Logo cedo, a criança se apartava do seio familiar, integrando-se ao mundo adulto para a aprendizagem de valores e novos conhecimentos. De maneira que, neste período, a forma de morar era bem diferente: a liberdade existia para todos, inclusive de entrar e sair livremente de suas casas, ou seja:

[...] A família não correspondia a nada, além da instalação do casal no seio de um meio mais amplo, a aldeia, a fazenda, o pátio ou a “casa” dos amos e senhores, onde esses pobres passavam mais tempo do que em sua própria casa (as vezes nem mesmo ao menos tinham uma casa, eram vagabundos sem eira nem beira, verdadeiros mendigos). Nos meios mais ricos, a família se confundia com a prosperidade do patrimônio, a honra do nome. A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem (ÁRIES *apud* SILVA, 1984, p. 43-44).

De acordo com o autor, atribuíam-se à família novos conceitos e valores antes limitados à linhagem, tornando-se possível sua representação como célula social, a base do Estado, diferenciando a linhagem da família do sentimento imperante, fundamentado no poder monárquico.

Nesse sentido, a primeira família moderna foi a dos homens ricos e importantes. Ao mesmo tempo em que a classe burguesa sentia a pressão da sociedade, e que na maioria das vezes a miséria reinava, gradativamente, esta foi se recolhendo ao interior de suas casas, isolando-se e mudando seus valores. A própria criação do sistema escolar para os filhos das camadas abastadas seria um indicador; a mesma forma de educar que prevalecia na Idade Média, ou seja, pela aprendizagem; para esta classe, permanecia a necessidade de filhos, muito cedo, deixarem seus pais e se encaminharem ao trabalho para servirem em outras casas (ÁRIÉS, 1981).

A compreensão estrutural das famílias volta-se para a discussão que refletem os aspectos relativos ao número integrante de seus componentes, evidenciando a idéia de que, a partir da Idade Média, o tamanho da família vem diminuindo, restringindo-se aos pais e filhos, e em alguns casos, a presença de duas gerações sob um único teto.

Quanto a esses aspectos acerca da história social da família, percebe-se que as formas atribuídas à organização familiar sofrem modificações de acordo com cada época histórica, apresentando-se de forma tão díspares, abrindo espaços para novos questionamentos sobre a essência da palavra “família” como instituição de todas as formações sociais.

A perdualidade dos laços familiares e a correspondente atitude biológica são culturais. E estes são indispensáveis para a continuidade da tradição, mas também para a cooperação cultural. Portanto, deve-se registrar em tal fato o que talvez seja a mais profunda diferença na estrutura dos instintos do animal e do homem, já que a sociedade humana torna o prolongamento dos vínculos familiares, além da maternidade, não seguem o modelo instintivo encontrado entre os animais. Por outro lado, a utilidade e a função dos laços familiares permanentes são condicionadas pela cultura e não pelas necessidades biológicas. Paralelamente menor que os animais, não existem a tendência de manter a família, além do estágio de utilidade biológica. No homem, a cultura une nova exigência de conservar estreitas ligações entre pais e filhos por toda vida (KALOUSTIAN, 1994).

Nas sociedades capitalistas, a família ocupa um lugar secundário na formação de valores, mas permanece sendo essencial como produtora do trabalho livre. Com o advento do processo de industrialização e, conseqüentemente, a utilização no Brasil, a inserção do novo modo de produção capitalista quebram os laços que uniam numa mesma conjuntura a família, o trabalho e a atividade social. Estudos mostram que a generalização da família nuclear brasileira deu-se a partir do modelo trazido pelos imigrantes dos diversos países europeus que aportaram no Brasil, ou seja, o típico modelo de família burguês.

Esse modelo consistia na figura de um patriarca, o chefe absoluto da família, exercendo autoridade moral e econômica sobre a mulher, os filhos e empregados, havendo uma divisão de tarefas rigidamente estabelecida entre os membros da família, de maneira que não havia dúvidas nem conflitos, pois havia uma delimitação de direitos e deveres de cada membro da família para com os demais. Sendo esse padrão de família o modelo com regras e função a serem obedecidas como fonte de estabilidade econômica, base religiosa, moral, educacional e profissional,

[...] dos portugueses vieram às normas jurídicas, costumes e tradição relativa à sua vida familiar. Com a imigração européia, povos do oriente

médio, indígenas civilizados e negros libertos originou-se então a formação do modelo familiar brasileiro (KALOUSTIAN, 1994, p.59.).

Percebe-se que, no curso da história, a família brasileira se fez a partir de reprodução de valores morais. A ética moral se faz exercer a todo custo; os jovens são educados para respeitar a fidelidade no casamento; as moças são orientadas a manterem-se virgens até o casamento; após o matrimônio, os filhos procuram morar o mais perto possível dos pais, herda destes as terras, o negócio comercial. Num passado não muito distante, a separação e o divórcio eram impensáveis, pois o casamento era uma união para sempre.

Atualmente, a família brasileira, de certa forma, ainda conserva fortes características de seu contexto histórico, as formas de comportamento entre seus membros, as responsabilidades econômicas do marido, a infraestrutura econômica e afetiva da mulher e obediência de todos os diretos paternos. Contudo, existem as diferenças analisadas entre as diversas classes sociais.

As condições econômico-sociais inibem a mobilidade geográfica entre as classes baixas da população. Entre as novas gerações, ocorre a imigração elevada dos jovens, partindo do interior para as capitais ou grandes centros urbanos, caracterizando laços decorrentes quando de uma mesma região geográfica, reforçando relações de parentesco, mesmo sendo distantes. Este parentesco corresponde a laços de solidariedade, apoio recíproco ligando grandes sistemas de blocos, originários de uma região ou estado, a um conjunto habitacional de obrigação e de lealdade uns com os outros (BELTRÃO, 1962).

Entre o proletariado, encontram-se famílias nucleares em que o casal não é unido por laços legais, como também um grande número de famílias chefiadas por mulheres, não apenas pela perda ou ausência do marido (no caso, mães solteiras, separação, viuvez), mas apenas também por ser frequente em certos meios a mulher trabalhar e assumir as responsabilidades materiais do lar e da família.

Encontra-se com mais frequência às mulheres chefes de família em pequenos povoados e regiões suburbanas, aonde seus maridos vão à busca de emprego nas grandes cidades e, por sua vez, acabam ficando e constituindo nova família, de maneira que aquela mulher terá que trabalhar e chefiar um novo grupo que dali irá se constituir, como também ocorre em menor escala em todas as classes urbanas.

Na *classe média* a família tende a ser nuclear por querer atingir determinados objetivos, organizando-se não só entre seus membros como numa vasta representação de parentescos. Já na *classe alta* predomina o modelo patriarcal, ou seja, o chefe de família é quem detém o controle dos meios de produção, do matrimônio e da renda familiar, sendo então sua autoridade predominante e indiscutível.

O que se pode destacar é que a família brasileira ainda ocupa lugar de destaque na sociedade, exercendo um importante papel no exercício da cidadania. Percebe-se que, em meio à crise que atravessa o mundo perpassado pelos conflitos sociais e suas relações, encontra-se a crise de família; esta, por sua vez, é reflexo do antagonismo que perpassa a sociedade. Contudo, a família brasileira, em meio a discussões sobre a sua desagregação ou enfraquecimento,

[...] está presente permanece enquanto o espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e demissão de impermeabilidade de impermeabilidade, de busca coletiva de estratégia de sobrevivência e lugar inicial para exercício da cidadania sob o parâmetro de igualdade do respeito e dos respeitos humanos (BELTRÃO, 1962, p. 79).

Em meio ao processo de pauperização que se encontra grande parcela da população, o referido autor aponta que,

[...] a família é o espaço indispensável para o garganta de sobrevivência, de desenvolvimento e de prática integral dos filhos e demais membros, independentemente de arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. É a família que propicia os laços afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus componentes. É no espaço familiar que são absorvidos os valores éticos, culturais e humanitários, onde se aprofundam os laços de solidariedade (BELTRÃO, 1962, p.45).

A família, enquanto forma específica de agregação tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômica e social. É consenso que a situação de vulnerabilidade da família encontra-se associado a sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda do país. Portanto, neste estudo, entendemos a família como sendo,

[...] um processo integrante de vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes. A família novos membros se agregam; da família saem alguns para constituírem outras famílias e adentrar no mercado de trabalho. Nas famílias mais pobres, esta trajetória e movimentos ocorrem muitas vezes de forma traumática, ditados pelas condições econômicas e as lutas pela sobrevivência individual e familiar (BELTRÃO, 1962, p.13).

Por esta razão, ela demanda políticas e programas próprios que deem conta de suas especialidades, quais sejam: a divisão social do trabalho, o trabalho produtivo, improdutivo e reprodutivo, as famílias enquanto uma unidade de renda e consumo e forma de prestação de serviços em seu espaço peculiar, que é o doméstico.

1.5 Um Breve Resumo Histórico Sobre a Instituição “Hospital” – Aspectos Gerais no Brasil e em João Pessoa

Para melhor compreensão do significado da instituição hospital, é necessário resgatar a sua trajetória histórica desde o mundo antigo, onde passa por várias transformações de ordem social, cultural e político. É difícil precisar, exatamente, quando se dá o surgimento do hospital, posto que, pelo fato de terem emergido várias instituições ao mesmo tempo, não se sabe exatamente a sua origem.

O hospital surge como uma instituição filantrópica, na qual não apenas se presta assistência aos doentes, mas que serve como hospedaria, e ainda cuidam de peregrinos, crianças, velhos, vagabundos, doentes e loucos. Constata-se que o hospital é tido como um “reservado” onde é “acomodado” aqueles que não têm para onde ir, ou aos que precisam de cuidados “especiais”.

Na Idade Média, o hospital adquire novas configurações ou missões. Os Hospitais de Constantinopla (1136), de Cairo (1283) e de Bagdá pela mesma época, sendo o de Bagdá detentor de uma equipe médica permanente e servindo como escola. Os hospitais da época do Império Islâmico possuíam características diferentes aos hospitais europeus, já que esses tinham uma missão totalmente espiritual, dando atendimento gratuito aos doentes e moribundos. Contudo, o mercantilismo trouxe enormes transformações econômicas e sociais, dentre as quais a ênfase maior é voltada para a subordinação do clero às atividades civis, que visam

à mudança da autoridade dos hospitais do ocidente e do domínio do clero, pelo poder público.

Na Idade Moderna, a partir da criação do Estado Monárquico, os hospitais ficam com a administração pública e a figura central passa a ser simbolizada pelo médico, o que não ocorria no hospital antigo. Nesse novo contexto, cabe ao médico enquanto sua competência, examinar, internar, prescrever e dar alta.

A partir de novas concepções, passa-se a citar algumas configurações emergentes sofridas pela instituição hospitalar; por exemplo, na Holanda do século XII, os hospitais começam a atuar inovando a sua prática médica como instrumento de formação e de aperfeiçoamento. Tais inovações incentivam a melhoria da qualidade da instituição hospitalar, a fim de expressar as necessidades surgidas com as novas políticas econômicas e sociais no continente europeu, que passam a demandar uma maior dinâmica à instituição no atendimento às novas exigências, decorrente do mercantilismo crescente e do início do processo da industrialização.

Essa nova realidade econômica vem suscitar a necessidade de adoção de medidas sanitárias mais abrangentes. Nesse sentido, os hospitais, assim como os dispensários, passam a atenuar as doenças endêmicas na Europa, e são estabelecidas leis e posturas de caráter coletivo no atendimento às doenças financiadas pelos ricos, mercadores e comerciantes, sendo os principais preocupados com as enfermidades endêmicas que prejudicam as relações mercantis.

No continente americano, o Estado cria o hospital também para o pessoal militar, absorvendo os modos europeus, apesar da diferença existente, visto que se trata de uma sociedade em formação, emergindo com problemas endêmicos e doenças desconhecidas e ainda com poucos médicos. Apesar das dificuldades, ocorrem alguns avanços como a eclosão dos cirurgiões; abandona-se a medicina empiricista e emerge uma nova etapa da medicina, a científica e moderna, deixando para trás a utilização de métodos rudimentares, no qual possibilita os médicos a encontrarem novas formas de conhecimento na anatomia patológica e outras disciplinas da medicina, que se incorporam às novas técnicas de estudos utilizados em procedimentos antes nunca estudados.

Na história do hospital há necessidade de se explicitar que até início do século vinte destinava-se apenas aos pobres, posto que os ricos, quando adoeciam, eram tratados em suas casas. Na verdade, só começam se hospitalizar quando são

criados alojamentos diferenciados para os pacientes pobres e ricos, e com a diminuição da mortalidade intra-hospitalar. A partir das primeiras décadas do século é que o hospital amplia o seu nível de atuação desde o aperfeiçoamento do saber em relação às questões da dor, do sofrimento e da morte, bem como da experiência das equipes de tecnólogos (contabilidade hospitalar, tecnologias administrativas e empresariais).

Dentre as missões do hospital contemporâneo, podem-se evidenciar algumas como: se empenhar para fazer viver os ameaçados de morte; a transferência da morte para o hospital, por ser um local que dispõe de pessoas qualificadas e equipamentos necessários para evitar a morte; ser um aparelho formador de profissionais, ou seja, uma escola; um local de venda e consumo de mercadoria, tendo como mercadoria principal as tecnologias médicas, recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado de trabalho.

No Brasil, a partir dos anos trinta, as instituições médicas mostram uma dupla resposta à forma de aparelho de Estado: por um lado, às reivindicações dos movimentos sociais da época; por outro lado, um sistema de poder, que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira, com o mínimo de transformações sociais. Dessa forma, o hospital é visto como uma oficina que conserta máquinas e devolvem ao mercado de trabalho, ou seja, é um local que serve para recuperar e restabelecer a saúde e os interesses do capital. Outros fatores servem para contribuir na reprodução do dinheiro, como por exemplo: medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares etc.

Um resgate histórico sobre o primeiro hospital do Brasil e da América do Sul no combate ao câncer. Como surgiu e se constituiu o primeiro hospital do país inserindo-se num contexto histórico como instituição filantrópica.

O primeiro hospital do Brasil.



Segundo Campos (1995), a “Santa Casa de Santos” é a mais antiga instituição filantrópica, o mais antigo hospital, a mais antiga Santa Casa e a mais antiga escola prática de Medicina do país – quase três séculos antes da fundação da primeira faculdade de medicina na Bahia. Naquela época, não havia médicos formados no Brasil, havia os chamados cirurgiões-barbeiros, e os que usavam a medicina indígena – ervas e infusões milagrosas, a medicina era rudimentar e exercida até mesmo por curandeiros, feiticeiros e benzedeiros.

O primeiro hospital brasileiro, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, foi fundado por Braz Cubas em 1543, fidalgo português, vindo na expedição colonizadora de Martin Afonso de Souza, em 1532. Sua fundação faz parte do contexto histórico da colonização do Brasil. Quando Martin Afonso e sua esposa faleceram, Braz Cubas passou a ser o capitão-mor, comandante da capitania de São Vicente que, mais tarde, originaria a cidade de Santos. Sua construção se deu com recursos próprios e a contribuição de moradores da região. Possuía espírito solidário, foi inspirado no seu avô Nuno Rodrigues juntamente com dona Leonor de Lencastre, fundadores e mantenedores da primeira Santa Casa lusitana a “Santa Casa do Porto de 1498”, onde serviu de modelo para muitas outras edificadas em vários continentes.

O primeiro prédio da Santa Casa de Santos foi erguido no morro do Outeiro de Santa Catarina na então Vila de São Vicente, região do povoado do Porto, sendo destruído para aterrar o porto de Santos. Seu nome era Hospital de Todos os Santos. Em 1546, Braz Cubas, valendo-se de seu título de capitão-mor, elevou o povoado do Porto para a condição de vila, a Vila do Povoado de Todos os Santos, adotando o nome do hospital. Em seguida Vila de Todos os Santos, depois simplesmente Santos.

O jesuíta Jose de Anchieta foi um dos primeiros membros do corpo clínico da Santa Casa de Santos, mesmo não sendo médico, seminarista da congregação de Santo Inácio de Loyola, ensinava a todos como fazer curativos e tratar problemas mais comuns. O ensino prático da medicina europeia iniciou-se na Santa Casa de Santos. Grandes personagens da história contribuíram para a prática e a memória da medicina no país. Além de Braz Cubas, fizeram parte desta galeria: Leonardo Nunes, José de Anchieta, Manoel da Nóbrega, Frei Gaspar da Madre de Deus, José Bonifácio de Andrada e Silva, João Otávio, Bartolomeu de Gusmão e os médicos Cláudio Luiz da Costa, Silvério Fontes, Martins Fontes, Guilherme Álvaro, Leão de Moura, Cerqueira Falcão, Domingues Pinto, Emílio Navajas, Carlos da Silva Lacaz, Victor Vallejo e Oswaldo Paulino. Nesse contexto, foram os primeiros médicos que fizeram a história hospitalar no Brasil.

**Primeiro Hospital do Brasil e da América do Sul
no Combate ao Câncer**



A primeira instituição brasileira destinada ao estudo e tratamento do câncer se efetivou como o “Instituto do Câncer Dr. Arnaldo”, idealizado pelo Dr. Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho em 1920, então diretor da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Impressionado com o flagelo do câncer, iniciou um movimento a fim de arrecadar fundos para a criação de uma entidade que tratasse exclusivamente da doença, utilizando-se do *radium* e de outros métodos eletrofísicos e cirúrgicos para o tratamento da doença que se dispunha na época.

Com este objetivo foi formada uma comissão com membros da Sociedade de Medicina, fazendo parte os doutores Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho, Oswaldo

Pimentel Portugal e Raphael Penteado de Barros para a idealização do projeto. Tal propósito se efetivou novembro de 1929, com a concessão de um terreno cedido pela Santa Casa de São Paulo. Finalmente, o hospital conseguiu abrir suas portas onde funciona até hoje, prestando serviço a toda comunidade. O criador deste grande projeto, Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho faleceu no mesmo ano que se deu início a sua grande obra.

Desde a sua fundação, em 19 de fevereiro de 1920, vem prestando relevantes serviços à sociedade, sendo o primeiro hospital especializado em cancerologia da América do Sul. Atualmente, está entre os doze hospitais de referência para os casos de câncer em São Paulo. Em consequência do seu excelente trabalho desenvolvido junto à comunidade, o Instituto do Câncer Dr. Arnaldo foi considerado de Utilidade Pública pelo Decreto Federal de nº 1.146 de 13 de outubro de 1936, e pelo Decreto Municipal nº 7.995 de 25 de fevereiro de 1969. O atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde) chega a 87% da receita total, caracterizando, dessa forma, seu elevado papel junto à população carente.

Na Paraíba, a ideia da criação de um hospital com especialidade na área de câncer foi idealizada pelo médico paraibano Napoleão Rodrigues Laureano, portador de lesão maligna (osteo-sarcoma do seio maxilar). A ideia surgiu entre os anos de 1960, devido ao seu problema e pelo Estado não dispor de um centro de tratamento especializado em oncologia. Com este propósito veio o anseio e o objetivo de construir um hospital para que se pudesse tratar de pacientes portadores de câncer. Foi na cidade do Rio de Janeiro, na sede do Diário Carioca, que se projetou e se criou a *Fundação Laureano de Combate ao Câncer*. A partir daí, grande campanha foi iniciada com o objetivo de angariar fundos para sua realização. O primeiro passo foi a doação de um terreno feito pelo então governador José Américo de Almeida, localizado na Av. Capitão José Pessoa, no bairro de Jaguaribe, na cidade de João Pessoa, e com os recursos oriundos da campanha, seu projeto foi elaborado e executado por uma equipe de médicos, da qual resultou em sua construção, e inaugurado em fevereiro de 1962.

A partir de sua inauguração, o Hospital Napoleão Laureano começou fazendo, parcialmente, o atendimento aos usuários, pois ainda não dispunha de equipamentos necessários para o atendimento a pacientes portadores de câncer. Com o passar dos anos, o Hospital Laureano foi se ampliando através de doações

privadas, recursos públicos e parcerias com outros órgãos destinados a melhoria de infraestrutura e ampliação de serviços prestados à população.

Entendemos que resgatar um pouco da história do hospital no Brasil, é resgatar também a cidadania, a solidariedade, a identidade de pessoas, o profissionalismo de brasileiros que contribuíram e contribuem por um ideal, por uma causa. Ideias e projetos concebidos pelo Dr. Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho, Dr. Napoleão Rodrigues Laureano e tantos outros brasileiros mesmo que anônimos, se esforçam, se mobilizam no enfrentamento das questões sociais, entre elas a questão da saúde pública, e neste contexto a enfermidade do câncer que vem mobiliando diversos setores da sociedade, dada a complexidade das políticas de saúde em nosso país. Este resgate propicia conhecermos com mais profundidade de como se originou diversos projetos de Instituições Públicas sem fins lucrativos principalmente na área da saúde (INFORMATIVO HNP, 2005).

CAPÍTULO II

**TERCEIRO SETOR E A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ
FRENTE ÀS QUESTÕES SOCIAIS**

2.1 Compreendendo Como se Caracteriza o Terceiro Setor

Para termos uma ideia mais concreta do que representa o terceiro setor no seu contexto e crescimento, se faz necessário fazermos uma breve compreensão do papel do Estado dentro das novas concepções da sociedade nas três últimas décadas, do século passado e princípio do século atual, nas mudanças que se convergem o processo econômico e social nos mais diversos aspectos, refletindo assim, nas transformações sociais.

Com a crise do petróleo, no início da década de setenta, juntamente com o esgotamento do modelo econômico vigente, imposto pelos países centrais, a princípio teve um impacto generalizado na economia dos países periféricos, sobretudo, da América Latina, pelo grau de dependência econômica dos países ricos, afetando também os países produtores de petróleo. A economia entra num período de crise e esse período fica marcado como a “década perdida”, provocando um período de convulsão social em inúmeros países devido à crise financeira internacional que se instala, afetando a cadeia produtiva e, conseqüentemente, penalizando a classe trabalhadora, o que acarretou enormes prejuízos nas conquistas e direitos sociais.

Dessa forma, a desigualdade social e a exclusão serão justificadas como exceção ou incidentes de um processo social que a princípio não se reconhece ser legítima, e neste aspecto, a única política social legítima seria aquela que definiria os meios para minimizar uma ou outra. Sem dúvida, a partir do momento em que o paradigma da modernidade converge e se reduz ao desenvolvimento capitalista, as sociedades modernas passaram a viver a contradição entre os princípios de emancipação, com os quais continuaram apontando a igualdade e a integração social e os princípios da regulação, passando a reger os processos de desigualdades e de exclusão produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista.

De acordo com Pereira (1999), a crise econômica nos anos oitenta reduziu a taxa de crescimento dos países centrais à metade dos vinte anos posteriores a da segunda guerra mundial, e leva aos países em desenvolvimento a apresentar uma renda desestabilizada durante quase quinze anos. No leste europeu, esse fato implica no colapso do regime do bloco soviético. Esses como outros fatores tiveram como causa fundamental a crise do Estado – uma crise fiscal do Estado,

configurando-se como crise de modo de intervenção no Estado, no econômico e no social.

A desigualdade e a exclusão têm na modernidade um significado totalmente diferente do que tiveram em épocas passadas. Pela primeira vez na história, a igualdade, a liberdade e a cidadania são reconhecidas como princípios emancipatórios da vida social.

Em um sistema de desigualdade, o sentido de pertencer se caracteriza por uma integração subordinada, enquanto num sistema de exclusão este sentido se dá pela exclusão. A desigualdade implica um sistema hierárquico de integração social, e que Poulantzas (1969) considera que a “função geral do Estado era de assegurar a coesão social em uma sociedade dividida em classes”. Compreende-se que o Estado capitalista moderno tem como função específica a de manter a coesão social em uma sociedade compactada pelos sistemas de desigualdade e de exclusão.

Em uma análise mais contundente sobre esse aspecto, vemos a questão das transformações sociais que, segundo Sousa Santos (2005), a modernidade conheceu dois paradigmas de transformação social “a revolução e o reformismo”; o primeiro se pensou para exercer contra o Estado e o segundo para que o Estado o exerça. Dessa forma, este segundo paradigma configura-se nos países centrais antes de se estender a todo o sistema mundial. Para o reformismo, a sociedade é a entidade problemática que se transforma em objetivo de reforma; o Estado se configura como a solução do problema, o sujeito da reforma. Sendo assim, o próprio Estado transforma-se, convertendo-se em objeto de reforma, portanto, se estabelece uma convergência ante a uma crise de reformismo.

O reformismo baseia-se na idéia de que a mudança social pode acontecer de maneira normalizada. Esta lógica fundamenta-se na simetria entre melhora e repetição, e esta simetria configura-se na normalização do direito, do sistema educativo e da identidade cultural. A repetição concebe-se a partir da condição da ordem e da melhora nas transformações sociais.

No âmbito da crise do Estado e, conseqüentemente, o choque provocado pela reforma em um primeiro momento concebido a partir do Consenso de Washington, sem dúvida provoca uma mudança conflitiva nos mais diversos setores, seja econômico, financeiro e social. Em alguns casos, a reorganização de movimentos progressistas, em alguns países com problemas de governabilidade, transformou os conflitos sociais em bandeiras de lutas contra a imigração, o desemprego e a perda

de direitos sociais. Em um segundo momento, o terrorismo ganha força em vários lugares do planeta, sistematizando ainda mais as incertezas no plano econômico e financeiro internacional, tornando muito mais amplo e divergente o momento político, em que estavam em debate as transformações sociais e econômicas no período vigente.

A aceleração do desenvolvimento tecnológico que ocorreu a partir da segunda metade do século XX, provoca uma profunda transformação no sistema econômico mundial. A economia entra num processo de globalização, o que vai gerar também uma transformação no processo de competitividade e de integralização de diversas economias, ou seja, os grandes mercados financeiros e econômicos, configurados nos países centrais, perderam de certa forma o controle hegemônico que tinham sobre o mercado mundial.

Com a integralização do mercado e do sistema financeiro internacional, as políticas protecionistas de mercado desenvolvidas nos países de economia fechadas revelaram-se ineficientes, o que se torna claro o objetivo maior de intervenção que não configuraria numa intervenção na política social. Essa transformação teria um caráter mais no nível de intervenção no âmbito do Estado, que desencadearia mudanças de ordem política e essas mudanças resultariam na questão do estímulo à produção, à competitividade, à abertura e à exploração de novos mercados. Desse modo, Estado e mercado estariam sintonizados em propor mudanças de ordem política, com o objetivo de fomentar mudanças que resultassem eficazes no plano econômico.

Seguindo esta lógica, podemos compreender que nessa perspectiva, o mercado coordena a economia de acordo com as mudanças impostas pelo Estado, transferindo para os demais setores as necessidades do mercado, seja na produção ou remuneração resultante das transformações na sociedade. No século vinte, tivemos a grande depressão dos anos trinta, como resultado de uma desastrosa administração e regulamentação dos mercados financeiros em nível mundial. Como também, a crise dos anos oitenta com o colapso do estado social vigente.

Como resposta a um processo desenfreado de globalização, tivemos recentemente a crise financeira internacional, em decorrência da volatilidade de mercados especulativos, gerando uma crise em todo o sistema financeiro e econômico, principalmente nos mercados mais vulneráveis, o que ficou claro a fragilidade desse sistema. De certa forma, se faz necessário a presença do Estado

não como ferramenta de controle mais sim como regulador de políticas no âmbito da proteção ao sistema financeiro. De certo modo, quando se provoca uma crise financeira que atinge as grandes economias mundiais, fica evidente um impacto maior nas economias em crescimento, gerando crise no Estado e no mercado.

Segundo Oliveira (1998), a globalização impôs uma pressão sobre o Estado: por um lado, representou um novo desafio, o papel do Estado era o de proteger seus cidadãos e essa proteção estava nesse momento ameaçada; por outro, exigiu que o Estado necessitasse ser forte para enfrentar um novo desafio, se voltasse mais barato, porém mais eficiente na execução de suas metas aliviando o custo sobre as empresas nacionais inseridas neste contexto.

Nessa percepção, a busca de interesses privados no acompanhamento de gestão em face do crescimento do Estado, numa perspectiva do processo de globalização, sente o impacto na redução de sua autonomia, proporcionando uma crise cujas manifestações mais evidentes nos Estados foram a crise fiscal. Percebe-se, então, que esta crise se configurou pela perda de confiança da população no governo, provocando incertezas e manifestações em vários aspectos, com reações em vários segmentos da sociedade, não obstante conflitos sociais, pela ausência e incapacidade do Estado como gestor, de levar adiante projetos relevantes à questão social, patrocinando mudanças no âmbito das políticas públicas e permitindo mais acesso à população.

2.1.1 Surgimento e crescimento do terceiro setor

A expressão “Terceiro Setor”, em pleno século XXI, ainda é pouco conhecida para a maioria da população em sua especificidade, porque não se tem difundido de maneira mais específica o seu significado. Nas mais diversas áreas, como em setores do Estado, da economia, da sociedade e no âmbito acadêmico, de certo modo, há um desconhecimento das pessoas sobre o que realmente significa ou representa o terceiro setor. De certa forma, esse desconhecimento resulta de inúmeras definições que se usa para definir tal significado; por outro lado, o uso desta expressão provocou um interesse de maneira mais contundente para estudar, analisar e definir o papel do terceiro setor na sociedade.

São diversos os conceitos sobre como e onde surgiu a expressão terceiro setor e qual o papel representativo para sociedade. A partir do século XIX, com a

expansão da revolução industrial na Inglaterra, tendo a classe operária como a expressão maior da exploração do capital, surgem, sobretudo, na Europa, várias designações que mais tarde desencadeariam no que chamamos de terceiro setor como alternativa frente ao capitalismo.

Seu propósito consiste em articular novas formas de produção e consumo, como também, a participação da sociedade na partilha de bens de capital, intermediando Estado, setor privado e sociedade. Mesmo que esses propósitos representem pensamentos ideológicos diversos, a partir das várias fases do socialismo, desafiando os princípios da economia política burguesa, tão bem segmentada com o alto custo da exploração do capital humano em relação ao capital industrial. Sobre essa questão, Donati (1991, p. 152), afirma:

[...] por meio delas se pretende enfatizar a relação Estado-Sociedade, em que se enquadra como entidades do terceiro setor as organizações não governamentais, associações, fundações, entidades de assistência social em: educação, saúde, esporte, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia entre várias organizações da sociedade civil, compartilhando as ações públicas que estejam fora do domínio estatal. Quando a produção de bens relacionados está suficientemente organizada como ação coletiva, podemos falar de terceiro setor em sentido próprio.

O movimento que daria segmento ao surgimento do terceiro setor emergiu das classes populares como um movimento da classe operária e como uma contraproposta entre Estado e setores da produção capitalista, o que configurava o distanciamento do Estado e o fortalecimento do capital em relação à exploração do capital humano, submetendo, assim, a classe operária a um isolamento frente às questões sociais. O significado principal desse movimento fundamentava-se na ideia de autonomia associativa, que tem como preceitos: a cooperação, a solidariedade, ajuda mútua, a confiança, uma sociedade mais justa e mais igualitária, alternativas para uma melhor qualidade de vida etc.

Segundo Fernandez (2005), a expressão terceiro setor foi traduzida do inglês *Third Sector*, nos Estados Unidos. Outra expressão mais conhecida para este conceito, como sendo terceiro setor, seria *Organizações Sem Fins Lucrativos (No Profit Organizations)*, o que evidencia o tipo de instituição cujos benefícios financeiros não podem ser distribuídos entre seus diretores e associados. Outro termo utilizado, *Organizações Voluntárias*, na verdade está interligado com as anteriores; esta última deriva-se da vontade de seus fundadores, sua criação se

fundamenta no princípio da contribuição voluntária seja no aspecto físico ou econômico, o que a define como organização não voluntária.

Uma das expressões mais antigas para designar as organizações que compreendem o terceiro setor, também surgido na Inglaterra, seria a expressão “Caridades” (*Charitis*), surgida desde a Idade Média para designar doação. Outro termo, também surgido na Europa e que se oficializou para designar que tipo de organização se constitui é, *Organização Não-Governamental* (ONG), sendo regulamentada pela Organização das Nações Unidas (ONU), para designar uma representatividade de uma instituição em foros internacionais onde não exista a presença de um representante oficial de governo. Ou seja,

[...] o terceiro setor é a denominação residual e imprecisa, com a que se tenta dar conta de um vastíssimo conjunto de organizações sociais, que se caracterizam por não ser nem estatais nem mercantis, ou seja, todas aquelas organizações sociais que, sendo privadas, não têm fins lucrativos e que, ainda respondem a objetivos sociais, públicos ou coletivos, não são estais, se trataria de cooperativas, mutualidades, associações não lucrativas, ONG, organizações voluntárias, organizações comunitárias ou de base, etc. O nome vernáculo deste setor varia de um país a outro, de um modo que não é somente terminológico, porque respondem a diferentes contextos históricos, tradições, contextos políticos entre os mais diferentes países (SANTOS, 2005, p. 93).

Nesse contexto, compreendemos que as expectativas quanto à capacidade de o Estado de seguir produzindo bens públicos supõem-se certo grau de incertezas em relação às demandas produzidas com eficácia do terceiro setor, o que se supõe também o fortalecimento e a consolidação deste, tendo como princípio essencial o espírito comunitário, a cooperação, a solidariedade, a participação, a equidade, a transparência e a experiência. Dessa forma, a atuação do terceiro setor se solidifica como intermediário entre o Estado e o setor privado, em questões relevantes a partir de conflitos gerados seja no âmbito político ou econômico, ocasionando, por sua vez, conflitos sociais.

Na primeira década do século XXI, a globalização do mercado especulativo provoca uma grave crise internacional, gerando uma crise econômica no âmbito do Estado e de mercado em todos os continentes. Economias mais fragilizadas são as que mais sentem os efeitos da crise que se instala, gerando incapacidade produtiva com a retração do mercado, pondo em dúvida o modelo de regulação social vigente, caracterizado pela concentração de capital e configurado pelos grandes grupos

internacionais que detêm o controle do capital financeiro. Nesse sentido, buscam-se alternativas em iniciativas no terceiro setor em novas propostas que não configurem o interesse do capital como também em novas demandas de políticas que possam propor um equilíbrio entre os diversos setores com a participação da sociedade em um novo processo de regulação social. Para Dahmer (2003, p. 115),

[...] o terceiro setor surge com o objetivo de combater problemas de ordem social. É a iniciativa privada com fins públicos a que se enfrenta com os más diversos aspectos de natureza social, como por exemplo, a pobreza, a violência, a contaminação, o racismo etc. São instituições legítimas que representam os interesses da sociedade civil. O terceiro setor cresce em número e em qualidade, passando a ocupar um lugar nas políticas públicas, a oportunidade de espaço nos meios de comunicação, conseguiria mais recursos e abriria mais oportunidades de trabalho, potencializaria um processo de universalização de direitos, deveres com a participação cidadã.

O terceiro setor passa a ser uma alternativa que a sociedade civil encontra como ferramenta e como meio de superar a ausência e as deficiências por parte do Estado. Portanto, o terceiro setor passa a atuar como mecanismo de cooperação entre Estado e sociedade, possibilitando um melhor planejamento de políticas públicas que possam ser adotadas, alcançando os objetivos específicos de cada segmento a partir da participação da sociedade no âmbito das necessidades de cada setor.

Para Platillo (2003), o terceiro setor aparece como mecanismo de redefinição do modo de intervenção no âmbito social. Estaria, assim, desafiado pelas expectativas de governo acerca do aumento de eficiência dos serviços sociais, da interiorização e ampliação do acesso, do estímulo à ação social comunitária, como parte da gestão compartimentada de serviços públicos projetados. A transparência de atividades não exclusivas ou competitivas desenvolvidas pelo Estado para entidades privadas sem fins lucrativos ou a publicização das atividades executadas por esses segmentos sociais, em que reconhece a condição de agentes de uma esfera pública não estatal, prestadores de serviços garantidos pelo Estado.

É possível definir o papel do terceiro setor na sociedade como sendo o conjunto de atividades produtoras de bens e serviços sem fins lucrativos, atuando na esfera do setor público e do setor privado, configurando a relação entre Estado como primeiro setor, o mercado como segundo setor e o conjunto de atividades de bens e serviços sem fins lucrativos como terceiro setor.

De acordo com Tomas (2006), cinco categorias podem ser definidas neste contexto, classificando como características estruturais e fundamentais de maneira operativa, como conjunto de entidades que compõe o terceiro setor:

1. *A organização.* Estas instituições se enquadram dentro do Estado. Traduzem-se em uma relativa estabilidade de suas capacidades, objetivos e organização. Tendo que acrescentar que estão formalizadas juridicamente. Ficam excluídas as organizações que não contam com pessoal estável e uma finalidade, ou objetivos específicos.

2. *O caráter privado.* Existe uma margem entre essas instituições e os poderes públicos; porém, isto não significa que não podem receber financiamento público, o que seus órgãos diretivos estejam ocupados por funcionários do Estado. De todas as formas, trata-se de organizações não-governamentais no sentido de que devem estar fora do alcance de reclamações.

3. *O não repartimento de benefícios.* Não distribuir os benefícios gerados entre seus titulares ou administradores. Entende-se que as organizações não lucrativas, em sua essência, não devem nem estão encaminhas principalmente à obtenção de benefícios econômicos. Em caso de existir, devem ser reinvestidos, portanto, em áreas da entidade.

4. *A autonomia.* Controlam suas atividades, possuem seus próprios procedimentos de autogoverno e desfrutam de um grau significado de autonomia.

5. *Dispõe de voluntário.* As organizações contam com um elevado grau de participação de voluntários em suas atividades e gestão, e de fato, o voluntário aparece também em algumas análises sociológicas como alternativas do terceiro setor.

Podemos afirmar também que o terceiro setor se compõe de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela iniciativa da sociedade, com a livre participação de voluntários no âmbito não governamental. De certa forma, essas organizações aplicam práticas tradicionais de aspecto filantrópico e de caridade, de tal forma que contrariam o aspecto não comprometedor, característica fundamental concebido pela atuação do terceiro setor, principalmente no que tange à confiabilidade do não envolvimento em políticas de favorecimento a determinados setores, em detrimento do foco fundamental, que é a sociedade.

O crescimento do terceiro setor, principalmente nas duas últimas décadas, acentua-se expressivamente pela qualidade de seus serviços, contrapõe-se, por sua vez, com a ineficiência do Estado. Atualmente, a sociedade cobra e exige que o Estado seja mais atuante na esfera pública; o vazio que se vê pela ausência dessa atuação tem sido preenchido cada vez mais pelo terceiro setor, em resposta a ineficiência do Estado. Esses fatores se evidenciam a partir de vários aspectos, desde a:

- a) falta de competência de gestão e inexperiência de seus dirigentes;
- b) falta de definição clara em determinadas ações;
- c) falta de eficiência na execução de projetos e qualificação de seus dirigentes;
- d) participação da sociedade na execução de atividades sociais relacionadas a políticas públicas;
- e) deficiência em planos de ações e execução de atividades em andamento;
- f) demora no repasse de recursos destinados à execução de projetos em andamento.

Esses fatores resultam cada vez mais na presença e na atuação do terceiro setor, no âmbito do Estado, o que se evidencia uma precarização na execução de serviços por parte do setor público, caracterizando-se, dessa forma, uma predominância na execução dessas atividades pelo terceiro setor.

Percebemos, portanto, que o crescimento do terceiro setor se expressa a partir da constatação da ausência e ineficiência do Estado em decorrência das necessidades e carência da sociedade em relação à implantação e execução de políticas públicas que possibilitem acesso mais amplo à inclusão social, à cidadania, o respeito às garantias sociais conquistadas a partir da promulgação da Constituição de 1988.

2.1.2 Perspectiva do desenvolvimento do terceiro setor no Brasil

No Brasil, como em muitos países, o tema sobre o terceiro setor só veio se firmar a partir das últimas três décadas, tendo um significado mais amplo na sociedade com o processo de globalização e em razão da precarização dos serviços

públicos com a reforma do Estado, fazendo surgir inúmeros movimentos por parte da sociedade civil em defesa da garantia e melhorias desses serviços no âmbito do Estado. Percebemos, então, que em princípio, o terceiro setor seria mais associado ao voluntariado, prevalecendo o caráter religioso da caridade.

Significa, portanto, que a cultura do terceiro setor, tendo as organizações sociais como principal ferramenta de atuação junto à sociedade, preconizava no imaginário popular, que esta atuação decorria da contribuição das associações vinculadas principalmente no campo religioso. Desse modo, a concepção de terceiro setor estaria vinculada ao associacionismo, fragmentada pela carência de consciência política, provocando um desconhecimento da relevância de seu papel dentro da sociedade.

A cultura do voluntariado no Brasil caracteriza-se, a princípio, pelas ações da Igreja Católica, a partir das associações, clubes de mães, trabalhadores rurais, clubes operários, vias campestinas, organizações populares etc., como também por lideranças locais ligados a Igreja e a lideranças políticas, esta última de caráter estritamente político.

Uma das primeiras investigações realizadas nesta década sobre o crescimento das organizações sem fins lucrativos teve início em 2002, pelo Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS), órgão vinculado ao Ministério do Trabalho, e teve como objetivo colher informações mais precisas sobre os números e crescimento do setor, nas mais diversas áreas de atuação. A relevância desta investigação contabiliza a importância deste setor, tanto no aspecto econômico como social para a sociedade. Os dados coletados no período da investigação apontam números impressionantes, chegando a somar mais de duzentas mil organizações sem fins lucrativos empregando mais de um milhão de pessoas.

De acordo com esses dados, a contribuição deste setor se expressa na quantidade de pessoas que são inseridas anualmente no mercado de trabalho, contribuindo dessa forma, no campo da iniciativa social. No aspecto geral, mobiliza outros setores seja na economia, na sociedade como um todo, no setor público e no setor privado. Essa relevância se expressa também na qualidade de seus serviços, o que efetivamente se solidifica no reconhecimento do trabalho efetuado, correspondendo para a terceira força geradora de emprego no país.

Ainda de acordo com esses dados, a porcentagem maior neste setor corresponde às associações. Nesse aspecto, estão assim compostas: associações

correspondem por 77%, dentre as que mais se destacam, no âmbito associativo, as associações Benéficas e Assistenciais, com 29%, as associações Recreativas e Desportivas, com 23%, as associações Culturais, Científicas e de Educação correspondem a 19%; outras correspondem a 6% do total.

Observamos que o trabalho desenvolvido, em sua maioria, nas paróquias de Igrejas Católicas ou mesmo outras religiões, não aparece nas investigações. Como projeto social, podemos citar como exemplo os Vicentinos, que desde o século XIX desenvolvem projetos sociais em todos os continentes empregando milhares de pessoas, como também a participação de milhares de voluntários que contribuem tanto no aspecto financeiro como de forma altruísta nos projetos desenvolvidos.

Outras investigações feitas no mesmo período foram realizadas pelos Institutos de Pesquisas Especiais e Aplicadas (IPEA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Constatou-se a existência de aproximadamente duzentos e setenta mil ONGs empregando mais de dois milhões de pessoas em todo o país. Esses dados não foram oficializados dada a complexidade de informações das atividades desenvolvidas pelas ONGs, nos mais diversos aspectos em sua atuação. O que se evidencia nestas investigações é o grande interesse por parte da sociedade na participação da iniciativa social, no papel significativo da coletividade, no altruísmo, na força que exerce a sociedade civil no interesse das causas sociais.

2.1.3 Perspectiva do desenvolvimento do terceiro setor na Espanha

Estudos elaborados sobre o crescimento do terceiro setor na Espanha constituem-se a partir do ano 2000, como parte de uma investigação coordenada por Ruiz Olabuénaga, sendo esta, de natureza comparativa, promovida pela Universidade John Hopkins (EUA). Este estudo teve como objetivo analisar sua abrangência no âmbito da sociedade espanhola, avaliando de forma numérica o campo de atuação e as entidades que as compõe. Ao analisar este crescimento e de que forma se fundamenta estas entidades, foram assim definidas:

[...] se constitui como um conjunto de instituições ou entidades que possuem os seguintes aspectos: estar organizadas, ser privada, não dividir benefícios com seus diretores ou administradores, gozar de autonomia e ter um alto grau de participação voluntária. Fazendo parte deste setor; as associações, as fundações, as cooperativas, as caixas de seguros, caixas de poupança

com aspecto social, hospitais, centros de ensinos, clubes esportivos “os dois últimos sem caráter privado ou comercial” (OLABUÉNAGA, 2000.p, 124).

Os dados apresentados por esta investigação evidenciam a importância das associações para este setor. Neste aspecto, as associações correspondem com o maior número de entidades, comprovando um crescimento surpreendente; segundo seus dados, são aproximadamente cento e setenta e cinco mil as associações voluntárias que prestam serviços no âmbito da sociedade. Essa característica de crescimento evidencia-se em todos os países investigados. Esse fenômeno representa o interesse da sociedade em participar, em contribuir de alguma forma com melhoria de serviços, inclusão social, com justiça social e melhor qualidade de vida.

Outra investigação foi realizada no mesmo período por Isabel de la Torre, com base no censo efetuado em 2002, tendo como parâmetro a utilização no aspecto da máxima inclusão. Esses dados apresentados em 2005 pela investigadora apontam um crescimento ainda maior no âmbito das associações, o que correspondem aproximadamente a duzentos e noventa e três mil entidades registradas de acordo com o censo.

Nesse estudo, estão incluídos os partidos políticos, os sindicatos, as associações empresariais, associações e escolas profissionalizantes etc. Representam em seu conjunto, aproximadamente, quatro mil entidades. Esta investigação traz um novo objeto de estudo, o se configura como uma mudança na estrutura deste setor, representando uma nova perspectiva segundo a investigação.

À luz dessas discrepâncias no que se refere à realização desses estudos entre 2000 e 2003, pelos respectivos investigadores, se difere em números e principalmente das características que se fundamentam as entidades constituídas no âmbito da iniciativa social. Ao analisarmos os respectivos estudos no aspecto numérico, percebemos a existência de um diferencial enorme nos números apresentados pela segunda investigação.

De acordo com os dados coletados na primeira investigação, o autor afirma que “delimitar o campo de atuação do terceiro setor espanhol em termos precisos e exatos seria hoje uma tarefa impossível”, no entanto, ele acrescenta que “a solidez e estabilidade, a implantação territorial homogênea e a incidência social”, se afirmam como características fundamentais no processo de efetivação do terceiro setor.

Percebemos a complexidade e o grau de dificuldade em relação à exatidão do tamanho e a abrangência desse setor em termos numéricos, a amplitude de atuação na iniciativa social e delimitação no aspecto territorial.

2.1.4 Aspectos estruturais do terceiro setor

As ações públicas realizadas pelo conjunto da sociedade se expressam na capacidade de mostrar resultados mais práticos e eficazes, a partir da descentralização de uma política global no âmbito público e da sociedade civil. O reconhecimento da execução das ações empreendidas pelas organizações da sociedade civil compreende uma determinada infraestrutura em que consiste: conhecimento estratégico, participação, organização, conhecimentos, recursos humanos de qualidade, experiência e profissionais de qualidade, tornando possível a realização dessa parceria com a coletividade, onde o cidadão possa contribuir na implantação e execução de serviços de qualidade de maneira geral.

Compreendemos, portanto, que o terceiro setor se expressa com esta finalidade, tornando-se uma alternativa do Estado para ocupar um espaço entre o público e o setor privado, possibilitando uma participação mais efetiva nas políticas sociais, com as quais o Estado procura desempenhar e alcançar objetivos mais eficazes, que de maneira geral possa contribuir com as necessidades da população. Para alcançar tais objetivos se faz necessário a obtenção e geração de recursos.

Nesse contexto, percebemos que quanto mais se investe em políticas sociais, entre elas, política de saúde mais qualidade de vida se terá. Desse modo, estaremos contribuindo também com o desenvolvimento sustentável, possibilitando a sociedade, como um todo, se organizar com a finalidade de idealizar e realizar projetos de interesse coletivo. A realização desses projetos torna-se possível com a atuação e a participação voluntária, constituindo desse modo uma realização pessoal e profissional, reforçando nestas ações o caráter empreendedor das entidades do terceiro setor no âmbito da sociedade.

Toro (2005) fundamenta quatro aspectos essenciais para a discussão do papel do terceiro setor em sociedades onde há pouca participação da sociedade no campo social. Essas teses fundamentam-se nos grandes desafios dos países da América Latina que têm, por um lado, “um processo de construção de ordem de convivência democrática, e por outro, a transformação em países altamente

produtivos sem pobreza interna”. Com base nesses dois parâmetros, o autor fundamenta quatro teses:

- 1) A primeira relaciona-se com a visão-missão do terceiro setor em uma sociedade de baixa participação, que é de contribuir para a construção de um projeto de nação. A capacidade de uma sociedade para responder proativamente aos desafios que lhes apresenta a história é o que a converte em nação.
- 2) A segunda é a de contribuir para a formação e o fortalecimento dos cidadãos com a cultura e a democracia.
- 3) A terceira refere-se a que todas as ações do terceiro setor sejam intervenções sociais, que busquem modificar modos de pensar, modos de atuar e modos de sentir. Incide em que a função do terceiro setor, em seu conjunto, é de construir formas de intervenção social democráticas, que convertem os atores sociais em sujeitos sociais, ou seja, cidadãos.
- 4) A quarta está relacionada com que o terceiro setor deve contribuir com a reinstitucionalização no âmbito público para aumentar a igualdade e fortalecer a governabilidade, o qual convém a todos de igual maneira. Também se associa esta tese com a capacidade que tem uma sociedade de resolver seus conflitos sem recorrer à violência, aplicando regras conhecidas publicamente.

O processo de descolonização dos países da América Latina sempre foi marcado pelas ditaduras militares, concebidos em sua maioria por golpes militares ou revoltas armadas, isto posto, patrocinados por países hegemônicos, por grupos financeiros e grupos políticos, objetivando apenas interesses econômicos, como bem conhecemos, provocando enorme prejuízo nestes dois últimos séculos, sobretudo, nos países latino-americanos, não só na esfera econômica, como também social e cultural.

Neste último século, a América Latina foi sacudida por inúmeros golpes militares, passando por um lento e doloroso processo de ditaduras tanto de direita patrocinados pelos Estados Unidos, como foi o caso de Brasil, Paraguai e Chile, como de esquerda, patrocinados pela antiga União Soviética, como foi o caso de Nicarágua e principalmente Cuba que ainda se mantém. A partir da década de oitenta este processo começa a se inverter em vários países; a sociedade civil se

manifesta através de movimentos pacíficos, mobilizando setores da igreja, do campo, das fábricas, do meio artístico e cultural, da sociedade em geral, pedindo e exigindo mudanças.

Portanto, as teses acima colocadas pelo autor, de certa forma, traduzem todo esse período que a América Latina teve de domínios e turbulências, provocando instabilidade política, instabilidade econômica, pobreza social e cultural. O processo de redemocratização em alguns países do continente, de certa forma ainda é visto com dúvidas e incertezas pela comunidade internacional, tendo como exemplo o golpe militar que aconteceu em Honduras, em 2009 por militares de direita que, mesmo sendo uma minoria, consegue se impor mediante a força e a concessão de privilégio a uma pequena elite do poder econômico do país.

Sendo assim, a atuação do terceiro setor fica refém do momento político vigente. Sua atuação se concebe a partir do espaço que lhe é concedido no campo de reformas políticas, econômicas e sociais, contribuindo para uma convivência democrática igualitária. Sabemos que existem vários desafios para esta contribuição, entre eles as divergências que surgem em determinados aspectos, sejam sociais e governamentais, sejam de caráter público ou privado. Lester Salamon (2005, p.63) aponta três grandes aspectos para descrever estes desafios:

1. O primeiro é a colaboração com o Estado.
2. O segundo é o apoio estatal, o qual é um elemento importante do financiamento do terceiro setor, especialmente na América do Norte e Europa Ocidental.
3. Em terceiro lugar tem que se levar em conta que na América Latina, na África e Ásia, a relação entre terceiro setor e o Estado, tem sido de certa maneira, contrárias em alguns aspectos. As autoridades estatais se mostraram de certa forma repressora e distante das dificuldades dos cidadãos, as associações civis surgem neste sentido para se opor ao poder do Estado a determinadas políticas. Para ambas as partes o desafio agora é saber se conseguirão terminar os enfrentamentos e encontrar meios de colaboração.

A necessidade de fortalecimento e esforço no conjunto que congrega as organizações do terceiro setor é visto como uma das prioridades para alcançar meios para financiamento, com surgimento de novas ONGs e antigas instituições assistenciais, grupos ambientalistas, entidades de caridade, associações profissionais e de defesa dos direitos humanos etc. Buscam-se, então, alternativas para capitalizar recursos para execução de seus projetos.

Para captar esses recursos é necessário que exista um compromisso por parte das entidades que elaboram os projetos, que colaborem em conjunto, tanto na esfera do Estado como no setor privado. O êxito dessa parceria concebe-se a partir dos resultados obtidos, com a finalidade de executarem projetos de interesse geral da sociedade.

Existe uma complexidade por parte de alguns autores sobre determinados aspectos relevantes à existência de um terceiro setor junto ao setor público e o setor privado, incluindo-se também o estatal e o social. São aspectos que consistem em identificar o terceiro setor como sendo *privado-social, terceira dimensão, terceiro sistema e mesmo esfera intermediária*.

Wuthnow (2006) aponta a existência de três argumentos básicos para definir com mais clareza o questionamento acerca dessas considerações calcadas nos seguintes aspectos:

- 1) A sociedade caracteriza-se cada vez mais pela existência de fenômenos associativos que estão longe da lógica de mercado e da lógica do Estado, pelo que fica por fora da esfera mercantil e da esfera política, e não se regem nem por benefício nem por autoridade. Esse conjunto de iniciativas constitui uma realidade que nem é administrativa nem é mercantil.
- 2) Se no setor estatal domina a coesão e no setor econômico domina o lucro, no terceiro setor domina o voluntariado. Essas realidades se evidenciam em um novo setor, possuem tal consistência que podem identificar-se frente a outros setores. Tendo um modo de existência social similar em diferentes países, marcando nitidamente uma característica própria de singularidade em todos os países.
- 3) O terceiro setor viria, portanto, a significar no âmbito social, dotado de consistência física, de existência própria e independente, tendo relevância por si mesmo. Esse setor estaria constituído por organizações formais, independentes, não lucrativas, autônomas e voluntárias.

Nessa concepção, percebe-se que existe uma característica própria do terceiro setor que é principalmente seu caráter autônomo e sua independência. Porém, são muitas as organizações não-governamentais que recebem recursos de instituições financeiras, parte delas de caráter governamental e outras são

contratadas pelo Estado, distanciando-se um pouco de seu caráter não-governamental e sua condição de autônomas, não lucrativas e voluntárias.

Montaño (2005) compartilha da ideia de que o terceiro setor forma parte do movimento do capital e das transformações econômicas. Para ele, existem quatro debilidades que podem apontar certas fragilidades e conformação do terceiro setor; essas debilidades são fundamentais para compreender essas transformações, sendo elas:

- 1) A primeira debilidade relaciona-se com a idéia de que alguns teóricos que consideram que o terceiro setor supera a dicotomia do público e do privado e que supõe uma solução para problemas os quais nem no Estado nem na economia se conseguem encontrar uma resposta imediata.
- 2) A segunda debilidade restringe-se a que tipo de entidades a compõe. Tendo em conta que no Terceiro Encontro Ibero-Americano do Terceiro Setor, realizado no Rio de Janeiro em 1996, introduziu no Brasil o conceito de terceiro setor e supõe uma continuidade em conformidade do primeiro e segundo encontro realizado na Espanha e México, respectivamente.
- 3) A terceira debilidade relaciona-se com algumas das categorias que integrariam o terceiro setor, a exemplo de organizações não-governamentais, organizações sem fins lucrativos, organizações da sociedade civil, instituições filantrópicas, clubes, instituições culturais, instituições religiosas etc.
- 4) A quarta debilidade tem a ver com o caráter não-governamental, autônomo, e não lucrativo das organizações do terceiro setor.

Um aspecto importante, nessa discussão, mostra à amplitude que o tema traz sobre seu caráter autônomo e a essência fundamental das entidades que constituem o terceiro setor, como também a discussão no campo de atuação, tanto na esfera pública quanto no setor privado.

De acordo Ariños (2007), o terceiro setor está condicionado a aspectos relativos de delimitação relativa e delimitação extensiva que engloba todo o seu contexto. Refere-se, portanto, à função exercida por cada um no conjunto de suas especificidades de sua atuação, caracterizada no aspecto “formal/informal,

lucrativo/não lucrativo, público/privado”, gerando uma distribuição do espaço social, em quatro setores:

- 1) O setor de administração pública, que é público, formal e não lucrativo.
- 2) O setor de mercado ou das empresas, que é privado, lucrativo e formal.
- 3) O espaço de lugares (denominados de relações de proximidade, porque não se esgota nos lugares), que é informal, não lucrativo e privado.
- 4) Por último o espaço denominado de terceiro setor, que é formal, não lucrativo e privado social ou privado público.

Seguindo a linha de investigação do autor, o terceiro setor divide espaços com lugares (informal), com o mercado (lucrativo), e com o Estado (serviços públicos). Um segundo aspecto que temos que ressaltar é que o terceiro setor forma parte do espaço social e, portanto, se relaciona e mantém vínculos de dependência estrutural com outros setores, que em sua relação determinam limites e exercem pressões uns sobre os outros.

Nesse sentido, o terceiro setor tem se convertido em um importante campo de estudo nestas últimas décadas para as ciências sociais, as investigações sobre o tema tem despertado um enorme interesse tanto do ponto de vista social como acadêmico. Dessa forma, fazendo parte de todo o conjunto que constitui a sociedade civil, nos mais diferentes campos da vida social, relacionando-se diretamente com as instituições públicas, com as organizações que pertencem à estrutura do Estado e à estrutura de mercado.

2.1.5 ONGs: Aspectos fundamentais, qualificação como OSCIP e seus objetivos

A formação das ONGs no Brasil foi marcada ideologicamente pela prática assistencialista, fundamentada nos preceitos religiosos, em que sua atuação se caracterizava pela caridade, não só no âmbito da Igreja como também no caráter político da ação praticada, sendo a assistência entendida nas camadas mais pobres da população como política social. Esta prática ainda se faz presente em alguns rincões de pobreza extrema como troca de favores principalmente em período eleitoral.

Nos últimos vinte anos esta concepção da prática do assistencialismo tem mudado sistematicamente com a adoção de políticas públicas, que do ponto de vista político, é visto como política assistencial por alguns setores da sociedade. Nesse aspecto, as ONGs têm dado uma contribuição altamente significativa em conscientizar a sociedade, principalmente na questão da defesa dos direitos do cidadão. Esta conscientização se fortalece a partir dos movimentos sociais, da participação de organismos da sociedade civil, do engajamento da sociedade na defesa e garantia de seus direitos. Platillo (2003, p. 273) afirma que:

O termo organização não-governamental há muito tempo conhecido na Europa Ocidental, é igualmente conhecida na Ásia, África e América Latina. Este termo muitas vezes é substituído por outros em parte do leste europeu, dando-se a denominação de “Fundação”, indica muitas vezes um tipo de similar de instituição. Esta denominação possui um sentido mais amplo do que na América do Norte. O uso deste termo pode resultar numa alternativa para se referir as organizações que surgem do terceiro setor. De toda forma, temos que ter em conta que esta denominação, “organização não governamental” surgiu da cooperação entre países da Europa Ocidental e do terceiro mundo nas últimas décadas.

Portanto, havia uma necessidade de mudança no aspecto ideológico da formação das ONGs não só no Brasil como na América Latina. Esta mudança se constitui a partir de novas concepções acerca de sua formação, do caráter ideológico que venha estabelecer. Para que as ONGs possam representar organismos de governos e tenham respaldo nos fóruns internacionais, o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, entre outros, estabeleceram critérios para linhas de financiamento de projetos, como também critérios que possam designar melhor sua finalidade e área de atuação.

Segundo Montaño (2005), as ONGs normalmente estão constituídas com a finalidade de responder a demanda de serviços básicos principalmente nas áreas de saúde, assistência social, cultura, preservação do meio ambiente etc. Ainda não existe uma terminologia uniforme constituída unanimemente, sendo usados vários termos de forma indisciplinada para designar essas entidades, como, por exemplo: organizações sem fins lucrativos, organizações voluntárias, terceiro setor, entre outros.

Partindo desse pressuposto, um dos critérios estabelecidos para designar de como são constituídas as ONGs e no que se concerne os preceitos de sua atuação,

configura-se essencialmente no reconhecimento do trabalho executado, no interesse e na seriedade de seus projetos. Podemos afirmar que existe atualmente um volume enorme de recursos financeiros tanto de governos, organismos internacionais, fundações, como também de particulares, em financiar projetos de interesse da sociedade. A disponibilidade desses recursos para as ONGs se respalda na objetividade e na capacidade de utilização desses meios, através do respaldo da sociedade, tendo como princípio o reconhecimento pelas ações empreendidas.

O reconhecimento das ONGs se traduz a partir do resultado de seu trabalho e no que representa para a sociedade indiferente da terminologia utilizada. Porém, se diferenciam da forma que se faz representar; todavia, não podendo representar outro segmento que não seja o de sua finalidade específica, mesmo que exerça um trabalho similar, como é o caso, por exemplo, de sindicatos e associações de bairros, caracterizando assim, ações semelhantes com finalidades diferentes, o que se torna evidente até mesmo nos instrumentos utilizados para se obter financiamento.

Essas diferentes terminologias se configuram a partir do contexto em que se compreende e como se classifica todo o conjunto que abarca as ONGs, de que forma está representada nesta conjuntura. Gohn, (1998, p.16-17), considera que existem três tipos de ONG, em diferentes aspectos, sendo eles:

- 1) *Assistenciais*: Este tipo tenta tratar como um paliativo a pobreza, sobretudo em países em desenvolvimento, dando espaço para que um grande número de ONGs atue baseando-se na assistência ampla e imediata, através da doação de produtos básicos, acolhimento em abrigos, de medicamentos, de bilhetes de passagens de ônibus coletivos etc. Outras ONGs, todavia, dentro da mesma nomenclatura concentram seus esforços em áreas de saúde preventiva, inclusive colaborando com a medicina tradicional.
- 2) *Meio ambientais ou ecológicas*: O surgimento e crescimento dessas ONGs têm como base a intervenção no meio ambiente. O “Encontro das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável” denominado ECO 92, realizado na cidade do Rio de Janeiro em 1992, foi fundamental para a formação dessas ONGs. Alguns dos princípios básicos deste encontro foi à questão do desenvolvimento autossustentável em áreas protegidas como reservas ecológicas e reservas indígenas, proteção de animais em perigo de extinção, proteção contra a contaminação das águas, contra a poluição etc. Também se tratou de outros aspectos como a produção alternativa de produtos para mercados populares.
- 3) *Cidadãs*: Estas ONGs estão centradas na reivindicação dos cidadãos por seus direitos. Tentam potencializar a solidariedade e reivindicam ao governo que tenha em conta os direitos dos cidadãos, pondo sobre a mesa aqueles que, todavia não tenham sido reconhecidos pela legislação vigente.

Compreende-se, portanto, que as ONGs nasceram e se constituíram na esfera global com o objetivo de desenvolver projetos principalmente em áreas sociais, seu crescimento se acentua a partir do incentivo a esses projetos, tendo como finalidade a cooperação em países do terceiro mundo. A discussão terminológica sobre como se classificam as ONGs se fundamenta em diferentes correntes de investigação sobre o tema, tendo como exemplo o contexto acima mencionado.

Para Barbosa (2004), do ponto de vista jurídico existe uma definição clara dos organismos que compõe o terceiro setor. Estes organismos abrangem: institutos, organização não-governamentais, organismos da sociedade civil, organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público etc. Todas essas denominações referem-se à entidade de natureza (não pública) sem fins lucrativos, que juridicamente ou são associações ou fundações. Essas associações ou fundações, conforme seja o caso, podem pleitear a obtenção de determinado título ou classificação, ou seja, Título de Utilidade Pública e/ou OSCIP. Este certificado, no caso desta última, constitui um grau de credibilidade entre aquelas que a possui, independentemente de receberem ou não benefícios fiscais; além de ser um estímulo para a qualificação, terão prioridade na obtenção de recursos.

Portanto, a questão sobre a contextualização das entidades que congregam o terceiro setor nos remete a um amplo debate, seja do ponto de vista jurídico, acadêmico ou no âmbito da sociedade civil. A discussão no aspecto jurídico contribuiu para que o tema entrasse em pauta no legislativo e, dessa forma, tivesse uma legislação específica para definir com mais objetividade a natureza dessas entidades. Nesse aspecto, o interesse não era apenas por parte do governo, compreendia também organismos da sociedade civil, na necessidade de regulamentar uma lei que definisse essas regras.

A partir dessa necessidade, o Poder Executivo, tendo consultado vários segmentos da sociedade civil, como também representantes de entidades do terceiro setor, enviou um projeto à Câmara Federal propondo a regulamentação de regras básicas essenciais na regulamentação de diretrizes básicas acerca da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

A aprovação da Lei 9.790, em março de 1999, mesmo com certas ressalvas no sentido de delimitar as entidades do terceiro setor na execução de projetos em

parceria com o setor público tem um significado muito importante, possibilitando mais parcerias e ampliando o campo de atuação, na captação de mais recursos, na transparência de sua aplicação, na criação de mecanismos mais ágeis, eficazes e transparentes na forma de atuação com as organizações não-governamentais, configurando-se, porém, numa amplitude de oportunidades a partir do papel outorgado a atuação de ONGs como organizações da sociedade civil de interesse público.

A relevância da aprovação desse projeto constitui no fortalecimento do terceiro setor, permitindo-lhe estabelecer uma nova dinâmica de espaço entre o público e o privado, como também criar um vínculo representativo no âmbito da sociedade com as esferas do poder público e do setor privado, o que significa o reconhecimento pela qualidade dos projetos desenvolvidos, na qualificação dos profissionais envolvidos, no melhor aproveitamento dos recursos utilizados, na diversificação do campo de atuação e principalmente o não comprometimento com vínculos políticos.

Portanto, considerando o interesse público aprovado no anteprojeto de lei, duas prerrogativas para sua aprovação consistiam em:

1) A busca de transparência e responsabilidade no trato dos recursos e do patrimônio social, como também o cumprimento de determinadas obrigações para como o Estado.

2) A existência de mecanismos de autorregulação e dispositivos institucionais de responsabilidade.

Ainda de acordo com o projeto aprovado, uma organização que deseja ser classificada como “organização da sociedade civil de interesse público”, terá que cumprir ao menos um dos critérios estabelecidos no projeto, atendendo as suas exigências, entre as quais:

- a) promoção à assistência social;
- b) promoção à cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- c) promoção gratuita da educação, observando a forma complementar de participação que propõe esta lei;

- d) promoção da saúde, observando a forma complementar de participação das organizações que propõe esta lei;
- e) promoção à segurança alimentar e nutricional;
- f) defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- g) promoção do voluntariado;
- h) promoção do desenvolvimento econômico e social e de luta contra a pobreza;
- i) experiência não lucrativa de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e créditos;
- j) promoção de direitos estabelecidos, elaboração de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;
- k) promoção à ética, à paz, à cidadania, aos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;
- l) estudo e investigação, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos a respeito das atividades mencionadas.

Entre esses e outros critérios exige-se também que a organização que pleiteia o título de OSCIP, deve fazer constar em seus estatutos da possibilidade de remuneração ou não de seus dirigentes; em caso de remuneração, que fique devidamente claro o valor a ser pago, sendo este, equivalente aos valores de mercado. Estas exigências são fundamentais não só para captar recursos, como também para combater o surgimento de ONGs que são criadas exclusivamente com a finalidade de desviar recursos para outros fins, motivadas pela liberdade do nosso sistema em facilitar as associações registrarem-se como sendo, sem fins lucrativos, no Cadastro de Nacional de Pessoas Jurídicas, (CNPJ), passando a ter imunidade fiscal em nível federal, estadual e municipal. Sobre estes critérios, Barbosa, (2004, p. 189) acrescenta:

[...] este elenco de critérios apresentados corresponde aos objetivos que os governos pretendem estimular para a maioria das organizações do terceiro setor. Estas formulações são suficientemente amplas para abarcar junto às categorias tradicionais como assistência, saúde e educação, outras categorias emergentes, que permitem, por exemplo, que sejam qualificadas como de caráter público, entidades de defesa dos direitos humanos, de

promoção ao voluntariado, de defesa do consumidor, de luta contra a fome etc..

Essas medidas têm em sua essência a necessidade de proteger as entidades que realmente estejam empenhadas na construção de um processo de desenvolvimento humano para uma sociedade mais justa, visando proteger também, como já foi dito anteriormente, o repasse de recursos para entidades que não estejam comprometidas com esta finalidade, ou de entidades profissionais que representem interesses corporativos, como é o caso de sindicatos, associações de grêmios de trabalhadores, fundos de pensão, clubes, organizações partidárias, organizações religiosas, federações etc.

Todo isso resulta no caráter relevante que se é dado às organizações que congregam o terceiro setor. O compromisso ético de gestão na formação e construção de projetos que visam o interesse comum são critérios que estão vinculados à construção dessa imagem. A transparência nas iniciativas sociais permite um reconhecimento maior pelas ações desenvolvidas em decorrência de resultados obtidos. Estas são algumas características que permeiam ao terceiro setor, na busca em aprimorar significativamente o espaço conquistado no âmbito da sociedade e nas relações entre o setor público e setor privado.

2.1.6 O trabalho voluntário de atores sociais

A atuação do voluntário historicamente sempre esteve ligada à questão religiosa, motivada por valores cristãos desde a caridade, a compaixão e amor ao próximo. O trabalho do voluntário passa a ter uma nova expressão que vai além da caridade e da compaixão. Sua atuação se efetiva a partir do trabalho social, da solidariedade e da participação social. Percebe-se que atualmente existe uma nova concepção no âmbito do trabalho voluntariado.

A partir dessas novas concepções, o trabalho voluntariado se enquadra também no âmbito da profissionalização, incorporando além da solidariedade e participação voluntária o caráter profissional pelo trabalho desenvolvido. Devido ao crescimento das organizações que compreende o terceiro setor, a procura por pessoal motivado não apenas pela solidariedade, mas também que tenha alguma experiência e altruísmo para desempenhar alguma função específica em áreas afins.

Essas novas concepções têm surgido num processo de transformação existente de revalorização no âmbito do voluntariado. Como por exemplo, projetos que priorizem o desenvolvimento sustentável, o meio ambiente e questões sociais estão entre aqueles que mais necessitam de pessoas especializadas. Neste sentido o trabalho voluntário passa a ter um vínculo empregatício, quando, em decorrência de um horário que se tenha a cumprir, de gastos que se incorporam ao trabalho que vai executar e principalmente na qualidade de seu serviço, está interligada a sua atuação, reflete-se, portanto, não apenas no aspecto do voluntarismo, mas sim numa vinculação profissional.

Entendemos que o voluntário sempre esteve ligado a questões religiosas em decorrência de causas sociais, por dispor de seu tempo para executar alguma atividade ou ação em prol de alguém, de um coletivo ou de um segmento da sociedade. Este entendimento se evidencia no âmbito das ONGs onde se caracteriza o perfil mais apropriado da atuação não remunerada. A partir deste entendimento, foi aprovado pela Câmara Federal em 1998, o Projeto de Lei 9.608 regulamentado o trabalho voluntariado, estabelecendo regras para o trabalho não remunerado e com caráter remunerativo, em que diferencia o objetivo da atuação voluntária da ação profissional.

[...] a lei estabelece simplesmente que o voluntário deve assumir um breve “termo de adesão” que estabeleça a natureza do vínculo entre as partes e as condições em que o serviço será prestado. Prevê-se a possibilidade de que o voluntário receba ajuda econômica em função dos gastos de transporte, alimentação ou de outra natureza, sem caracterizar com isso, uma relação de emprego (OLIVEIRA, 2004, p. 93).

Esses critérios estabelecidos decorrem em função de ações trabalhistas movida por voluntários que entre outros motivos, se sentiam lesados por dedicar horas de seu tempo a alguma instituição e esta por sua vez, exercia atividades apenas com a finalidade de obter lucro ou vantagens, usando não somente a boa vontade do voluntário tirando proveito das horas dedicadas à instituição como também, fugindo da função social a ser desempenhada. Outro aspecto importante a ser superado, é a questão da idéia de que o voluntário “está sempre prestando um favor” e não comprometido com a ação voluntária.

[...] a visão da ação voluntária está condicionada ao empenho de toda a atividade “profissional”, quer dizer, em crer que toda relação humana, para

ser estável e segura, há de situar-se mediante o modelo profissional do mercado de trabalho. Porém essa “profissionalização” nem sempre esteve acompanhada de um crescimento das iniciativas sociais. Tão forte tem sido esta tendência que os esforços para reorganizar o voluntariado não têm podido contar ainda com o beneplácito sindical (GARCÍA ROCA, 1998, p. 163).

O autor acrescenta ainda, que o voluntário vive hoje um processo de maturidade pessoal que afeta sua motivação, no sentido de se questionar pelos motivos que o levam a ser voluntário, “porque se é voluntário, que razões podem levar a uma pessoa a promover uma ação voluntária”. Não há dúvida de que as motivações que o levam são sempre heterogêneas, plurais e complexas, de modo que somente podem tipificar-se em razão dos verdadeiros objetivos que se perseguem. Podendo-se, portanto, apontar três motivações básicas:

1) Há um conjunto de motivações que podem identificar-se como expressivas, e são aquelas que atingem fundamentalmente a própria realização pessoal. Desta maneira se é voluntário “para dar sentido a vida”, “para preencher o próprio tempo”, “para encontrar amigos”, “para desenvolver a comunicação”, “para abrir-se com os demais” “para sentir-se melhor” etc.

2) Outra série de motivações podem identificar-se como instrumentais na medida em que se agrupam em torno de uma tarefa. Nesse sentido, ocupa uma atenção particular a função que se realiza, “desta maneira se é voluntário porque “se necessita crescer em experiência”, “para iniciar-se no mundo profissional”, para conhecer a realidade” etc.

3) Um terceiro conjunto de motivações gira em torno do altruísmo. A ação voluntária se dirige para outros, com a finalidade de se fazer presente por alguma necessidade. Assim, se é voluntário “para ajudar as pessoas”, “para melhorar a realidade”, “para contribuir a transformar a sociedade” etc.

O trabalho voluntário caracteriza-se cada vez mais a uma ação coletiva, não somente pela generosidade e doação, seja de seu tempo útil ou de outra natureza, se tipifica também, como um canal de abertura a novas experiências, uma nova oportunidade de aprendizagem para se sentir capaz de realizar algo diferente, criando novos vínculos com a sociedade. A partir dessa vinculação participativa, se concebe o ideal participativo como parte do dinamismo social vigente em que se enquadra o trabalho voluntário.

2.1.7 Novas formas de solidariedade

Podemos entender o termo “solidariedade” como uma expressão cívica no âmbito da sociedade como um todo. Este termo, definido por Houaiss (2004), significa “cooperação mútua entre duas ou mais pessoas”. Podemos entender, também, como o a aceitação pela diferença e o respeito pelo próximo. A amplitude da solidariedade se compreende na reflexão da totalidade da integração entre as pessoas, um grupo social, uma comunidade, uma etnia ou uma nação. Solidariedade significa laços estreitos entre pessoas ou grupos; não havendo estes laços, se configuram divisão entre pessoas, grupos etc.

Para Giddens (2007), um dos principais pilares do estado de bem-estar tradicional é o interesse em promover a solidariedade e a coesão social. Porém, solidariedade “entre o que e quem, a que entidade ou entidades sociais é aplicável”, especialmente em um mundo tão cosmopolita como vemos atualmente. Quais são os mecanismos que a produzem, levando em consideração os termos que são usados atualmente para “solidariedade e coesão”. O autor compreende solidariedade em três dimensões: a psicológica, a conduta e a estrutural, explicadas a seguir:

- 1) Do ponto de vista psicológico, uma sociedade solidária é aquela em que existe uma atitude de atenção generalizada, estendendo a todos os níveis. Podendo-se denominá-la de dimensão de atitude da cidadania. A atenção pode-se manifestar-se através da generosidade, pode também significar o cumprimento com a obrigação de pagar impostos ou outros deveres que favorecem o bem comum. A atenção aos demais não se limita necessariamente a comunidade local e tampouco deter-se a fronteiras nacionais, o exemplo maior são doativos arrecadados habitualmente para causas internacionais.
- 2) No aspecto da condução, a solidariedade poderia ser entendida como uma expressão cívica. O civismo é expressão cotidiana do cosmopolitismo e implica, como este, o respeito pelos demais e a aceitação da diferença. A solidariedade não se expressa apenas entre parentes e amigos íntimos,

nesses casos existem vínculos mais profundos que são à base de sua relação.

- 3) A dimensão estrutural da solidariedade se reflete no nível de integração da comunidade, da nação ou de outra forma de agrupação social. Tendo em conta os laços que uma comunidade mantém entre os diversos grupos sociais, do contrário, apresenta divisões. Ao falarmos de solidariedade na sociedade atual, o termo não pode se referir a uma identidade pessoal em detrimento de outro, isto insere em uma comunidade sobre uma identidade uniforme.

A solidariedade atual deve dar lugar a integração de uma sociedade que tenha laços entre fronteiras. O sentido de responsabilidade e cooperação entre grupos, comunidades ou países que se ajudam mutuamente, respeitando e compreendendo as diferentes culturas entre si. Entendemos também que a cidadania, o voluntariado constituem este universo como uma realidade atual, cuja expressão se concretiza no exercício da cidadania, nas liberdades individuais, no associacionismo, no altruísmo, nos princípios de autonomia e liberdade.

A solidariedade tão amplamente divulgada em todas as redes sociais, nos meios de comunicação, nas escolas e universidades, na sociedade civil, tem sido fundamental para compreender a participação cidadã, o crescimento e a participação do voluntariado na atualidade, incorporando este contexto ao associacionismo como ferramenta de integração e satisfação pessoal, descobrindo novas formas de solidariedade, com a percepção de que a sociedade não se insere num problema e sim na solução de problemas existenciais.

Entendemos, portanto, que o voluntariado se agrega a estas novas formas de solidariedade, alimentando-se dessas convicções, valorizando este novo perfil da sociedade, que nos leva a valorização no exercício da cidadania, no exercício da tomada de decisão coletiva, na valorização do associacionismo, na participação de redes sociais, na coletividade, na revalorização do cidadão, no processo organizacional de comunidades e na sociedade como um todo.

CAPÍTULO III

**ASPECTOS METODOLÓGICOS DO
PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**

3.1 Processo Metodológico

Neste capítulo apresentaremos procedimentos e concepções acerca da metodologia que norteia o presente trabalho, onde são relatados os métodos utilizados para coleta de dados no contexto da ONG pesquisa, fundamentando-se em conhecimentos prévios com estudos bibliográficos sobre o tema. Para um melhor esclarecimento do processo investigativo procuramos compreender o aspecto do diálogo e a realidade das entrevistadas.

No estudo ora apresentado optamos por priorizar a abordagem qualitativa, por entendermos que esta abordagem permite uma melhor percepção da realidade expressa no decorrer das entrevistas, pela riqueza de detalhes e suas complexidades existentes. Contudo, não deixando de utilizar procedimentos de caráter quantitativo para ilustrar gráficos e números na análise dos dados.

Neste contexto, abordaremos aspectos primordiais para a compreensão do método investigativo em que se fundamenta o presente trabalho, permitindo a utilização de elementos que caracterizam uma investigação de caráter qualitativa, como é o caso, onde se permite inserir aspectos de abordagem quantitativa, os aproximando e contrastando-lhes acerca da investigação.

Segundo Jankowski (1991), o enfoque qualitativo se separa do uso da teoria prévia, com a finalidade de não se ver condicionado antecipadamente no momento de entrar em contato com o objeto a ser investigado, compreendendo-se, portanto, o modo pelo qual os indivíduos se sentem condicionados, quando são objetos de investigação. Define-se, assim, que no enfoque quantitativo busca-se ser neutro mais próximo possível do científico. Já a abordagem qualitativa procura aproximar-se mais do objeto de estudo implicando-se em sua realidade. Corbertta (2007, p. 74) assim o define:

[...] na investigação qualitativa se considera que o enfoque naturalista é um requisito fundamental para a investigação empírica. Onde se pode descrever o enfoque naturalista como uma intervenção sobre a realidade em que o investigador se abstém de toda uma manipulação, estimulação, interferência ou perturbação de uma realidade. Neste sentido o investigador qualitativo se aproxima o mais próximo possível do objeto em análise no sentido de uma aproximação maior com a realidade social.

O autor argumenta sobre a abordagem quantitativa referenciando-se a uma maneira mais específica, centrando-se mais a fundo em alguns de seus elementos profundos mais relevantes nas diferentes fases que estruturam a investigação quantitativa, e complementa que:

[...] o investigador social está sujeito a um marco coletivo de referencia que consta de dois elementos, especialmente no caso de uma investigação do tipo quantitativa: "a estrutura lógica do processo e a instrumentação técnica que deve empregar-se" (COBERTTA, 2007, p. 74).

Para arrefecer o debate acerca dos dois métodos de investigação ora em discussão, encontramos parâmetros distintos por alguns autores na elaboração e consecução da investigação científica, principalmente no modelo denominado positivista, em detrimento do conhecimento humano. Contudo, não descaracteriza nem uma nem outra perspectiva. Neste debate, Severino (2007, p.118) evidencia que:

[...] a ciência nasce no início da era moderna, opondo-se à modalidade metafísica do conhecimento, fundada na pretensão do acesso racional à essência dos objetos reais e afirmando a limitação de nosso conhecimento à fenomenalidade do real. E esse conhecimento dos fenômenos, por sua vez, limitava-se à expressão de uma realidade funcional de causa a efeito que só podia ser medida como uma função matemática, exprimindo uma relação quantitativa. [...] essa abordagem torna-se assim paradigmático para a constituição das ciências, inclusive daquelas que pretendiam conhecer também o mundo humano. Mas logo os cientistas se deram conta de que o conhecimento desse mundo humano não podia reduzir-se impunemente, a esses parâmetros e critérios. [...] esse conhecimento deixava escapar importantes aspectos relacionados com sua condição específica de sujeito.

No cerne da discussão sobre as abordagens em foco, provocando uma discussão sobre aspectos essenciais em sua compreensão, Minayo (1999, p. 57) enfatiza que:

[...] o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de conhecimentos.

Para Haguette (1992), “os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”. Enfatiza também que Lazarsfeld (1969) identifica três situações onde se presta atenção particular a indicadores qualitativos:

- a) situações nas quais a evidência qualitativa substitui a simples informação estatística relacionada a épocas passadas;
- b) situações nas quais a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não facilmente articulados como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência etc.;
- c) situações nas quais simples observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento complexo de estruturas e organizações complexas que são difíceis de submeter à observação direta.

Bardin (2010, p. 141), conduzido para esta discussão, enfoca que:

[...] a análise qualitativa apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. Pode funcionar sobre corpos reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes, visto não estar ligada, enquanto análise quantitativa, a categorias que deem lugar a frequências suficientemente elevadas para que os cálculos se tornem possíveis. Levanta problemas ao nível da pertinência dos índices retidos, visto que seleciona estes índices sem tratar exaustivamente todo o conteúdo, existindo o perigo de elementos importantes serem deixados de lado, ou serem tidos em conta elementos não significativos.

A partir dessas concepções, concluímos que esta investigação tem uma abordagem qualitativa sendo passível também de aspectos quantitativos em relação à obtenção de alguns dados específicos e que, de acordo com Laville e Dionne (1999), as metodologias qualitativas e quantitativas não se repelem, mas se relacionam entre si e do que delas emana na abstração de resultados. O que permite ao investigador elementos substanciais para coleta de dados.

3.2 Campo de Investigação

Na tentativa de encontrar um campo de investigação que me conduzisse a uma aproximação mais focada do objeto em estudo, busquei uma instituição que se adequasse melhor a esse intuito, sendo, a *Amigos do Peito* a instituição escolhida

por ser de caráter *não governamental e sem fins lucrativos*, tendo, portanto, o perfil essencial para nossa pesquisa. Dessa forma, delimitou-se como local de estudo a instituição *Amigos do Peito*, que atende a mulheres com câncer de mama, localizada na Cidade de João Pessoa, Paraíba.

Atualmente a *Amigos do Peito* está funcionando temporariamente em uma sala doada pelo Sindicato dos Professores do Município de João Pessoa, situada na Avenida Tabajaras, nº 799, nesta cidade, e sobrevive com doações de pessoas físicas e confecção de trabalhos artesanais produzidos pelas próprias mulheres, onde são vendidos em feiras beneficentes para arrecadar recursos financeiros para sua manutenção.

Hoje, a *Amigos do Peito* atende em torno de sessenta mulheres com câncer de mama. Este número de mulheres está representado nos mais diferentes níveis educacionais, sociais e profissionais. Ressaltando que, desde sua fundação, esta instituição já cadastrou mais de trezentas mulheres acometidas pela mesma enfermidade. O que demonstra o grau de comprometimento no trabalho que vem desenvolvendo, mesmo com todas as dificuldades que tem encontrado para atender a um número cada vez mais crescente de mulheres com câncer de mama.

3.3 Participantes da Pesquisa

A delimitação do número de participantes da pesquisa seguiu alguns critérios fundamentais na operacionalização dos dados, sendo eles: sexo feminino, ser enferma de câncer de mama, fazer parte de instituição investigada, ser maior de dezoito anos, ter domicílio na Grande João Pessoa, possibilitando a realização do trabalho e o deslocamento na execução de entrevistas e aplicação dos questionários.

Obedecendo aos critérios adotados, estabeleceu-se um grupo de 15 (quinze) mulheres com enfermidade de câncer de mama, que fazem parte da instituição não governamental sem fins lucrativos *Amigos do Peito*, totalizando o número de participantes da pesquisa. Ressalvando, porém, que mesmo a instituição tendo um número de participantes em torno de sessenta mulheres enfermas de câncer de mama, não foi possível entrevistá-las devido à rotatividade de presença nas reuniões e por residirem em outras cidades da Paraíba.

3.4 Dos Instrumentos

Após ser definido este coletivo a participarem da pesquisa, foram agendadas previamente as entrevistas, com a utilização de questionários, aplicando-os individualmente. Desta forma a pesquisa de campo se utilizou de dois instrumentos sendo eles: a entrevista semi-estruturada e o questionário. Justificando a utilização desses instrumentos na obtenção de informação para análise dos tratamentos, Severino (2007, p. 124-125) evidencia que:

[...] **a entrevista**, técnica de coleta de informações sobre um determinado assunto, diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados. Trata-se, portanto, de uma interação entre o pesquisador e pesquisado. Muito utilizada nas pesquisas da área das ciências humanas. O pesquisador visa apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam.

[...] **questionário**, conjunto de questões, sistematicamente articuladas, que se destinam a levantar informações escritas por parte dos sujeitos pesquisados, com vistas a conhecer a opinião dos mesmos sobre os assuntos em estudo.

3.4.1 Questionários

A construção e elaboração de questionários transcorreram de maneira essencial no sentido de aclarar e complementar novos elementos decorridos da entrevista. Dessa forma, o questionário foi estruturado com três eixos temáticos, consistindo em: *Perfil sociodemográfico; O enfrentamento do câncer de mama e a mastectomização; O papel da instituição na sua recuperação*. Nesse sentido, contribuindo no aspecto de interação entre os objetivos, buscando mecanismos de articulação com informações obtidas através das entrevistas e o questionário aplicado

3.5 Análise, Interpretação e Tratamento dos Dados

De acordo com Barros e Lehfeld (2007), a análise evidenciará as relações existentes entre os dados obtidos e os fenômenos estudados, em que o pesquisador aprofunda-se nos dados decorrentes do tratamento estatístico. O tratamento dos dados pode ser feito por procedimentos quantitativos e/ou de caráter qualitativo. Com colaboração de quadros e tabelas, efetua-se o tratamento quantitativo. Com

relação às questões de maior dificuldade para a categorização dos dados, principalmente as do tipo abertas, pode-se em um primeiro plano realizar a análise do conteúdo e depois elaborar categorias.

Com relação à interpretação dos dados coletados, os autores evidenciam que:

[...] a interpretação é uma atividade que leva o pesquisador a dar um significado mais amplo às respostas. “O pesquisador fará as ilações que a lógica lhe permite e aconselhar, procederá às comparações pertinentes e, na base dos resultados alcançados, enunciará novos princípios e fará as generalizações apropriadas.

Lakatos e Marcone (1982) comentam que na interpretação dos dados existem dois aspectos fundamentais:

a) construção de tipos, modelos e esquema pelo uso dos conceitos teóricos, da relação com as variáveis quantificadas e da realização de comparações pertinentes;

b) a ligação com a teoria, que pressupõe a definição metodológica e teórica do pesquisador em termos de seleção entre as alternativas disponíveis da interpretação da realidade.

Com este sentido, buscamos articular o aspecto metodológico empregando o meio mais específico de analisar as informações obtidas. Sendo assim, optou-se pelo uso da técnica de Análise de Conteúdo utilizado por Bardin, para uma melhor compreensão que possamos dar a partir de fatos dos relatos do coletivo pesquisado. Esta técnica, segundo o autor consiste em:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não), (BARDIN, 2010, p. 40).

Seguindo esse entendimento, elegemos esse método para consecução dos dados levantados no campo como elementos constitutivos no acompanhamento dos procedimentos adotados, conduzindo à categorização de seus significados.

CAPÍTULO IV

O PROCESSO DE MASTECTOMIZAÇÃO DAS MULHERES ENFERMAS DE CÂNCER DE MAMA E SUA PARTICIPAÇÃO NO ÂMBITO ASSOCIATIVO: ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Aspectos Gerais no Âmbito da Investigação

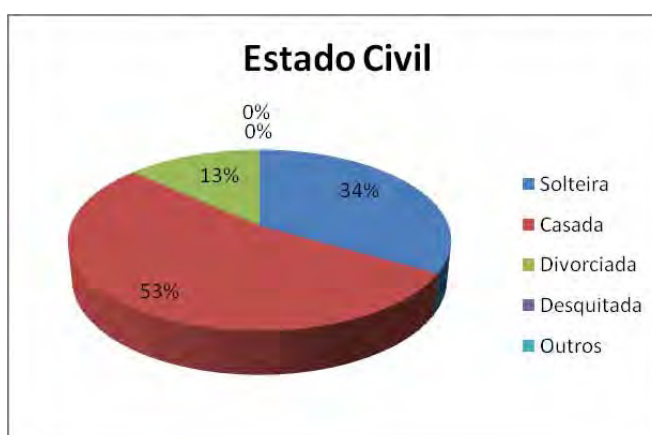
Este capítulo tem como finalidade apresentar os resultados do processo investigativo das mulheres enfermas de câncer de mama em processo de mastectomização e sua participação em grupo associativo. Em seu seguimento traçaremos um perfil sócio-demográfico do coletivo investigado e os elementos essenciais que representam as características fundamentais da presente pesquisa.

Do componente investigado representado neste conjunto perfila que a média de idade das mulheres entrevistadas situa-se em 49,13 anos. As profissões também variaram bastante, assim como o nível de escolaridade. Participaram da pesquisa mulheres que declararam ser empregadas domésticas, donas de casa, cabeleireiras, cozinheiras, advogadas, psicólogas, pescadoras, pedagogas, auxiliares administrativas, operadoras de caixa e aposentadas. Esse dado reflete a heterogeneidade de público atendido pela instituição e do coletivo do processo investigativo.

4.1.1 Perfil sociodemográfico

a) Em relação ao estado civil

Gráfico 1 - Estado civil.



Em relação ao estado civil das entrevistadas, a maior parte delas é casada, com 53% das ocorrências. Em seguida vêm às solteiras, com 34% e posteriormente as mulheres divorciadas, com 13% das ocorrências. As alternativas desquitada e outra não foram citadas na pesquisa.

b) Quanto ao grau de escolaridade

Gráfico 2 - Grau de escolaridade.



No que se refere à escolaridade das entrevistadas, 33% afirmaram ter ensino fundamental completo. Em seguida, com 20%, aparece a graduação completa. Posteriormente, vem o ensino fundamental incompleto e pós-graduação completa, com 13% das ocorrências cada um. Em seguida, com 7% de frequência vêm o ensino médio completo e incompleto e a não existência de escolaridade.

c) Situação profissional

As profissões enquadraram-se no componente investigado, o que mostra a diversificação de atividades no campo profissional, destacando-se, entre elas: donas de casa, empregadas domésticas, cabeleireiras, cozinheiras, advogadas, psicólogas, pescadoras, pedagogas, auxiliares administrativas, operadoras de caixa

e aposentadas. Esse dado reflete a variedade de profissão e a classe social do público atendido pela ONG.

d) Em relação à situação de trabalho

Gráfico 3 - Situação de trabalho.



Em relação à situação trabalhista, a grande maioria das mulheres entrevistadas declarou no momento não estar no mercado de trabalho, representando um percentual de 80% da amostra. Em seguida, 20% das mulheres afirmaram trabalhar nas mais diversas profissões mencionadas anteriormente. Este percentual demonstra que a faixa etária das mulheres e, sobretudo, a enfermidade que lhes acometem, contribui para que possam voltar ativamente ao mercado de trabalho, permanecendo, portanto, em sua maioria, com trabalhos expressivamente domésticos.

e) Em relação a filhos

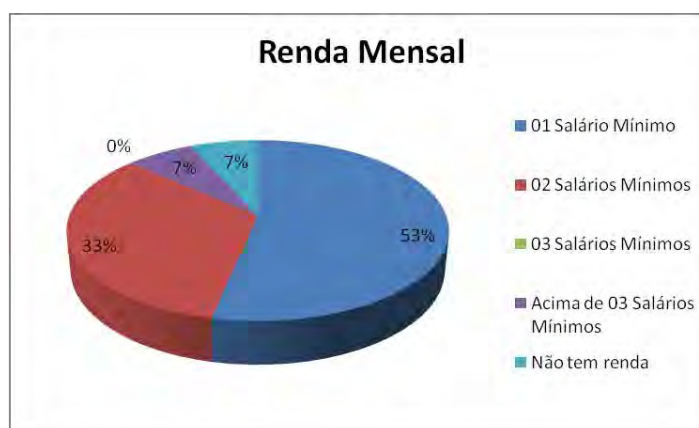
Gráfico 4 - Quanto a filhos.



Em relação à existência de filhos, 93% das entrevistadas declararam terem filhos. Em seguida, com 7% as que declararam não ter nenhum filho. A média de filhos por família ficou no patamar de 1,50.

f) Quanto à renda mensal

Gráfico 5 - Quanto à renda mensal.



Em relação à renda mensal, 53% das entrevistadas declararam viver com uma renda mensal de um salário mínimo. Enquanto 33% declararam ter uma renda um pouco melhor no patamar de dois salários mínimos. Apenas 7% das entrevistadas afirmaram ter uma renda superior a três salários mínimos, assim como mais 7% afirmaram não terem nenhum tipo de renda mensal.

g) Em relação a benefícios da Previdência Social

Gráfico 6 - Benefício da Previdência Social.



No que se refere ao recebimento de benefícios da previdência social, 53% das entrevistadas declararam receber ajuda do governo, ao passo que 47% afirmaram não receber nenhum tipo de auxílio do governo ou previdência social. Esses benefícios se convertem em aposentadorias, auxílio-doença, auxílio-transporte, bolsa família etc. Esses dados demonstram que, apesar da forte e intensiva atuação na questão de orientação jurídica, por parte das organizações não governamentais, de um modo geral, quase metade das entrevistadas ainda não recebe nenhum tipo de benefício do governo federal, evidenciando o descaso, a inércia com que o governo trata da questão do câncer e, sobretudo, da saúde da mulher com câncer de mama no país.

h) Em relação à situação de moradia

Gráfico 7 - Situação de moradia.

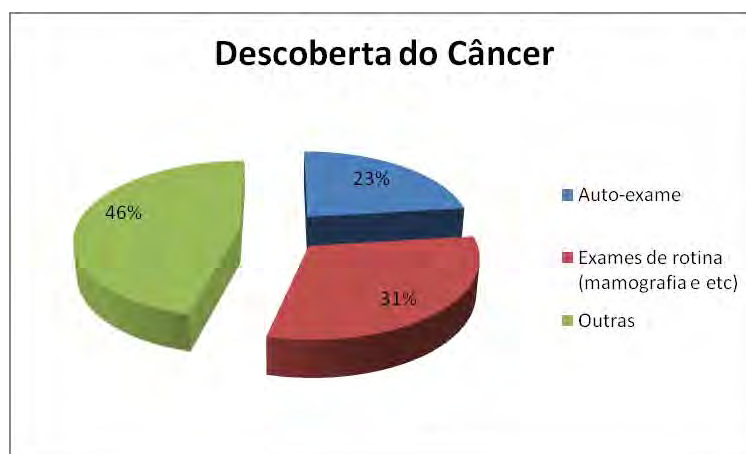


Quanto à questão de moradia, 67% das entrevistadas afirmaram morar em residência própria e/ou financiada. Enquanto 33% das entrevistadas declararam morar em residências alugadas ou outros.

4.1.2 O enfrentamento do câncer de mama e a mastectomização

a) Em relação à descoberta do câncer de mama

Gráfico 8 - Descoberta do câncer de mama.



Quando questionadas sobre como e quando descobriram o câncer de mama, 46% das entrevistadas afirmaram ter descoberto a doença casualmente, ao sentirem e perceberem a presença de nódulos, ou por sentir algum tipo de incômodo na mama e ao tocar a mama no período da gravidez. Outras 31% das entrevistadas afirmaram ter descoberto o câncer através de exames de rotina como mamografia e ultrassonografia. Desse total, apenas 23% das entrevistadas declararam ter identificado os nódulos exclusivamente a partir do autoexame que são realizados com frequência. Este percentual demonstra a necessidade de campanhas de conscientização por parte do poder público e da sociedade civil, já que o autoexame é uma maneira simples e eficaz para o combate ao câncer. Constata-se que o exame realizado com frequência permite a identificação e o diagnóstico na fase inicial da doença, o que aumenta substancialmente as chances de cura.

b) A reação após o recebimento do diagnóstico

No que se refere à reação das entrevistadas ao receber o diagnóstico do câncer, todas foram unânimes em descrever a situação de maneira mais diversa

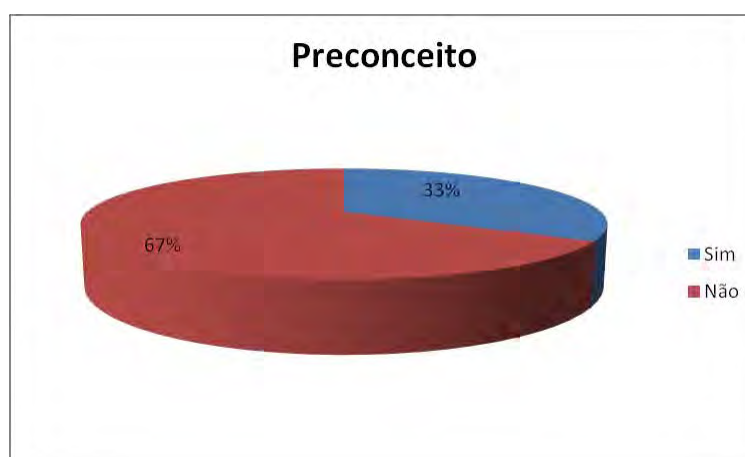
como muito ruim, que envolveu sentimentos de tristeza, pavor, desespero, desapontamento e sofrimento. Reações como choro, medo de morrer, depressão e pessimismo foram as que mais atingiram seus estados emocionais e psicológicos. Porém, afirmaram também que logo após o impacto sobre o diagnóstico da doença, vieram também os sentimentos de esperança, de fé em Deus, de confiança, de luta e vontade de viver.

c) Reação de familiares, parentes e amigos em relação ao diagnóstico

Em relação à reação da família, parentes e amigos sobre a descoberta da doença, a maior parte das entrevistadas afirmou que os sentimentos foram praticamente os mesmos: pessimismo, surpresa, tristeza, incredulidade, e até certo receio por parte de alguns familiares. Porém, para alguns a reação pareceu normal, pois no seu entender o câncer hoje em dia tornou-se uma doença comum que as pessoas já não a discriminam tanto como antigamente. Contudo, também afirmaram que esses sentimentos vieram seguidos de apoio, atenção, cuidado, confiança e, sobretudo, fé em Deus.

d) Quanto ao preconceito por parte de familiares, parentes e amigos

Gráfico 9 – Quanto a preconceito.



Quando perguntadas se perceberam algum tipo de preconceito por parte de familiares, parentes e amigos, 67% das entrevistadas afirmaram não terem percebido nenhum tipo de preconceito. Os pontos mais ressaltados foram o apoio da família e dos amigos. Porém, 33% das entrevistadas afirmaram terem sentido algum tipo de preconceito. Sendo rejeição, distanciamento nas relações de amizade, curiosidade em ver a cabeça raspada em decorrência do tratamento etc. Em um caso específico certo receio de aproximação por parte de alguém da família. Apesar da incidência do preconceito ter sido consideravelmente menor que o inverso, ainda pode-se considerar um percentual bastante elevado em relação ao preconceito. É preciso conscientizar as famílias e as pessoas, de um modo geral, sobre a importância do apoio familiar para a mulher, principalmente no período do tratamento.

e) Reação quanto à retirada de mamas

Quanto à reação ao processo de retirada de mamas, a maior parte das entrevistadas declarou terem tido reações negativas diversas, tais como: crise nervosa, tristeza, vergonha, vontade de morrer, crise de choro, pessimismo, preocupação com a aparência, depressão pela perda parcial ou total de uma parte de seu corpo etc. Uma pequena parte afirmou ter tido uma reação normal ou até de aceitação, já que sua fé em Cristo era maior e que tinha convicção que Deus estaria ao seu lado. Essa informação retrata bem a fé e o apego à religião, principalmente em situações de desespero e angústia.

f) Reação do parceiro e familiares quanto à retirada de mamas

Quando questionadas sobre a reação de parceiros e familiares quanto à retirada de mamas, as entrevistadas declararam que boa parte dos familiares se mostrou com certo receio de comentar ou disfarçavam certo espanto ou tristeza. Contudo, a maioria afirmou que o apoio da família foi fundamental para o seu processo de recuperação. Porém, constatou-se que houve certa rejeição por parte de alguns companheiros, tendo um caso específico que, mesmo após oito anos de realização da cirurgia, seu companheiro não se mostrou interessado em ver como ficou sua mama.

g) Quanto à reconstituição da mama

Gráfico 10 - Reconstituição de mamas.



Em relação à cirurgia de reconstituição de mamas, 71% das mulheres entrevistadas declararam ainda não ter feito a reconstituição, sendo que algumas chegaram a comentar que não havia necessidade, que não tinham o menor interesse em passar por este procedimento, devido a fatores como medo, incerteza ou por já ter passado por todo o processo de tratamento. Apenas 29% das entrevistadas fizeram a cirurgia de reconstituição de mamas, pois acharam que seria importante para sua recuperação emocional, psicológica e sexual.

h) Quanto à autoestima

Em relação à autoestima, todas as entrevistadas declararam que tiveram uma considerável melhoria da autoestima após o tratamento contra a doença. Mesmo considerando que seja positiva esta afirmativa, algumas mulheres declararam ter problemas no relacionamento com seus parceiros devido a diferenças estéticas da reconstituição de mama. Em alguns casos houve uma melhora com a reconstituição da mama, não afetando o relacionamento e, ao contrario do que se poderia imaginar, o relacionamento sexual e sentimental melhorou; algumas também afirmaram viver sua vida intensamente e entregar seu futuro a Deus.

i) Quanto à qualidade de vida após e/ou tratamento

Gráfico 11 - Qualidade de vida.



Em relação à melhoria da qualidade de vida após o tratamento, 93% das entrevistadas declararam que sim, que tiveram um aumento significativo após o tratamento, mesmo com todo o sofrimento e incômodo que sentem nesta etapa do tratamento. O conhecimento do problema e principalmente de como lidar e viver com ele contribuiu para que se sintam mais seguras e esperançosas. Dessa forma, as informações recebidas e o apoio de profissionais da área de saúde tem tido uma contribuição importantíssima para uma melhor qualidade de vida. Esta melhoria se fortalece e se revigora com o apoio dos familiares, tornando-se fundamental em sua recuperação. Uma nova maneira de ver as pessoas, o mundo, o amor à vida, a vontade de viver, a valorização das pessoas queridas e dos pequenos momentos transformaram suas vidas. Com um percentual de 7%, as entrevistadas afirmaram não ter tido nenhuma melhora em relação à qualidade de vida, pois o tratamento tem lhes causado muito sofrimento, provocando muitos transtornos seja emocional, psicológico e social.

j) Em relação à vida sexual no decorrer da descoberta do câncer

Os comentários em relação à vida sexual das entrevistadas, após a descoberta do câncer e no período do tratamento, divergiram substancialmente.

Algumas mulheres afirmaram que tiveram dificuldades para se relacionar durante o período de tratamento, pois se sentiam diferentes, talvez inferiores a outras mulheres. Devido o momento que estavam passando, se sentiam de alguma forma até culpadas pelo seu infortúnio, por ver seu corpo de certa forma mutilado. Afirmaram ainda, que alguns maridos hesitavam em ver o corpo desnudo para não vê-las sem as mamas. Alguns homens viam a reconstituição diferente da mama original. Casos de homens que passaram a ter outras mulheres fora do casamento e até mesmo separação. Algumas qualificaram a vida sexual como péssima, pois há muito tempo não existe nenhum tipo de atividade dessa natureza. Outras afirmaram ter conseguido grandes avanços na qualidade da vida em relação a sua sexualidade. Percebe-se, então, que a após a descoberta da doença, a grande maioria das entrevistadas teve problemas com seus parceiros em relação à sexualidade, afetando o relacionamento entre ambos.

k) Quanto ao medo de morrer

Gráfico 12 – Medo da morte.

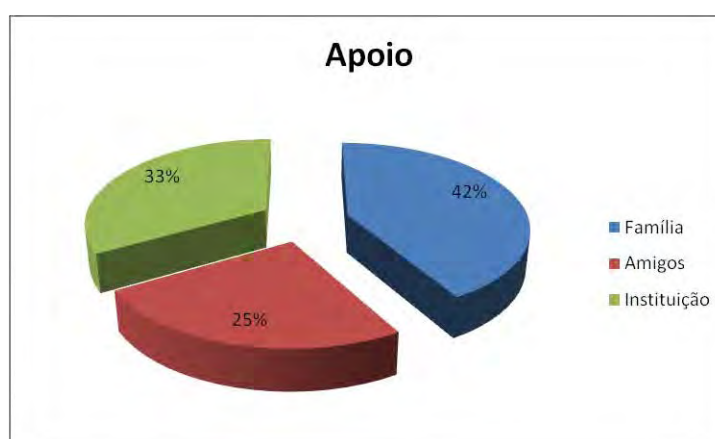


Quando questionadas sobre o medo de morrer em decorrência da doença, 67% das entrevistadas declararam que não. Que a morte é algo de que não podemos fugir, é apenas uma consequência de nossa vida, é perfeitamente compreensível que a morte é um acontecimento que mais cedo ou mais tarde acontecerá, seja pela doença que lhes acometem ou por outra causa, de uma forma ou de outra ela virá. As mulheres mais religiosas depositam suas esperanças na

força da fé e nas palavras de Deus. Fica evidente a questão da religiosidade e da fé cristã principalmente quando se constata uma enfermidade grave. As que admitem o medo de morrer em decorrência da doença correspondem a um percentual de 33%, porque existe toda uma preocupação em torno da doença, que é vista como fatal com um tratamento doloroso, por muitas pessoas morrerem em pouco tempo. Existe uma preocupação maior que são os filhos, sendo o futuro dos filhos uma das coisas que mais preocupa neste aspecto.

l) Quanto ao apoio recebido em relação à doença

Gráfico 13 – Apoio recebido.



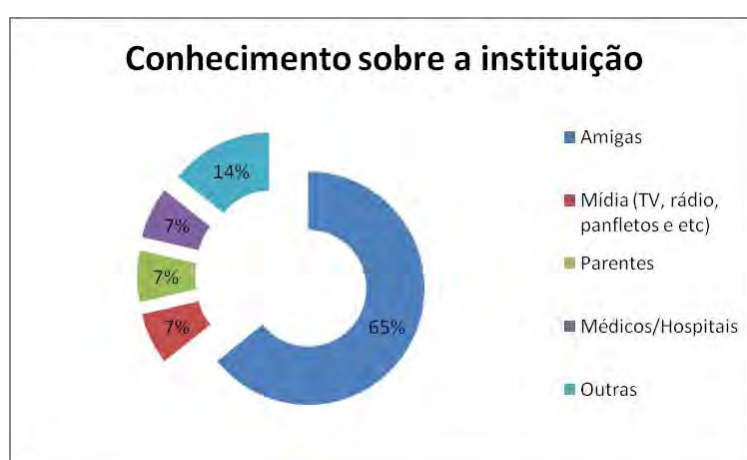
Em relação ao apoio recebido no enfrentamento da doença, 42% das entrevistadas afirmaram ter encontrado apoio maior na família, seja na preocupação pela doença, nos cuidados que teriam que ter em relação ao tratamento, no acompanhamento ao hospital, na alimentação e na própria qualidade de vida. Em seguida, com 33%, vem o apoio recebido pela instituição. Foi através da instituição que se teve um conhecimento melhor sobre a doença, informações mais precisas de como conviver com ela, em obter mais informações sobre tratamentos e medicamentos, como também, direitos e garantias instituídos por lei que lhes garantam uma melhor assistência médica e jurídica. Com 25% vem o apoio recebido por amigos; são citados os amigos que estão mais próximos, que procuram ajudar de alguma forma, seja com palavras de carinho, com ajuda financeira ou procurando

melhorar a autoestima, o que contribui de maneira significativa para o enfrentamento da doença.

4.1.3 O papel da instituição na sua recuperação

a) Quanto ao conhecimento sobre a instituição

Gráfico 14 – Conhecimento sobre a instituição.



Em relação ao conhecimento da instituição, 65% das entrevistadas afirmaram que tiveram conhecimento através da indicação de outras amigas, diagnosticadas com a mesma enfermidade que tinham frequentado e/ou frequentavam o grupo, ou mesmo pessoas que sabiam da existência de instituições que lidavam com esse tipo de problema, passando dessa forma a indicar a referida instituição. Em seguida com 14%, as entrevistadas declararam terem tido conhecimento das mais diversas formas, tais como: informação de amigos, hospitais, clínica, palestras etc. Em seguida, com 7%, respectivamente, vieram às indicações exclusivamente por parte da mídia, por hospitais e por profissionais da área de saúde.

b) O significado da instituição no seu cotidiano

Todas as entrevistadas declararam que a instituição tem tido um papel fundamental em suas vidas. De como é importante para as pessoas participarem de

alguma instituição que lhes possam dar apoio, orientação e informação, principalmente quando se vêem em alguma situação difícil como é lhe dar com o problema do câncer. Fazer parte de uma ONG, onde as pessoas compartilham dos mesmos problemas, dos mesmos sentimentos, as tornam mais unidas e fortes, pois a troca de experiência entre si fortalece cada vez mais o sentimento que as unem. Nessa simetria entre o grupo, não apenas o tema “câncer” é cerne da questão, mas a vida de cada uma das mulheres que dele faz parte se torna tema de discussão no sentido mais amplo das questões ali deliberadas, o que torna o trabalho da instituição uma ferramenta imprescindível no acompanhamento e apoio de mulheres que, na maioria das vezes, se sentem estigmatizadas pela enfermidade que lhes acometem.

c) A importância de fazer parte desse grupo

Todas as entrevistadas declararam que o mais importante em participar desse grupo é a solidariedade que existe entre todas; é a relação de amizade entre cada uma; é a orientação e informação que recebem a cada encontro por parte da equipe da instituição; é a participação de todas nas discussões que são levantadas por cada integrante. Um dos pontos fundamentais é que a instituição através do trabalho voluntário de outros profissionais oferece significativos serviços, tais como: palestras, dinâmicas de grupo, assessoramento jurídico, apoio psicológico, informações sobre novos exames, novos procedimentos médicos e novos medicamentos. Tudo isso demonstra o quanto é importante fazer parte de um grupo como esse, em que já se constatou que as condições socioeconômicas da maioria dessas mulheres é precária.

d) Dos serviços oferecidos pela instituição x qualidade de vida

Gráfico 15 – Melhoria da qualidade de vida.



Quanto aos serviços oferecidos pela instituição se, de alguma forma têm tido algum efeito ou contribuído de alguma maneira na qualidade de vida das entrevistadas, 93% declararam que sim, pois já tinham sentido essa melhora quando da realização do tratamento, mesmo sendo muito doloroso. Porque, mesmo com todo o apoio da família e amigos o doente fica refém do próprio medo, refém do estigma da doença e, conseqüentemente da morte. Não sem tem uma idéia mais concreta do que realmente pode lhe acontecer. Formar parte de um grupo em uma instituição que possa esclarecer, informar o que se pode saber sobre esta enfermidade é muito importante. As múltiplas respostas afirmativas refletem o desejo de viver mais e aproveitando melhor cada momento, cada dia da melhor forma possível. É num espaço como este que todas falam naturalmente de seus problemas, falam com naturalidade sobre o câncer, quebrando barreiras em até mesmo falar a palavra “câncer”, frequentar a instituição é crescer como pessoa, é se sentir valorizado. Mesmo percebendo que existe um grau de satisfação bastante elevado em relação à melhoria da qualidade de vida quanto aos serviços oferecidos pela instituição, 7% declararam que não sentiram alguma diferença ou que tenha havido alguma contribuição da instituição que representasse alguma melhora substancial em sua qualidade de vida.

e) Conhecimento do dever do Estado com pacientes de câncer

Gráfico 16 – Conhecimento de seus direitos.



Quanto ao conhecimento dos direitos garantidos pela Constituição Federal e do papel do Estado em relação a pacientes com câncer de um modo geral, 75% das entrevistadas declararam não ter conhecimento prévio do assunto. Percebe-se então um índice alarmante no que diz respeito à informação sobre a garantia dos direitos do cidadão, principalmente de pessoas que não têm acesso a todos os meios de comunicação, em decorrência da própria desinformação e da ineficiência do Estado. É importante destacar que o conhecimento sobre esses direitos só veio com o esclarecimento através da instituição, passando, dessa forma, a cobrar do Estado a responsabilidade na garantia de seus direitos. Enquanto que apenas 25% afirmaram já possuir conhecimento sobre o assunto, o que representa um índice muito baixo em relação ao conhecimento dos benefícios garantidos em lei.

f) A contribuição da instituição, familiares e profissionais envolvidos

Quanto a esta questão, vale ressaltar que a instituição é uma organização não governamental sem fins lucrativos, portanto, sem recursos financeiros. Dessa forma, entendido por todo o grupo que dela participa. Um dos aspectos que todas reconhecem é a limitação do trabalho desenvolvido pela ONG por falta de recursos financeiros; reconhecem que a instituição não tem obrigação nem é seu papel

resolver os problemas do grupo. Existem questões específicas que, apesar de todo o apoio, dedicação e disponibilidade de seus integrantes, são passíveis de serem resolvidos. A instituição tem contribuído da melhor forma possível para atenuar os problemas decorrentes do seu cotidiano, do enfrentamento das questões relacionadas à saúde da mulher, sobretudo, a enfermidade do câncer.

Quase todas as entrevistadas declararam que aconteceram mudanças substanciais no relacionamento com seus companheiros e no âmbito familiar, principalmente daqueles que se envolveram também no trabalho desenvolvido pela instituição, já que alguns companheiros e familiares acompanham as participantes do grupo às reuniões e de certa forma interagem com o grupo. O apoio e a participação da família são essenciais para o equilíbrio emocional e psicológico do enfermo de câncer em sua recuperação.

Tão importante como a instituição e a família é o trabalho desenvolvido por vários profissionais de forma voluntária, em que se destacam, de acordo com a maioria das entrevistadas, o trabalho de psicólogos, advogados, oncologistas, mastologistas, ginecologistas, assistentes sociais, enfermeiros etc. A multidisciplinaridade de toda a equipe é fundamental nas questões que envolvem a saúde da mulher, fundamentalmente quando ela é acometida por um câncer de mama.

O tema em discussão torna-se extenuante em decorrência de situações singulares, o processo de adoecimento da mulher com câncer de mama e o processo de mastectomização ou retirada de mamas, ou questões que envolvem todo o procedimento permeia pela esfera do estado por estar inserido no programa de saúde da mulher. Procuramos identificar o significado de todo esse processo em seu cotidiano, caracterizando que o sentimento maior diante da mastectomização percebe-se, diante do espelho, que parte de seu corpo já não se encontra mais ali devido a retirada da mama, ou seja, a mastectomização é algo desesperador, principalmente por ser uma parte do corpo que representa a feminilidade, a sensualidade e a sexualidade; representa também a lactância, ou seja, o ato de amamentar.

Para a mulher, de certa forma, a mastectomização representa mutilação por retirar parte de seu corpo que significa objeto de desejo e prazer, porém, este processo de mastectomização representará também sonho, esperança, oportunidade de luta contra a doença, oportunidade de uma melhor qualidade de

vida, de dar continuidade a projetos seja no âmbito profissional, familiar, pessoal, emocional e afetivo. A mastectomização compreende pensar não apenas na aparência, na galhardia; compreende repensar o cuidado com o corpo e saúde com qualidade, compreende também viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações de âmbito social e econômico, ocorridas ao longo de todo o século XX, já em decorrência do processo industrial que se configurava em fins do século XIX, estabeleceram uma nova ordem econômica e social no mundo que vigora até os dias atuais. Esta ordem tem sido progressiva e sistematizada pelos países capitalistas e pelo capital financeiro, cujas regras são adotadas objetivando maior lucro de acordo com seus interesses. Por outro, a grande massa de trabalhadores que vende sua força trabalho em troca de um salário. Essa correlação de forças que sobrevém do capital implica diretamente nas questões sociais, dando ênfase, nesse contexto, às transformações sociais.

Esse processo se acentua também pela não intervenção do Estado de maneira contundente, em não priorizar as demandas sociais, contribuindo, assim, para os conflitos sociais.

Como vimos no transcurso desse trabalho sobre as políticas sociais implantadas ao longo do século XX, evidencia-se o dismantelo e o desinteresse do Estado em promover políticas sociais satisfatórias às necessidades e demandas da sociedade.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, chamada também de Constituição Cidadã, a sociedade brasileira se sentiria mais protegida e mais assistida pelo Estado, isso, devido principalmente pelas garantias de direitos e assistência inseridas em seu contexto, fundamentado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Na contramão dessas garantias, percebe-se que a sociedade se sente cada vez mais menos protegida e desassistida.

Mesmo que estatisticamente o Brasil tenha avançado progressivamente no aspecto econômico e que boa parte da população tenha sido resgatada de indicadores baixíssimos de pobreza, não foi o suficiente para melhorar a vida de boa parte dela. O crescimento econômico que o país atingiu não foi o bastante para melhorar em vários quesitos medidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), relacionados à qualidade de vida, que se traduz em trabalho, educação, saúde, habitação e saneamento básico de qualidade.

Percebe-se, então, a ineficiência do Estado em tomar decisões ou iniciativas que torne mais ágil as mudanças sociais que tanto a sociedade clama; a lentidão das reformas esperadas incute nas pessoas um sentimento de desamparo, de orfandade no que se refere aos seus direitos, e esse sentimento leva, portanto, ao enfrentamento das questões sociais. Nesse sentido, entendemos que a responsabilidade do Estado em qualquer iniciativa que pretenda enfrentar com seriedade a questão social necessita, fundamentalmente, incorporar a participação ativa da sociedade civil como condição necessária para o entendimento.

Atualmente, a participação da sociedade civil é fundamental em todos os processos de negociações no âmbito das questões sociais associando também as Organizações Não Governamentais (ONGs), tendo incorporado grandes desafios no chamamento da participação popular e movimentos sociais em planejamento, em fiscalização e participação no processo de valorização de atividades desenvolvidas nos processos de decisões, nas transformações sociais, evidenciando-se, segundo Marín e Ruiz (2002, p. 145), que:

O estudo das organizações tem sido uma parte significativa do esforço das ciências sociais para promover uma maior implicação da sociedade nos assuntos sociais durante as últimas décadas, é e previsível que vá adquirindo cada dia mais importância. As fabricas, as empresas e as organizações são as sucessivas formas habituais de organizar o trabalho desde o início da industrialização até nossos dias.

Segundo Torre (2002), em um censo realizado em 2002, na Espanha, já se contavam aproximadamente duzentos e noventa e três mil instituições registradas no país. Nesse mesmo período, em investigações realizadas por IPEA e IBGE, apontavam que havia registros de aproximadamente duzentos e sessenta e oito mil instituições registradas em nosso país. Se compararmos a extensão territorial do Brasil com a da Espanha, veremos que o primeiro terá uma proporção territorial aproximadamente ao Estado de Minas Gerais. Mesmo que em números percentuais apresentados no mesmo período tenhamos ficado aquém do esperado, é evidente o seu crescimento e a grande contribuição que tem dado nas mais diversas áreas de atuação.

O interesse do cidadão em participar coletivamente das questões sociais, exercendo sua cidadania, tem crescido substancialmente na sociedade. Embuído neste espírito de solidariedade e de participação é que temos a percepção de seu

papel para o crescimento das instituições que, dessa forma, compõem o chamado terceiro setor, caracterizando, segundo Santos (2002, p. 71-72), as virtualidades epistemológicas do princípio de comunidade, salientando duas das suas dimensões:

[...] participação e solidariedade. Estes elementos só muito parcialmente foram colonizados pela ciência moderna. No caso da participação, a colonização deu-se, sobretudo, no contexto do que a teoria política liberal definiu, de forma bastante rígida, como sendo a esfera política (cidadania e democracia representativa). No caso da solidariedade, a sua colonização ocorreu nos países capitalistas desenvolvidos, através das políticas sociais do Estado-Providência, embora também aqui de forma incompleta.

Os desafios encontrados pelas ONGs quanto ao enfrentamento das transformações sociais esbarram no âmbito do próprio Estado. Salamon (2005, p.163) aponta três grandes desafios nesse aspecto:

1. É a colaboração com o estado,
2. É o apoio estatal, o qual é um elemento importante do financiamento para o terceiro setor, especialmente na América do Norte e Europa Ocidental;
3. Em terceiro tem que se ter em conta que na América Latina, África e Ásia a relação entre terceiro setor e o estado tem sido, de alguma maneira, contrárias por algumas razões. As autoridades estatais quase sempre têm sido repressoras e alheias as preocupações dos cidadãos, e as organizações civis surgiram de alguma forma para se opor ao poder do estado e resistir a determinadas políticas. Para ambas as partes o desafio agora é saber se conseguirão terminar os enfrentamentos e encontrar meios de colaboração.

Nesse contexto, entendemos o significado do papel exercido pelas ONGs no enfrentamento das questões sociais mediante a incapacidade do Estado de gerenciar com eficiência políticas públicas condizentes com as demandas sociais, evidenciando a precarização dos serviços públicos. Dessa forma, vemos a participação de entidades não governamentais e organismos da sociedade civil como mediadores de conflitos, provocados pela própria incapacidade do Estado em resolver questões relevantes a sua esfera.

Compreende-se, portanto, que a representatividade desses organismos configura-se como alternativa ao Estado como meio de mediação, viabilizando uma relação entre estado e sociedade, para que políticas sociais com as quais o Estado busca desempenhar e alcançar objetivos, possibilitem satisfazer de alguma forma as necessidades da população para que sejam efetivamente alcançadas. Dando

condições para que os mais diferentes seguimentos da sociedade possam conviver em igualdade de condições. Dessa forma, Santos (2010, p. 123) entende que:

[...] a distinção Estado/sociedade civil defronta-se com três objeções fundamentais. A primeira é que não parece correto que se ponha em causa esta distinção precisamente no momento em que a sociedade civil parece estar, por toda a parte, a reemergir do julgo do Estado e a autonomizar-se em relação a ele, capacitando-se para o desempenho de funções que antes estavam confiadas ao Estado. A segunda objeção é que, mesmo admitindo que a distinção é criticável, é difícil encontrar uma alternativa conceptual ou é mesmo logicamente impossível, pelo menos enquanto vigorar a ordem social burguesa. A terceira objeção é que, sobretudo nas sociedades periféricas e semiperiféricas (como a nossa) caracterizadas por uma sociedade civil fraca, pouco organizada e pouco autónoma, é politicamente perigoso por em causa a distinção Estado/sociedade civil.

O processo de redemocratização do Brasil foi fundamental para o avanço das conquistas sociais defendidas na Carta Magna de 1988, e todos os avanços sociais alcançados só foi possível, justamente, pela luta das organizações da sociedade civil, das ONGs, dos sindicatos, de entidades classistas, dos movimentos sociais de uma forma geral. Uma das maiores conquistas foi com relação à saúde, com a implantação do sistema de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se estabeleceu um percentual nos recursos do Orçamento da União destinado exclusivamente para cobrir os gastos com programa de descentralização da saúde pública em parceria com governo federal, estadual e municipal.

Passado toda a euforia desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde no país e das políticas públicas no âmbito da saúde seja para idosos, para mulheres, para deficientes etc., percebemos que as deficiências são enormes em todo seu funcionamento. No caso específico da mulher acometida por câncer de mama, vimos, a partir do início desse trabalho, as dificuldades por elas encontradas nas mais diversas fases da doença, seja no tratamento, no processo de mastectomização, na reposição das mamas, no aspecto emocional, psicológico e jurídico.

A partir dessa compreensão, entendemos que as formas institucionais que se constituem para proteger o conjunto da sociedade no que diz respeito à proteção social, se refletem na força que a sociedade civil tem para se organizar em benefícios das causas sociais, compreendendo-se a própria sobrevivência. Dessa forma, se defrontando com o reconhecimento público de legitimidade. No caso específico se faz necessário ressaltar algumas lacunas em que percebemos a

violação de direitos e garantias constituídos em lei por parte do poder público, ou seja:

- a) falta de assistência necessária a um atendimento urgente;
- b) falta de leitos em hospitais para internamento;
- c) lentidão na marcação de consultas;
- d) demora na realização de exames e consultas;
- e) equipamentos quebrados nos hospitais, necessários para o tratamento;
- f) falta de apoio e estrutura física para pacientes de outras cidades;
- g) isenção no pagamento de passagens de ônibus urbanos e intermunicipais no deslocamento para o tratamento em centro especializado;
- h) falta de apoio psicológico e informação sobre a enfermidade;
- i) benefícios da LOAS, do Bolsa Família e principalmente da Previdência Social.
- J) sucateamento dos hospitais da rede pública;
- k) falta de apoio e informações jurídicas no cumprimento de benefícios garantidos aos enfermos de câncer etc.

A ineficiência do Estado para com a saúde pública é uma das questões mais discutidas em todos os segmentos da sociedade, onde se evidencia esta ausência na proteção a população ou grupos coletivos com determinado tipo de enfermidade, dos serviços e cuidados essenciais para a sua saúde, isso se constata pela falta de atenção necessária que deveria ter com a saúde pública. O Estado, que poderia ser exemplo na proteção, promoção e acesso a saúde pública, a trata principalmente aos seus usuários, ou seja, de quem dela necessita, com total descaso pela falta de interesse e investimento nos mais diversos setores, seja no aspecto físico, estrutural, humano, instalações, equipamentos técnicos etc.

As redes sociais se multiplicam como forma de apoio e alternativas para suprir determinadas lacunas deixadas pelo estado. Essas redes sejam através de associações, cooperativas, entidades de classes, movimentos sociais, ONGs etc. são, na atualidade, uma ferramenta de interlocução entre os espaços que se veem obstruídos na esfera pública.

Entendemos, portanto, que as ONGs têm um papel fundamental no exercício da cidadania, na prestação e contribuição de serviços inerente ao estado. As ONGs nascem com esta característica, com o sentido de estabelecer uma ponte para potencializar mecanismos de atuação nas questões sociais. Nesse sentido, evidenciam-se as transformações sociais incidindo diretamente no desenvolvimento da identidade coletiva, no papel que desempenham nos processos de construção de identidade própria ou coletiva, nos meios de ação e atuação participativa e solidária.

Ao concluir este trabalho buscamos mostrar o significado da atuação das ONGs no âmbito da sociedade.

Sendo assim, os temas abordados neste contexto não se esgotam apenas com estas constatações; novos elementos surgirão para a construção de uma sociedade mais justa, onde a participação cidadã, nos processos sociais, possa contribuir nas ações de mobilização popular, de comunidades, de organização da sociedade civil, na contribuição e atuação das ONGs, possibilitando, assim, uma discussão mais ampla do tema em questão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. **Pensando a família no Brasil: da colônia a modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ÁRIES, P. **A história social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1981.

ARIÑO, A. (Dir.). **La Rosa de las solidaridades: necesidades sociales y voluntariado en la comunidad valenciana**. Valencia: Fundación Bancaza, 1999.

ARIÑO, A. **Asociacionismo y voluntariado en España: una perspectiva general**. Valencia: Ed. Tirant lo Blanch, 2007.

BANKOWSKI, B. J. (Org.). **Manual de ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARBOSA, A.; OLIVEIRA, C. F. **Câncer: direito e cidadania**. 11. ed. São Paulo: Arx, 2007.

BARBOSA, M. N. L. **Manual de ONG - Guia prático de orientação jurídica**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70 LDA, 2010.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BEHRING, E. R. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. *In* **Revista Serviço Social & sociedade**, ano xxv, n. 73. Rio de Janeiro: Cortez, 2003.

BELTRÃO, P. C. **Família e política social**. Rio de Janeiro: Agir, 1962.

BENLLOCH, M. I. **Seminario - balance y perspectivas de los estudios de las mujeres y del género**. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Ed. Instituto de la Mujer, 2003.

BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília, 1993.

BRASÍLIA. Norma Operacional Básica (NOB). MPAS, 1997.

BUCKMAN, R. **Todo lo que hay que saber sobre el cáncer**. Madri: CIREC, 2002.

CAMPOS, J. L. M. **El Tercer sector no lucrativo en el mediterráneo: la economía social de no mercado: España, Francia, Grecia, Italia y Portugal**. Madri: Edita. CIREC, 2003.

CAMPOS, T. C. R. **Adentrando um hospital: psicologia hospitalar – a atuação do psicólogo no hospital**. Rio de Janeiro: EPU, 1995.

CARPIO, M. L. O. **Las ONGD y la crisis del desarrollo: un análisis de la cooperación con centroamérica**. Madrid: IEPALA Editorial, 1994.

CARVALHO, M.C.B. A política de assistência no Brasil: dilemas na conquista de sua legitimidade. In **Serviço Social**, n. 62, São Paulo: Cortez, 1999.

CARVALHO, M. C. B. (Org.). A priorização da família na agenda da política social. In **A família contemporânea em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

CESAREO, V. ROSSI, G. **L'azione volontaria nel Mezzogiorno fra tradizione e innovazione**. Bolonha: EDB, 1989.

CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA. República Federativa do Brasil. Ed. atual. Brasília, 1988.

CORBETTA P. **Metodología y técnicas de investigación social: revisión y adaptación técnica**. Madrid: Mc Graw Hill, 2007.

COTAIT, A. A. **Bases da enfermagem em quimioterapia: reações psíquicas a mastectomia**. São Paulo: Lemar, 2000.

DAHL. R. A. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: USP, 1997.

DAHMER, T. **Sociedade & políticas: novos debates entre ONGs e universidade.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

DANDA, P. **O que é família.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

DEMO, P. **Revista de seguridade social: estado e regulação social.** N. 7, ano XXIV, nov. 2003.

DIAS, M. B. **Novos tempos, novos termos.** Porto Alegre: Artigos Jurídicos, 2004.

DIAS, R. **Introdução a sociologia.** 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

DONATI, P. (1999). **Teoría relacional de la sociedad.** Milano: Franco Angeli, 1991.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** São Paulo: Civilização Brasileira, 1987.

ESTUDOS DE POLÍTICA E TEORIA SOCIAL: Religião, Ação Social e Política. Primeiro Semestre nº 12. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

FALEIROS, V. P. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil.** Brasília: UnB, 2000.

FALEIROS, V. P. Questões presentes para o futuro. **Serviço Social & Sociedade.** Ano XVII, n. 50, São Paulo: Cortez, 1996.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERNANDES, C. R. (Org). **Terceiro setor: desenvolvimento social sustentado.** Rio de Janeiro: Paz e Terra., 2005.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO. Documentos do comitê de serviço social para oncologia. Secretaria de Saúde. São Paulo, 2004.

GARCIA, J. **Sociedade & políticas: novos debates entre ONGs e universidade.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

GARCÍA, J. C. **Tratamiento del cáncer de mama**. Barcelona: Ediciones Doyma, S. A., 1991.

GARCÍA, J. R.; COMES, J. A. **El voluntariado como recurso social**. Valencia: Fundación Bancaja, 1995.

GARCÍA, J. R. **Solidaridad y voluntariado**. Bilbao: Sal Térrea, 1998.

GIDDENS, A. **Europa en la era global**. Barcelona: Edición Paidós, 2007.

GOHN, M. G. O novo associativismo e o terceiro setor. **Serviço Social & Sociedade**, ano XIX, n. 58, São Paulo: Cortez, 1998.

GOMES, M. T. V.; TABORBA, W. C. **Ginecologia**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

GRAMSCI, A. **Poder, política e estado**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Rio de Janeiro, 1992.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. DE SALLES. **Dicionário de língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

HYPERLINK. <<http://www.inca.gov.br>"_www.inca.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2008.

<http://www.if.com.br/camama.ht>_http://www.if.com.br/camama.htm. Acesso em: 15 dez. 2008.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico metodológico. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IBAÑEZ, E. M. **Psicología de la salud y estilos de vida**. Valencia, 1991.

IDI. **O que é câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.if.com.br/camama.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

INFORMATIVO: Hospital Napoleão Laureano, 2005.

INFORMATIVO: INE. ES – Instituto Nacional de Estatística - Espanha.

INFORMATIVO: Instituto Nacional do Câncer, 2008.

INFORMATIVO: <www.ibge.com.br>. Acesso em 2007.

INFORMATIVO: <www.ipea.com.br>. Acesso em 2007.

INFORMATIVO: <www.hospital.com.br>. Acesso em 2006.

IOSCHPE, E. SALAMON, L. (Org.). **Terceiro setor**: desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. 2. ed. São Paulo: Cortez/UNICEF, 1994.

KOWALSKI, I.S.G.; SOUZA, C.P. **Câncer**: uma doença com representação historicamente construída. São Paulo: Fundação Antonio Prudente, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **A Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1982.

_____. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1983.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LAZARSFELD, P. **Qualitative analysis**. Boston: Allyn and Bacon, 1972.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

MARCIONIS, J. J.; PLUMMER, K. **Sociología**. 3. ed. Edita: Pearson Educación, S. A. Madrid, 2007.

MARÍN, A. L.; RUIZ, G. P. **Sociología de las organizaciones**. Madri: McGraw-Hill, Interamericana de Espanha. S. A.U., 2002.

MARÍN, A. L.; TOMÁS, J. M. M. **Estructura social:** la realidad de las sociedades avanzadas. Movimientos sociales y tercer sector. Madri: Pearson Educación S. A, 2006.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos.** 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1988.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Caminhos do pensamento epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método, e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. <www.mpas.gov.br>. Acesso em: nov. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. <www.ministeriodasaude.com.br>. Acesso em: nov. 2009.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, A. C.; LEMGRUBER, I.; COSTA, O. T. **Tratado de ginecologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

OLIVEIRA, F. E. (Org.). **Reforma da Previdência:** texto para discussão. Brasília: IPEA, 1998.

ONU. Conferencia sobre o câncer. Nova York, 1984.

_____. **Crítica à razão dualista:** o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

OLABUENAGA, L. I. R. **El sector no lucrativo en España:** una visión reciente. Bilbao: Fundación BBVA, 2006.

PEREIRA, L. C. B. **A reforma do Estado dos anos 90 lógica e mecanismo de controle.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

POULANTZAS, N. (Org.). **Clases sociales y poder político en el estado capitalista**. México: Siglo XXI, 1969.

Rapporto, R. **IL Volontariato Sociale Italiano**. Roma: Fondazione Italiana Perì Volontariato, 1995.

RELATÓRIO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS. Ministério do Trabalho. Brasília, 2002.

REVERT, F. B. **Iniciación a la oncología quirúrgica**. Valencia: Enfermería Quirúrgica, 1997.

REVERT, F. B. **Todo lo que usted quería saber sobre el cáncer de mama y nunca preguntó: Una visión integral del problema**. Elche: Aspanias Impresores S. L., 2005.

REVISTA: SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE. **Famílias**. Ano XXIII, n. 71. São Paulo: Cortez, 2002.

SALAMOM, L. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 2. ed. Porto: Edições Afrontamentos, 2002.

SANTOS, B. S. **El milenio huérfano: ensayos para una nueva cultura política**. Madri: Trotta/Ilsa, 2005.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. A. S. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, A. O. **Carta tema: a assistência social no Brasil, 1983-1990**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TOMAS, J. M. M. **Procesos en torno a la religión: presente y futuro**. Madri, 2005.

TORRE, I. **Principales razones y consecuencias del burnot en profesionales de los servicios de bienestar social da La CAV. Posibles vías de soluciones.** Gobierno Vasco: S.C. Publicaciones, 1996.

TORO, J. B. **Terceiro setor:** desenvolvimento social sustentado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

VÁRIOS autores. "A metodologia no serviço social". **Cadernos ABESS**, n. 3º. São Paulo: Cortez, 1990.

VÁRIOS autores. "A produção do conhecimento no serviço social". **Cadernos ABESS**, n. 5º. São Paulo: Cortez, 1992.

APÊNDICES

Apêndice A

QUESTIONÁRIO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

a) Nome da entrevistada: _____

b) Naturalidade: _____ c) Idade: _____

d) Estado civil: ☐ Solteira ☐ Casada
☐ Desquitada ☐ Divorciada
☐ Outros

e) Grau de escolaridade:

- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Outros

f) Profissão: _____

g) Está trabalhando? Sim ☐ Não ☐ Em que? _____

h) Quanto a filhos? Sim ☐ Não ☐ Quantos? ()

i) Renda mensal:

- ☐ Um salário mínimo
- ☐ Dois salários mínimos
- ☐ Três salários mínimos
- ☐ Mais de três salários mínimos

j) Benefícios da Previdência Social: Sim ☐ Não ☐

Quais? _____

k) Residência:

Própria: Sim ☐ Não ☐
Alugada: Sim ☐ Não ☐
Financiada: Sim ☐ Não ☐

Apêndice B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Quando você descobriu que tinha câncer?
- 2) Como foi sua reação?
- 3) Como foi a reação de familiares, parentes e amigos?
- 4) Percebeu algum tipo de preconceito por parte de familiares, parentes e amigos?
- 5) Qual a sua reação quanto a retirada de mamas (mastectomia)?
- 6) Qual a reação de seu parceiro e familiares quanto à retirada de mamas (mastectomia)?
- 7) Você já fez reconstituição das mamas?
- 8) Como está sua autoestima?
- 9) Sua qualidade de vida melhorou após o tratamento?
- 10) Como você define sua vida sexual antes, durante e após a descoberta do câncer?
- 11) Você tem medo da morte?
- 12) De que forma você conheceu esta ONG?
- 13) Como você define o trabalho desta ONG?
- 14) Você acha que os serviços prestados por esta ONG têm melhorado sua qualidade de vida? Sim ☐ Não ☐ Por quê? _____
- 15) Para você, o que significa fazer parte desta ONG?
- 16) Dos serviços oferecidos pela ONG, qual tem contribuído de alguma forma para sua qualidade de vida?.
- 17) Existe a colaboração de profissionais da área de saúde ou áreas afins na ONG? (Em caso afirmativo: Como ela acontece?)
- 18) A atuação desta organização contribuiu de alguma maneira para que você tivesse conhecimento de direitos garantidos por lei ao enfermo de câncer, ou você já os conhecia? Sim ☐ Não ☐
- 19) O envolvimento da instituição e familiares contribuiu de alguma forma para enfrentar a doença?
- 20) Como você define o apoio recebido no transcurso de sua enfermidade?

ANEXOS

Anexo A

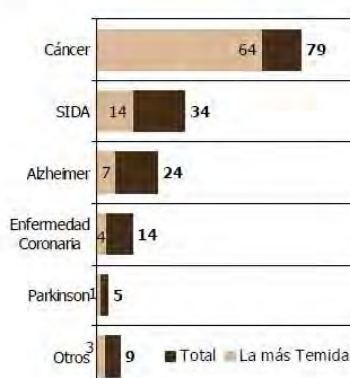
PRIMEIRO ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A PERCEPCÃO DO CÂNCER NA ESPANHA

Com o objetivo de informar com mais clareza a natureza do processo investigativo sobre o câncer, fazendo uma aproximação entre Brasil e Espanha, enfatizando que este não é o objetivo central deste estudo, nos propomos apenas fazer uma aproximação entre os dois países em aspectos de *caráter informativo como suporte bibliográfico*. Portanto, como parte deste anexo, será apresentada em sua forma e conteúdo original.

Este estudo tem como objetivo mostrar as opiniões dos espanhóis sobre as questões principais que envolvem a enfermidade. O referido estudo versa sobre a “Percepção do Câncer na Espanha”. Seu conteúdo é de caráter público, sendo sua publicação realizada pela Sociedade Espanhola de Oncologia Médica.

Primer Estudio Sociológico sobre la Percepción del Cáncer en España

Los datos del Estudio muestran que el **cáncer es la enfermedad más temida** por la población española. Preguntados por las dos enfermedades que más miedo le daría que le diagnosticaran, el **79% de los encuestados señala al cáncer**, y un 64% lo teme más que a ninguna otra enfermedad. El SIDA es la segunda enfermedad que más miedo provoca, aunque con gran diferencia (34%), seguida del Alzheimer (24%) las enfermedades coronarias (14%) y el parkinson (5%).



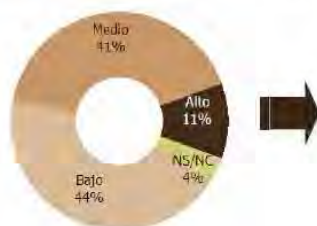
Las razones principales que justifican este temor son: relación entre **cáncer-muerte**, mencionada por un 36% de los encuestados. Se sigue percibiendo la enfermedad como **incurable o muy difícil de curar** (27% de las respuestas) o la creencia de que produce **dolor** (1 de cada 4 encuestados).

CÁNCER 1ª O 2ª MÁS TEMIDA →	79 %	90 %	84 %	70 %
MOTIVOS POR TIPO DE EXPERIENCIA	TOTAL (%)	Propia (n=46*)	Alguien cercano (n=1107)	Ninguna (n=540)
Base: enfermedad más temida o 2ª más temida				
No tiene curación/ difícil de curar	24	10	22	31
Dolor/ Se pasa mal/ fatal	19	22	18	21
Experiencia de cáncer en el entorno cercano	16	10	23	1
Causa la muerte/ Enfermedad mortal	15	6	14	17
De la que más gente muere /habitual/	7	3	7	8
La mayoría muere/ % de mortalidad alto	7	4	8	6
Tratamiento desagradable /duro/ doloroso/	6	6	6	8
Enfermedad grave/mala/peligrosa	5	5	4	7
Puede causar la muerte	4	1	3	4
La familia sufre	3	2	4	2
Deterioro/ Secuelas/ Pérdida Calidad de Vida	3	1	3	5
Es mortal (Si no se detecta a tiempo)	3	9	4	2
Enfermedad agresiva/dura/desagradable	3	2	3	3
Da miedo/ horroriza/ da respeto/ impone	3	5	3	3
Más difícil de curar que otras	3	2	2	5

☐ relación cáncer-muerte
 ☐ incurable o muy difícil de curar
 ☐ produce dolor

Pese a este dato, solo **un 11% de la población considera que su riesgo** de padecer cáncer es alto. De éstos, el 57% afirma tener este convencimiento por sus antecedentes familiares mientras que un 35% por su condición de fumador.

RIESGO PERCIBIDO DE CÁNCER



MOTIVOS POR LOS QUE CREE QUE EL RIESGO ES ALTO	(%) >2%
<i>Base: cree que su riesgo es alto (238)</i>	
TOTAL	
Historial de cáncer en mi familia	57
Soy fumador	35
Exposición a contaminación atmosférica/ coches	15
Por la edad (avanzada)	9
Consumo alcohol	8
Vida sedentaria/ poco ejercicio	8
Pesticidas o sustancias cancerígenas en el agua/ alimentos	8
Sigo una dieta poco saludable/ mala alimentación	7
Vida estresante/ Estrés	6
Soy fumador pasivo	6
Exposición a sustancias cancerígenas en el trabajo	5
Exposición prolongada al sol	3
Vivo/ trabajo cerca de cables de alta tensión	3
Uso del teléfono móvil	2
Otros	6
Ns/Nc	2

El **grado de conocimiento** de los **factores de riesgo y los síntomas** es el siguiente:

- Los **factores de riesgo** más mencionados son: el consumo de tabaco nombrado por el 76% de la población, seguido por la exposición al sol, señalado por el 29% de los encuestados. Este porcentaje se incrementa ligeramente en el caso de las mujeres (31%).
- El conocimiento aumenta a medida que aumenta el nivel educativo

FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS

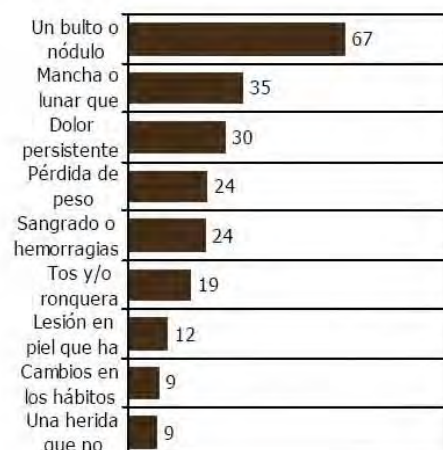
Base: total muestra (2145)

Ser fumador	76
Exposición prolongada al sol	29
Dieta poco saludable	19
Consumo de alcohol	17
Uso de cabinas de Rayos UVA	8
Vida estresante	7
Ser fumador pasivo	5
Vida sedentaria	5
Pesticidas o sust. canc. en agua	4
Historial de cáncer en la familia	3
Exposición contam. Atmosférica	3
Teléfonos móviles	2
Exposición a sust. canc. en trabajo	2
Cables de alta tensión	2
Edad avanzada	1

- Los **síntomas** del cáncer más conocidos son: “un bulto o nódulo” 67%; un 35% señaló “una mancha o lunar que cambia”; y un 30% “dolor persistente”. La media del número de síntomas que los encuestados afirman conocer es de 2,6.

SÍNTOMAS QUE CONOCE

Base: total muestra (2145)

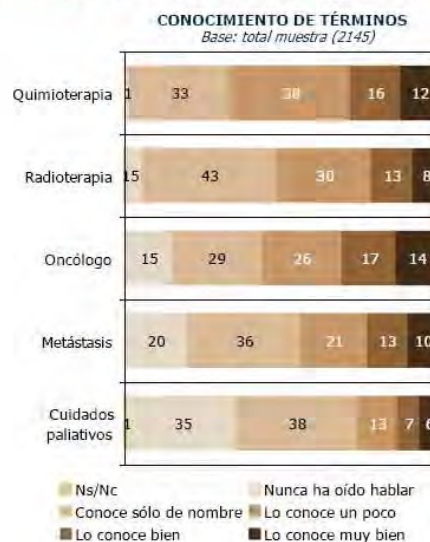


Los síntomas de dos de los tipos de cáncer con mayor prevalencia **no son conocidos**. Es el caso de la tos y ronquera persistente en el caso del cáncer de pulmón y el cambio en los hábitos urinarios e intestinales en el cáncer de colon.

En este ítem se pueden apreciar **diferencias significativas entre hombres y mujeres**. Ellas conocen más síntomas (un 80% señala “bulto o nódulo” frente a un 53% de los hombres), los vigilan más y acuden más rápidamente al médico, aunque este último dato está muy relacionado con los programas de prevención de tumores ginecológicos.

Tabla de Hábitos de vida y sociodemográficos	(Base)	Bulto	Mancha /lunar que cambia	Dolor persistente	Pérdida de peso.	Sangrado	Tos/ ronq. persistente	Lesión en la piel	Cambios hábit. Urin.	Herida no cicatriza
SEXO										
Hombre	(1070)	53	33	31	22	23	22	11	10	9
Mujer	(1075)	80	37	29	27	24	16	14	9	9
EDAD										
Hasta 24 años	(296)	64	35	28	17	19	16	15	7	7
25-34 años	(485)	67	37	33	25	24	19	11	10	9
35-49 años	(637)	69	39	29	27	25	19	12	9	9
50-64 años	(450)	68	33	29	25	25	24	12	12	10
65 años y más	(277)	62	26	30	22	21	17	11	7	10
NIVEL EDUCATIVO										
<15 años	(466)	64	32	30	22	22	21	10	10	9
15-18 años	(1290)	66	35	28	25	23	17	11	8	9
19> años	(380)	73	41	39	25	28	23	20	13	11
AFECTADOS										
Afectados con cáncer	(51)	70	35	20	30	41	20	25	13	9
No afectados con experiencia cercana	(1315)	67	34	30	27	23	20	11	10	8
No afectados y sin experiencia cercana	(774)	66	36	30	19	23	18	13	8	11
TOTAL	(2145)	67	35	30	24	24	19	12	9	9

- En referencia al **conocimiento de términos** relacionados con el cáncer. Los más conocidos son **quimioterapia** (66%), **oncólogo** (57%) y **radioterapia** (51%).



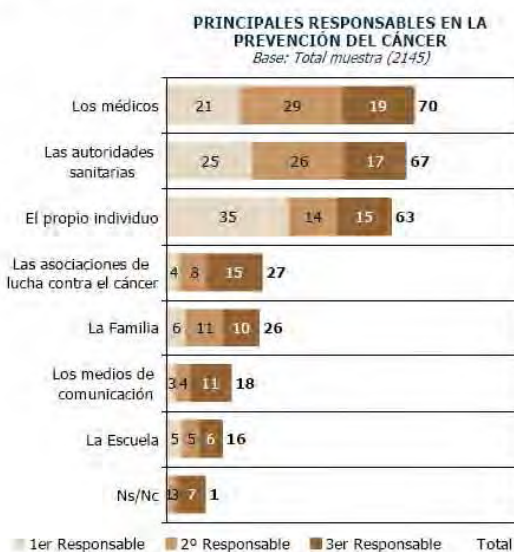
Estos porcentajes son más altos en el caso de las mujeres, ya que un 8% más conoce el término de quimioterapia, un 10% más radioterapia y un 9% más oncólogo.

Tabla de Fuentes de Información	(Base)	Conoce Quimioterapia	Conoce Radioterapia	Conoce Oncólogo	Conoce Metástasis	Conoce Cuidados Paliativos
SEXO						
Hombre	(1070)	62	46	52	38	23
Mujer	(1075)	70	56	61	49	28

- Los encuestados **perciben que el nivel de la oncología en España es alto** con referencia a otros países desarrollados, tanto en tratamiento como en investigación. El **67%** de la población considera que el tratamiento oncológico en España está al **mismo nivel o por encima de otros países desarrollados** y el **64% considera que la investigación está por encima o al mismo nivel**.

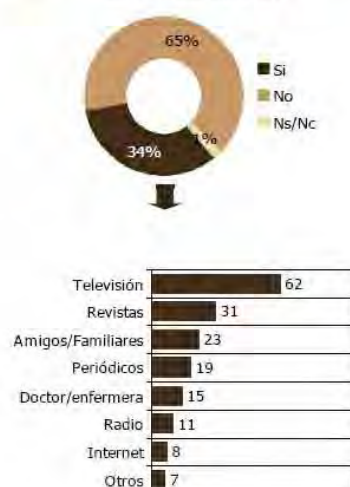


- Los encuestados creen que los principales responsables de la **prevención del cáncer son el médico, las autoridades sanitarias y el propio individuo**. Para un 35% el principal responsable es el propio individuo, para un 25% las autoridades sanitarias y para un 21% el primer responsable es el médico.



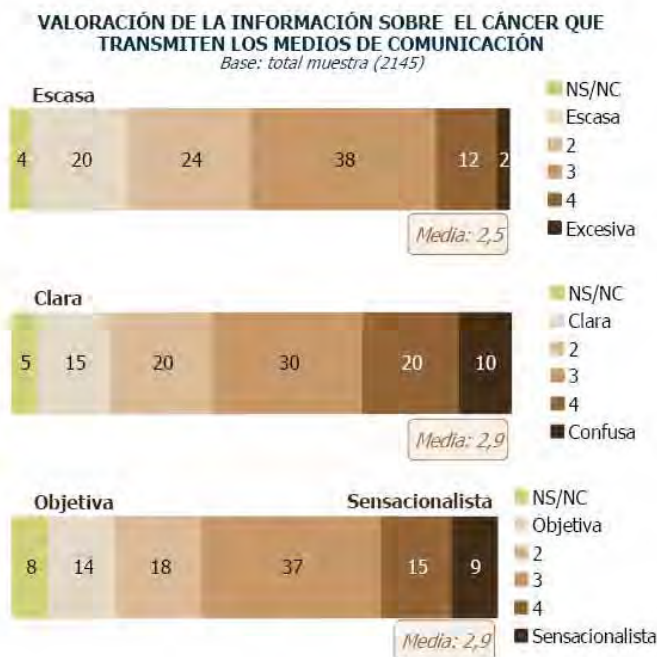
- Los **medios de comunicación** a la hora de transmitir información sobre la enfermedad **cobran un papel fundamental**, ya que, del tercio de encuestados que afirma haber recibido información sobre el cáncer: un 62% a través de la TV, un 31% en revistas y un 19% en periódicos.

INFORMACIÓN RECIENTE SOBRE EL CÁNCER
Base: total muestra (2145)



p. ¿Ha recibido, visto o leído recientemente alguna información relacionada con el cáncer?

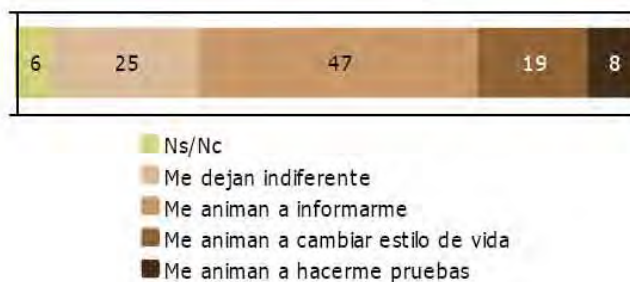
- Con respecto a la **valoración de la información** recibida, en general la opinión de la población es que los datos que se reciben sobre cáncer son correctos, aunque se perciben como ligeramente confusos y algo sensacionalistas.



- El Estudio demuestra que las **campañas contra el cáncer y los "días del cáncer" sí tienen efecto** sobre la población a la que se dirigen, ya que a un 74% de la población le animan, al menos a informarse. Un 19% afirma que le han motivado a cambiar de estilo de vida, mientras que un 8% ha declarado que "le animan a hacerse pruebas".

OPINIÓN SOBRE LAS CAMPAÑAS SOBRE EL CÁNCER Y LOS "DÍAS DEL CÁNCER"

Base: total muestra (2145)



Ficha técnica del estudio:

Fase Cuantitativa

- **Universo:** Población de 17 a 75 años de ambos sexos. Residente en territorio nacional, se incluyen las provincias insulares y se excluyen Ceuta y Melilla.
- **Muestra:**
 - **Tamaño muestral:** 2.100
 - **Distribución:** afijación no proporcional por CC.AA.
 - **Tipo de encuesta:** personal a partir de cuestionario semiestructurado de una duración media de 30 minutos.
 - **Localización de los entrevistados:** por rutas aleatorias y selección final mediante cuotas de sexo y edad ajustadas por CC.AA.
 - **Error muestral:** 2,16; **Nivel de Confianza:** 95,5%

Fase cualitativa

- **Duración** de los grupos de discusión: 2 horas
- **Población general:**
 - Edad: 25-35 años y 36-50 años
 - Clase social: media amplia*
 - Ciudad: Madrid
 - Sexo: Mixto
- **Afectados:**
 - Edad: 36-50 años
 - Clase social: media amplia*
 - Ciudad: Madrid
 - Sexo: Mixto
 - Cuotas: Afectados (más de dos años) en tratamiento o con la enfermedad superada y en revisión de 6/12 meses
- **Familiares:**
 - Edad: 25-35 años
 - Clase social: media amplia*
 - Ciudad: Madrid
 - Sexo: Mixto
 - Cuotas: familiares afectados (más de dos años) en tratamiento o con la enfermedad superada y en revisión de 6/12 meses

*media-baja, media-media y media-alta

Anexo B

As tabelas aqui apresentadas são utilizadas apenas como *fonte de informação no complemento deste trabalho como suporte acadêmico*, o que norteou em seu caráter informativo sobre a questão do câncer no Brasil. Essa publicação faz parte de um estudo publicado pelo *Instituto Nacional do Câncer (INCA)*, sendo de caráter público. A apresentação desta publicação neste trabalho, objetiva mostrar um panorama informativo acerca da enfermidade do câncer no país de uma forma mais ampla. Com informações em termos gerais sobre seus aspectos, tipos de neoplasias, números e estimativas por cada região, estados e capitais. Como já foi dito, este estudo é de caráter público, fazendo parte deste trabalho apenas como fonte de informação.

Brasil

Tabela 1

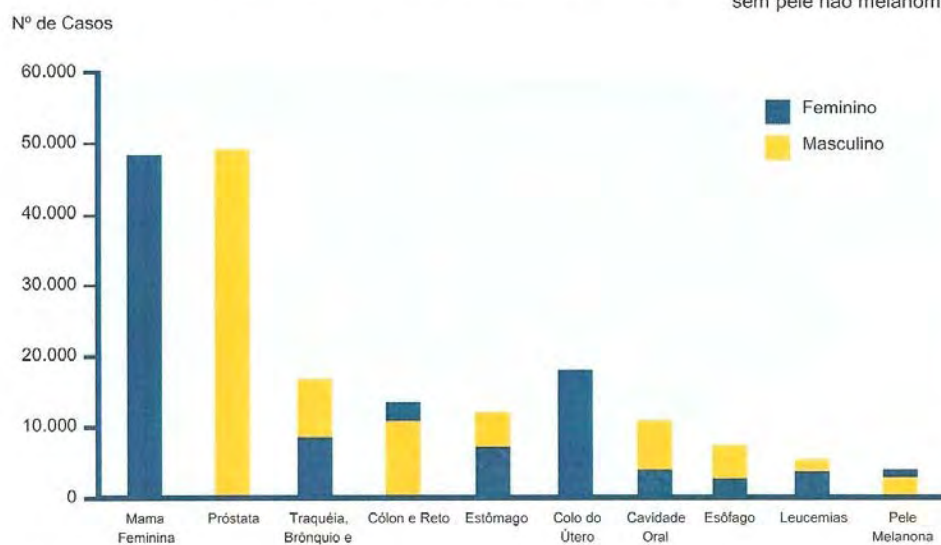
Estimativas para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.

Localização Primária	Estimativa de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
Neoplasia Maligna			
Próstata	49.530	-	49.530
Mama Feminina	-	49.400	49.400
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.810	9.460	27.270
Cólon e Reto	12.490	14.500	26.990
Estômago	14.080	7.720	21.800
Cólon do Útero	-	18.680	18.680
Cavidade Oral	10.380	3.780	14.160
Esôfago	7.900	2.650	10.550
Leucemia	5.220	4.320	9.540
Pele Melanoma	2.950	2.970	5.920
Outras Localizações	55.610	62.270	117.880
Subtotal	175.870	175.750	351.720
Pele não Melanoma	55.890	59.120	115.010
Todas as Neoplasias	231.860	234.870	466.730

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Figura 1

Tipos de câncer mais incidentes, estimados para o ano de 2008, na população brasileira, sem pele não melanoma.



Fonte: MS/Instituto Nacional de Câncer - INCA

Brasil

Tabela 2

Estimativas para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, por Estado.*

Estados	Mama Feminina	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo de Útero	Próstata	Cólon e Reto	Esôfago
Acre	40	40	50	40	70	20	20
Alagoas	330	170	120	270	370	90	50
Amapá	40	50	80	70	60	20	20
Amazonas	250	280	300	460	390	140	40
Bahia	1.790	820	900	970	2.520	740	400
Ceará	1.540	760	1.090	770	2.010	460	330
Distrito Federal	660	270	230	220	540	360	90
Espírito Santo	830	490	520	460	950	440	250
Goiás	1.040	740	470	570	1.290	570	220
Maranhão	310	240	240	630	490	140	40
Mato Grosso	370	320	260	260	650	180	110
Mato Grosso do Sul	560	360	290	300	720	320	140
Minas Gerais	4.280	2.270	2.100	1.360	5.050	2.160	1.400
Pará	610	380	560	790	640	250	60
Paraíba	490	180	250	230	550	150	100
Paraná	3.010	1.910	1.830	1.350	3.430	1.950	1.050
Pernambuco	2.010	830	700	1.020	2.260	670	280
Piauí	330	190	140	330	550	120	50
Rio de Janeiro	7.680	3.390	2.160	2.120	5.950	2.890	1.000
Rio Grande do Norte	520	270	290	250	640	200	70
Rio Grande do Sul	4.880	3.990	1.600	1.610	4.430	3.060	1.510
Rondônia	130	140	120	120	250	60	40
Roraima	30	20	30	40	60	20	20
Santa Catarina	1.610	1.310	930	510	1.640	940	550
São Paulo	15.640	7.570	6.370	3.500	13.310	9.890	2.640
Sergipe	310	170	110	250	430	110	40
Tocantins	110	110	60	180	280	40	30
Brasil	49.400	27.270	21.800	18.680	49.530	26.990	10.550

* Número arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Brasil

Tabela 2 – Continuação

Estimativas para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, por Estado.*

Estados	Leucemias	Cavidade Oral	Pele Melanoma	Outras Localizações	Subtotal	Pele não Melanomas	Todas as Neoplasias
Acre	20	20	20	80	420	280	700
Alagoas	110	110	20	890	2.530	990	3.523
Amapá	40	20	20	170	580	160	740
Amazonas	120	70	20	1.370	3.440	910	4.350
Bahia	410	760	100	3.580	12.990	5.460	18.450
Ceará	360	450	110	2.530	10.410	5.760	16.170
Distrito Federal	120	150	60	1.990	4.690	930	5.620
Espírito Santo	190	330	110	2.170	6.740	2.070	8.810
Goiás	270	330	100	2.500	8.100	3.510	11.610
Maranhão	180	70	20	1.300	3.660	1.170	4.830
Mato Grosso	130	120	40	1.360	3.800	1.470	5.270
Mato Grosso do Sul	130	150	50	1.410	4.430	1.580	6.010
Minas Gerais	960	1.140	390	14.810	35.920	8.500	44.420
Pará	240	200	30	1.470	5.230	1.850	7.080
Paraíba	150	190	30	800	3.120	1.940	5.060
Paraná	630	1.020	570	9.200	25.950	7.140	33.090
Pernambuco	350	510	100	3.520	12.250	5.790	18.040
Piauí	100	90	20	370	2.290	1.810	4.100
Rio de Janeiro	960	2.030	480	13.890	43.550	11.300	54.850
Rio Grande do Norte	170	190	30	570	3.200	2.390	5.590
Rio Grande do Sul	810	1.050	870	15.020	38.830	9.100	47.930
Rondônia	50	40	20	580	1.550	730	2.280
Roraima	20	20	20	180	460	50	510
Santa Catarina	380	430	510	3.050	11.860	6.700	18.560
São Paulo	2.530	4.510	2.140	33.740	101.840	32.140	133.980
Sergipe	70	130	20	630	2.270	930	3.200
Tocantins	50	30	20	700	1.610	350	1.960
Brasil	9.540	14.160	5.920	117.880	351.720	115.010	466.730

* Número arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Brasil

Tabela 3

Estimativas para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, por Capital.*

Estados	Mama Feminina	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo de Útero	Próstata	Cólon e Reto	Esôfago
Rio Branco (AC)	30	20	30	50	50	20	20
Maceió (AL)	160	100	60	110	170	50	30
Macapá (AP)	30	30	60	50	30	20	20
Manaus (AM)	220	230	230	390	260	130	40
Salvador (BA)	710	300	250	300	740	290	100
Fortaleza (CE)	640	360	290	240	530	240	90
Vitória (ES)	140	60	60	50	110	70	30
Goiânia (GO)	340	180	120	160	340	220	50
São Luís (MA)	150	100	90	190	140	70	20
Cuiabá (MT)	110	70	50	50	130	60	30
Campo Grande (MS)	250	120	90	120	280	150	50
Belo Horizonte (MG)	860	370	320	230	890	480	150
Belém (PA)	370	220	310	400	350	140	30
João Pessoa (PB)	170	70	60	70	140	50	20
Curitiba (PR)	700	350	270	210	560	470	130
Recife (PE)	730	270	170	210	620	270	60
Teresina (PI)	150	70	40	130	210	60	20
Rio de Janeiro (RJ)	4.160	1.820	930	860	2.960	2.310	340
Natal (RN)	190	110	100	90	190	90	30
Porto Alegre (RS)	950	610	230	230	730	670	150
Porto Velho (RO)	60	70	60	80	80	20	20
Boa Vista (RR)	20	20	20	30	40	20	20
Florianópolis (SC)	130	90	60	40	70	90	30
São Paulo (SP)	5.940	2.480	2.010	1.260	4.170	3.750	740
Aracaju (SE)	180	80	40	80	160	50	20
Palmas (TO)	10	20	20	10	40	20	20
Total	17.400	8.220	5.970	5.620	13.990	9.810	2.260

* Número arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Brasil

Tabela 3 – Continuação

Estimativas para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, por Capital.*

Estados	Leucemias	Cavidade Oral	Pele Melanoma	Outras Localizações	Subtotal	Pele não Melanomas	Todas as Neoplasias
Rio Branco (AC)	20	10	20	50	300	150	450
Maceió (AL)	40	50	20	580	1.370	370	1.740
Macapá (AP)	20	20	20	110	410	100	510
Manaus (AM)	100	60	20	1.050	2.730	670	3.400
Salvador (BA)	120	250	40	1.980	5.080	1.090	6.170
Fortaleza (CE)	120	120	40	2.130	4.800	1.170	5.970
Vitória (ES)	20	40	20	280	880	320	1.200
Goiânia (GO)	90	110	40	740	2.390	920	3.310
São Luís (MA)	40	30	20	620	1.470	320	1.790
Cuiabá (MT)	40	40	20	230	830	320	1.150
Campo Grande (MS)	50	60	20	470	1.660	550	2.210
Belo Horizonte (MG)	160	190	100	2.710	6.460	1.180	7.640
Belém (PA)	110	110	20	520	2.580	1.130	3.710
João Pessoa (PB)	40	50	20	310	1.000	420	1.420
Curitiba (PR)	120	210	140	1.660	4.820	1.260	6.080
Recife (PE)	100	140	40	1.770	4.380	830	5.210
Teresina (PI)	30	40	20	100	870	560	1.430
Rio de Janeiro (RJ)	470	900	280	7.490	22.520	4.460	26.980
Natal (RN)	60	70	30	300	1.260	820	2.080
Porto Alegre (RS)	130	170	140	3.250	7.260	860	8.120
Porto Velho (RO)	20	20	20	260	710	230	940
Boa Vista (RR)	20	20	20	170	400	20	420
Florianópolis (SC)	20	30	30	130	720	600	1.320
São Paulo (SP)	810	1.330	600	12.300	35.390	8.670	44.060
Aracaju (SE)	30	50	20	310	1.020	300	1.320
Palmas (TO)	20	20	0	20	200	50	250
Total	2.800	4.140	1.760	39.540	111.510	27.370	138.880

* Número arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Brasil

Tabela 4

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	49.530	52,43	13.990	67,81
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.810	18,86	5.150	24,91
Estômago	14.080	14,92	3.590	17,42
Cólon e Reto	12.490	13,23	4.360	20,99
Cavidade Oral	10.380	11,00	3.000	14,45
Esôfago	7.900	8,35	1.640	7,84
Leucemias	5.220	5,52	1.460	7,06
Pele Melanoma	2.950	3,09	830	3,80
Outras Localizações	55.610	58,87	17.010	82,32
Subtotal	175.970	186,29	51.030	246,97
Pele não Melanoma	55.890	59,16	13.230	64,02
Todas as Neoplasias	231.860	245,47	64.260	310,93

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 5

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.400	50,71	17.400	76,04
Colo de Útero	18.680	19,18	5.620	24,49
Cólon e Reto	14.500	14,88	5.450	23,80
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.460	9,72	3.070	13,49
Estômago	7.720	7,93	2.380	10,30
Leucemias	4.320	4,44	1.340	5,89
Cavidade Oral	3.780	3,88	1.140	4,83
Pele Melanoma	2.970	3,03	930	3,69
Esôfago	2.650	2,72	620	2,30
Outras Localizações	62.270	63,93	22.530	98,39
Subtotal	175.750	180,43	60.480	264,11
Pele não Melanoma	59.120	60,70	14.140	61,73
Todas as Neoplasias	234.870	241,09	74.620	325,77

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Região Norte

Tabela 6

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.750	22,09	850	36,76
Traqueia, Brônquio e Pulmão	630	8,04	360	15,40
Estômago	780	9,92	450	18,94
Cólon e Reto	250	3,11	170	6,22
Cavidade Oral	260	3,23	160	6,30
Esôfago	160	1,88	100	3,26
Leucemias	300	3,72	170	6,64
Pele Melanoma	80	0,68	60	6,64
Outras Localizações	2.080	26,23	940	40,32
Subtotal	6.290	79,32	3.260	139,82
Pele não Melanoma	2.180	27,40	1.310	56,47
Todas as Neoplasias	8.470	106,97	4.570	195,94

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 7

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.210	15,62	740	30,26
Colo de Útero	1.700	22,20	990	39,66
Cólon e Reto	300	3,82	200	7,74
Traqueia, Brônquio e Pulmão	390	5,02	250	9,92
Estômago	420	5,44	280	10,62
Leucemias	230	2,93	140	5,03
Cavidade Oral	140	1,61	100	2,72
Pele Melanoma	70	0,38	60	0,73
Esôfago	70	0,61	70	0,93
Outras Localizações	2.470	31,96	1.240	50,26
Subtotal	7.000	90,56	4.070	164,98
Pele não Melanoma	2.150	27,90	1.040	42,24
Todas as Neoplasias	9.150	118,40	5.110	206,90

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Acre e Rio Branco

Tabela 8

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	70	20,54	50	29,28
Traqueia, Brônquio e Pulmão	20	6,57	**	9,04
Estômago	30	8,23	20	10,03
Cólon e Reto	**	2,59	**	2,53
Cavidade Oral	**	2,15	**	3,57
Esôfago	**	1,44	**	1,88
Leucemias	**	4,03	**	4,17
Pele Melanoma	**	1,09	**	1,20
Outras Localizações	40	11,18	**	6,37
Subtotal	210	58,71	140	89,24
Pele não Melanoma	140	40,34	90	57,37
Todas as Neoplasias	350	97,63	230	146,61

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 9

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	40	11,75	30	18,67
Colo de Útero	40	12,61	30	16,49
Cólon e Reto	**	2,81	**	3,53
Traqueia, Brônquio e Pulmão	20	5,10	**	7,44
Estômago	20	5,48	**	7,83
Leucemias	**	3,88	**	4,14
Cavidade Oral	**	0,60	**	0,00
Pele Melanoma	**	0,35	**	0,74
Esôfago	**	1,07	**	1,53
Outras Localizações	40	11,36	40	24,21
Subtotal	210	59,66	160	96,83
Pele não Melanoma	140	39,79	60	34,46
Todas as Neoplasias	350	100,13	220	136,36

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Amapá e Macapá

Tabela 10

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	60	16,91	30	18,03
Traqueia, Brônquio e Pulmão	30	9,07	20	8,87
Estômago	60	17,74	40	20,34
Cólon e Reto	**	0,95	**	1,28
Cavidade Oral	**	2,00	**	2,33
Esôfago	**	1,14	**	1,55
Leucemias	20	4,74	**	6,31
Pele Melanoma	**	1,27	**	1,09
Outras Localizações	120	36,37	60	31,25
Subtotal	330	100,01	200	104,15
Pele não Melanoma	40	11,01	40	18,87
Todas as Neoplasias	370	112,70	240	127,19

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 11

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	40	11,71	30	15,42
Colo de Útero	70	21,24	50	23,87
Cólon e Reto	**	3,34	**	4,21
Traqueia, Brônquio e Pulmão	20	5,68	**	4,21
Estômago	20	6,65	20	8,46
Leucemias	**	1,76	**	2,50
Cavidade Oral	**	1,98	**	2,71
Pele Melanoma	**	0,38	**	0,62
Esôfago	**	0,83	**	0,91
Outras Localizações	50	15,27	50	25,20
Subtotal	250	76,36	210	105,85
Pele não Melanoma	120	37,80	60	31,42
Todas as Neoplasias	370	112,73	270	135,09

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Amazonas e Manaus

Tabela 12

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	390	22,32	260	30,79
Traqueia, Brônquio e Pulmão	170	9,92	130	15,87
Estômago	190	10,98	140	17,12
Cólon e Reto	60	3,74	60	6,55
Cavidade Oral	50	2,86	40	5,27
Esôfago	30	1,98	30	3,47
Leucemias	70	4,16	60	7,04
Pele Melanoma	**	0,78	**	1,47
Outras Localizações	620	35,46	550	64,92
Subtotal	1.590	90,95	1.280	151,08
Pele não Melanoma	460	26,38	330	39,58
Todas as Neoplasias	2.050	117,55	1.610	189,77

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 13

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	250	14,40	220	25,24
Colo de Útero	460	26,91	390	43,62
Cólon e Reto	80	4,63	70	8,18
Traqueia, Brônquio e Pulmão	110	6,61	100	10,77
Estômago	110	6,45	90	10,01
Leucemias	50	3,10	40	4,95
Cavidade Oral	20	1,46	20	2,24
Pele Melanoma	**	0,42	**	0,67
Esôfago	**	0,54	**	0,90
Outras Localizações	750	43,40	500	56,15
Subtotal	1.850	107,04	1.450	162,84
Pele não Melanoma	450	26,22	340	37,77
Todas as Neoplasias	2.300	133,02	1.790	200,89

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Pará e Belém

Tabela 14

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	640	17,11	350	47,96
Traqueia, Brônquio e Pulmão	240	6,46	140	18,91
Estômago	360	9,67	190	25,89
Cólon e Reto	110	3,02	60	8,76
Cavidade Oral	130	3,55	70	9,93
Esôfago	50	1,37	20	3,27
Leucemias	130	3,42	60	7,80
Pele Melanoma	20	0,56	**	0,94
Outras Localizações	680	18,20	120	16,54
Subtotal	2.360	63,16	1.020	140,59
Pele não Melanoma	910	24,19	650	90,19
Todas as Neoplasias	3.270	87,53	1.670	230,25

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 15

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	610	16,65	370	45, 59
Colo de Útero	790	21,78	400	49,49
Cólon e Reto	140	3,88	80	10,08
Traqueia, Brônquio e Pulmão	140	3,79	80	10,12
Estômago	200	5,48	120	14,68
Leucemias	110	2,87	50	6,17
Cavidade Oral	70	1,85	40	4,88
Pele Melanoma	**	0,16	**	0,44
Esôfago	**	0,41	**	0,71
Outras Localizações	790	21,65	400	49,88
Subtotal	2.870	78,64	1.560	194,51
Pele não Melanoma	940	25,84	480	60,14
Todas as Neoplasias	3.810	104,36	2.040	254,55

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Rondônia e Porto Velho

Tabela 16

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	250	30,15	80	43,45
Traqueia, Brônquio e Pulmão	90	10,46	40	19,48
Estômago	90	11,12	40	18,80
Cólon e Reto	30	3,74	**	7,45
Cavidade Oral	30	3,65	**	7,06
Esôfago	30	3,83	**	6,04
Leucemias	30	3,54	**	6,06
Pele Melanoma	**	0,67	**	1,39
Outras Localizações	230	27,71	120	61,40
Subtotal	790	95,18	330	168,85
Pele não Melanoma	430	52,12	150	78,82
Todas as Neoplasias	1.220	147,05	480	245,04

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 17

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	130	16,98	60	30,90
Colo de Útero	120	15,49	80	38,57
Cólon e Reto	30	3,35	**	7,84
Traqueia, Brônquio e Pulmão	50	6,21	30	16,22
Estômago	30	4,35	20	8,37
Leucemias	20	3,04	**	7,21
Cavidade Oral	**	1,61	**	0,51
Pele Melanoma	**	0,73	**	1,14
Esôfago	**	0,99	**	1,17
Outras Localizações	350	44,46	140	71,13
Subtotal	760	96,54	380	193,06
Pele não Melanoma	300	37,99	80	40,83
Todas as Neoplasias	1.060	135,06	460	233,03

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Boa Vista e Roraima

Tabela 18

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	60	26,80	40	33,62
Traqueia, Brônquio e Pulmão	**	6,83	**	9,10
Estômago	20	8,71	**	10,43
Cólon e Reto	**	1,08	**	1,79
Cavidade Oral	**	3,23	**	3,11
Esôfago	**	2,02	**	1,97
Leucemias	**	2,68	**	3,13
Pele Melanoma	**	0,85	**	1,41
Outras Localizações	100	45,75	80	60,57
Subtotal	240	109,80	190	143,85
Pele não Melanoma	20	7,77	20	12,85
Todas as Neoplasias	260	119,48	210	156,68

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 19

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	30	13,41	20	15,46
Colo de Útero	40	17,85	30	23,92
Cólon e Reto	**	2,38	**	3,28
Traqueia, Brônquio e Pulmão	**	4,89	**	6,14
Estômago	**	3,33	**	3,93
Leucemias	**	1,45	**	1,67
Cavidade Oral	**	0,96	**	0,57
Pele Melanoma	**	1,78	**	2,82
Esôfago	**	0,39	**	0,61
Outras Localizações	80	38,37	90	68,21
Subtotal	220	105,53	210	159,15
Pele não Melanoma	30	13,88	**	0,00
Todas as Neoplasias	250	121,47	210	152,99

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tocantins e Palmas

Tabela 20

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	280	40,08	40	46,55
Traqueia, Brônquio e Pulmão	70	9,52	**	7,44
Estômago	30	4,83	**	4,17
Cólon e Reto	20	3,24	**	3,10
Cavidade Oral	20	3,11	**	2,55
Esôfago	20	2,58	**	2,96
Leucemias	30	4,16	**	4,72
Pele Melanoma	**	0,53	**	0,00
Outras Localizações	290	40,94	**	0,00
Subtotal	770	108,69	100	121,54
Pele não Melanoma	180	25,04	30	36,14
Todas as Neoplasias	950	134,67	130	158,00

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 21

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	110	16,22	**	16,44
Colo de Útero	180	27,03	**	13,53
Cólon e Reto	20	3,16	**	4,11
Traqueia, Brônquio e Pulmão	40	5,87	**	3,18
Estômago	30	3,93	**	4,63
Leucemias	20	3,29	**	2,85
Cavidade Oral	**	1,30	**	1,10
Pele Melanoma	**	0,71	**	0,00
Esôfago	**	1,13	**	2,25
Outras Localizações	410	60,59	20	24,35
Subtotal	840	124,13	100	121,74
Pele não Melanoma	170	24,94	20	28,96
Todas as Neoplasias	1.010	148,69	120	146,00

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Região Nordeste

Tabela 22

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	9.820	37,97	2.900	55,05
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.220	8,55	880	16,67
Estômago	2.370	9,18	650	12,49
Cólon e Reto	1.130	4,40	440	8,43
Cavidade Oral	1.530	5,93	540	10,19
Esôfago	940	3,62	250	4,79
Leucemias	1.070	4,14	300	5,74
Pele Melanoma	220	0,86	130	2,00
Outras Localizações	5.200	20,09	3.080	58,35
Subtotal	24.500	94,66	9.170	173,74
Pele não Melanoma	12.100	46,78	2.790	52,50
Todas as Neoplasias	36.600	141,49	11.960	226,60

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 23

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	7.630	28,38	3.080	51,70
Colo de Útero	4.720	17,58	1.420	23,71
Cólon e Reto	1.550	5,78	730	12,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.410	5,26	580	9,78
Estômago	1.470	5,45	450	7,52
Leucemias	830	3,15	280	5,04
Cavidade Oral	970	3,62	260	4,36
Pele Melanoma	230	0,89	120	1,48
Esôfago	420	1,62	140	1,82
Outras Localizações	8.990	33,43	5.020	83,87
Subtotal	28.220	104,94	12.080	201,82
Pele não Melanoma	14.140	52,58	3.090	51,86
Todas as Neoplasias	42.360	157,48	15.170	253,47

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Alagoas e Maceió

Tabela 24

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	370	24,51	170	42,15
Traqueia, Brônquio e Pulmão	90	5,99	50	11,47
Estômago	70	4,92	30	8,51
Cólon e Reto	30	2,25	**	2,89
Cavidade Oral	70	4,65	30	6,67
Esôfago	40	2,40	20	4,42
Leucemias	60	4,06	20	5,07
Pele Melanoma	**	0,70	**	1,43
Outras Localizações	410	26,91	230	55,27
Subtotal	1.150	75,47	570	136,98
Pele não Melanoma	360	23,88	160	38,28
Todas as Neoplasias	1.510	99,42	730	174,45

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 25

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	330	20,50	160	35, 55
Colo de Útero	270	16,68	110	24,02
Cólon e Reto	60	3,77	40	7,67
Traqueia, Brônquio e Pulmão	80	4,96	50	10,26
Estômago	50	3,30	30	5,56
Leucemias	50	2,90	20	4,20
Cavidade Oral	40	2,72	20	3,77
Pele Melanoma	**	0,97	**	0,70
Esôfago	**	0,90	**	1,32
Outras Localizações	480	30,09	350	75,20
Subtotal	1.380	86,50	800	171,88
Pele não Melanoma	630	39,71	210	43,99
Todas as Neoplasias	2.010	125,59	1.010	217,65

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Bahia e Salvador

Tabela 26

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.520	35,82	740	58,91
Traqueia, Brônquio e Pulmão	510	7,26	190	15,04
Estômago	560	7,92	140	11,63
Cólon e Reto	330	4,70	110	9,02
Cavidade Oral	510	7,28	180	14,20
Esôfago	280	3,93	70	5,37
Leucemias	230	3,27	60	4,68
Pele Melanoma	50	0,78	20	1,42
Outras Localizações	1.300	18,50	750	59,95
Subtotal	6.290	89,49	2.260	180,64
Pele não Melanoma	2.650	37,75	550	43,71
Todas as Neoplasias	8.940	127,26	2.810	224,39

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 27

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.790	24,92	710	50,87
Colo de Útero	970	13,55	300	21,36
Cólon e Reto	410	5,72	180	12,86
Traqueia, Brônquio e Pulmão	310	4,20	110	8,18
Estômago	340	4,74	110	7,50
Leucemias	180	2,55	60	4,42
Cavidade Oral	250	3,52	70	5,21
Pele Melanoma	50	0,75	20	1,21
Esôfago	120	1,62	30	2,25
Outras Localizações	2.280	31,72	1.230	87,47
Subtotal	6.700	93,22	2.820	200,54
Pele não Melanoma	2.810	39,09	540	38,64
Todas as Neoplasias	9.510	132,21	3.360	238,75

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Ceará e Fortaleza

Tabela 28

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.010	48,50	530	46,35
Traqueia, Brônquio e Pulmão	440	10,74	210	18,08
Estômago	680	16,44	180	15,98
Cólon e Reto	210	5,08	100	8,48
Cavidade Oral	240	5,74	80	7,18
Esôfago	220	5,29	60	5,15
Leucemias	210	5,05	60	5,56
Pele Melanoma	50	1,12	20	1,51
Outras Localizações	910	22,05	790	69,29
Subtotal	4.970	22,05	2.030	178,04
Pele não Melanoma	2.610	63,23	610	53,11
Todas as Neoplasias	7.580	183,73	2.640	231,35

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 29

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.540	35,65	640	49,64
Colo de Útero	770	17,80	240	18,49
Cólon e Reto	250	5,87	140	10,80
Traqueia, Brônquio e Pulmão	320	7,48	150	11,99
Estômago	410	9,49	110	8,34
Leucemias	150	3,52	60	5,01
Cavidade Oral	210	4,88	40	3,20
Pele Melanoma	60	1,35	20	1,57
Esôfago	110	2,62	30	2,19
Outras Localizações	1.620	37,45	1.340	103,40
Subtotal	5.440	125,77	2.770	213,74
Pele não Melanoma	3.150	72,93	560	43,62
Todas as Neoplasias	8.590	198,66	3.330	257,14

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Maranhão e São Luís

Tabela 30

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	490	15,61	140	30,04
Traqueia, Brônquio e Pulmão	160	5,07	60	13,56
Estômago	160	5,03	60	13,58
Cólon e Reto	60	1,97	30	6,35
Cavidade Oral	40	1,39	20	4,00
Esôfago	30	1,04	**	2,86
Leucemias	110	3,34	20	5,34
Pele Melanoma	**	0,21	**	0,61
Outras Localizações	580	18,37	320	70,14
Subtotal	1.640	51,94	670	146,85
Pele não Melanoma	530	16,73	80	17,30
Todas as Neoplasias	2.170	68,78	750	165,42

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 31

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	310	9,74	150	28,74
Colo de Útero	630	19,67	190	37,30
Cólon e Reto	80	2,61	40	7,71
Traqueia, Brônquio e Pulmão	80	2,66	40	8,11
Estômago	80	2,42	30	6,48
Leucemias	70	2,33	20	4,68
Cavidade Oral	30	1,08	**	2,51
Pele Melanoma	**	0,28	**	0,83
Esôfago	**	0,43	**	0,85
Outras Localizações	720	22,59	300	57,64
Subtotal	2.020	63,38	800	153,70
Pele não Melanoma	640	20,06	240	45,76
Todas as Neoplasias	2.660	83,47	1.040	200,76

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Paraíba e João Pessoa

Tabela 32

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	550	30,63	140	48,32
Traqueia, Brônquio e Pulmão	110	5,95	40	13,87
Estômago	150	8,56	40	12,13
Cólon e Reto	70	3,73	20	7,23
Cavidade Oral	110	6,22	30	11,48
Esôfago	70	3,87	**	4,26
Leucemias	80	4,45	20	7,15
Pele Melanoma	**	0,80	**	1,46
Outras Localizações	160	8,96	110	36,86
Subtotal	1.310	73,38	420	140,75
Pele não Melanoma	1.030	58,00	190	63,89
Todas as Neoplasias	2.340	131,00	610	204,90

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 33

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	490	25,78	170	49,51
Colo de Útero	230	12,23	70	19,54
Cólon e Reto	80	4,51	30	10,39
Traqueia, Brônquio e Pulmão	70	3,89	30	7,68
Estômago	100	5,13	20	7,38
Leucemias	70	3,92	20	5,92
Cavidade Oral	80	4,14	20	5,56
Pele Melanoma	20	1,15	**	3,10
Esôfago	30	1,84	**	1,15
Outras Localizações	640	33,83	200	58,82
Subtotal	1.810	95,67	580	170,57
Pele não Melanoma	910	47,94	230	66,86
Todas as Neoplasias	2.720	143,63	810	237,68

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Pernambuco e Recife

Tabela 34

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.260	54,01	620	85,78
Traqueia, Brônquio e Pulmão	520	12,44	160	22,37
Estômago	420	10,00	90	12,83
Cólon e Reto	250	5,96	90	11,87
Cavidade Oral	330	7,84	110	14,18
Esôfago	190	4,48	40	5,81
Leucemias	180	4,42	50	6,54
Pele Melanoma	50	1,23	20	3,39
Outras Localizações	1.450	34,57	660	91,01
Subtotal	5.650	134,72	1.840	253,73
Pele não Melanoma	2.340	55,85	410	57,20
Todas as Neoplasias	7.990	190,59	2.250	310,09

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 35

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	2.010	48,82	730	87,90
Colo de Útero	1.020	22,73	210	25,26
Cólon e Reto	420	9,45	180	21,82
Traqueia, Brônquio e Pulmão	310	7,01	110	12,92
Estômago	280	6,22	80	9,11
Leucemias	170	3,86	50	6,47
Cavidade Oral	180	3,94	30	3,97
Pele Melanoma	50	1,08	20	2,14
Esôfago	90	2,09	20	2,05
Outras Localizações	2.070	46,16	1.110	133,05
Subtotal	6.600	147,18	2.540	304,46
Pele não Melanoma	3.450	76,98	420	50,94
Todas as Neoplasias	10.050	224,04	2.960	354,81

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Piauí e Teresina

Tabela 36

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	550	36,29	210	56,57
Traqueia, Brônquio e Pulmão	120	7,92	50	13,40
Estômago	80	5,59	20	6,23
Cólon e Reto	50	3,55	20	6,92
Cavidade Oral	50	3,25	20	5,77
Esôfago	30	2,25	**	3,85
Leucemias	60	3,85	20	5,72
Pele Melanoma	**	0,41	**	1,20
Outras Localizações	50	3,29	**	0,00
Subtotal	1.000	65,72	360	98,67
Pele não Melanoma	980	64,40	310	83,85
Todas as Neoplasias	1.980	130,12	670	184,67

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 37

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	330	20,80	150	36,14
Colo de Útero	330	21,31	130	30,56
Cólon e Reto	70	4,34	40	8,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	70	4,53	20	4,88
Estômago	60	3,94	20	4,79
Leucemias	40	2,50	**	3,65
Cavidade Oral	40	2,55	20	4,15
Pele Melanoma	**	0,49	**	0,79
Esôfago	20	1,10	**	1,25
Outras Localizações	320	20,35	100	24,17
Subtotal	1.290	82,03	510	123,29
Pele não Melanoma	830	52,53	250	61,69
Todas as Neoplasias	2.120	134,94	760	182,98

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Rio Grande do Norte e Natal

Tabela 38

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	640	42,00	190	51,13
Traqueia, Brônquio e Pulmão	160	10,26	70	18,93
Estômago	180	12,03	60	15,05
Cólon e Reto	90	6,02	40	11,08
Cavidade Oral	100	6,52	40	11,44
Esôfago	50	3,50	20	4,83
Leucemias	100	6,51	30	7,39
Pele Melanoma	20	1,19	20	5,65
Outras Localizações	100	6,54	90	23,93
Subtotal	1.440	94,12	560	148,87
Pele não Melanoma	1.210	78,69	370	97,37
Todas as Neoplasias	2.650	173,23	930	247,84

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 39

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	520	32,70	190	45,30
Colo de Útero	250	15,78	90	22,07
Cólon e Reto	110	6,37	50	11,67
Traqueia, Brônquio e Pulmão	110	6,57	40	10,22
Estômago	110	6,86	40	9,97
Leucemias	70	4,36	30	6,43
Cavidade Oral	90	5,44	30	6,75
Pele Melanoma	**	0,72	**	1,52
Esôfago	20	1,30	**	1, 52
Outras Localizações	470	29,49	210	49,39
Subtotal	1.760	110,42	700	164,62
Pele não Melanoma	1.180	73,91	450	106,72
Todas as Neoplasias	2.940	184,63	1.150	269,74

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Sergipe e Aracaju

Tabela 40

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	550	36,29	210	56,57
Traqueia, Brônquio e Pulmão	120	7,92	50	13,40
Estômago	80	5,59	20	6,23
Cólon e Reto	50	3,55	20	6,92
Cavidade Oral	50	3,25	20	5,77
Esôfago	30	2,25	**	3,85
Leucemias	60	3,85	20	5,72
Pele Melanoma	**	0,41	**	1,20
Outras Localizações	50	3,29	**	0,00
Subtotal	1.000	65,72	360	98,67
Pele não Melanoma	980	64,40	310	83,85
Todas as Neoplasias	1.980	130,12	670	184,67

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 41

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	330	20,80	150	36,14
Colo de Útero	330	21,31	130	30,56
Cólon e Reto	70	4,34	40	8,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	70	4,53	20	4,88
Estômago	60	3,94	20	4,79
Leucemias	40	2,50	**	3,65
Cavidade Oral	40	2,55	20	4,15
Pele Melanoma	**	0,49	**	0,79
Esôfago	20	1,10	**	1,25
Outras Localizações	320	20,35	100	24,17
Subtotal	1.290	82,03	510	123,29
Pele não Melanoma	830	52,53	250	61,69
Todas as Neoplasias	2.120	134,94	760	182,98

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Região Centro-Oeste

Tabela 42

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	3.200	46,66	750	59,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.070	15,68	240	18,95
Estômago	840	12,18	170	13,80
Cólon e Reto	670	9,95	210	15,98
Cavidade Oral	530	7,74	150	11,84
Esôfago	440	6,36	100	7,79
Leucemias	360	5,33	100	7,57
Pele Melanoma	130	1,88	40	3,08
Outras Localizações	4.130	60,22	780	61,64
Subtotal	11.370	165,79	2.540	200,73
Pele não Melanoma	3.090	45,04	760	59,72
Todas as Neoplasias	14.460	210,75	3.300	261,33

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 43

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	2.630	38,17	700	50,92
Colo de Útero	1.350	19,44	330	24,24
Cólon e Reto	760	10,88	220	16,40
Traqueia, Brônquio e Pulmão	620	8,80	130	10,51
Estômago	410	6,01	90	7,10
Leucemias	290	4,19	80	5,76
Cavidade Oral	220	3,27	60	4,61
Pele Melanoma	120	1,84	40	2,92
Esôfago	120	1,87	30	2,06
Outras Localizações	3.130	45,35	660	48,49
Subtotal	9.650	139,82	2.340	171,92
Pele não Melanoma	4.400	63,84	1.030	75,40
Todas as Neoplasias	14.050	203,41	3.370	247,01

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Distrito Federal

Tabela 44

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos	
	Casos	Taxa Bruta
Próstata	540	45,36
Traqueia, Brônquio e Pulmão	180	15,45
Estômago	140	12,10
Cólon e Reto	150	13,06
Cavidade Oral	110	9,07
Esôfago	70	5,69
Leucemias	60	5,24
Pele Melanoma	30	2,58
Outras Localizações	910	76,58
Subtotal	2.190	184,30
Pele não Melanoma	480	40,16
Todas as Neoplasias	2.670	224,71

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 45

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos	
	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	660	51,11
Colo de Útero	220	16,80
Cólon e Reto	210	15,52
Traqueia, Brônquio e Pulmão	90	7,20
Estômago	90	7,26
Leucemias	60	4,47
Cavidade Oral	40	2,76
Pele Melanoma	30	2,29
Esôfago	20	1,74
Outras Localizações	1.080	83,37
Subtotal	2.500	192,99
Pele não Melanoma	450	34,93
Todas as Neoplasias	2.950	227,84

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Goiás e Goiânia

Tabela 46

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.290	43,58	340	55,43
Traqueia, Brônquio e Pulmão	450	15,24	110	17,66
Estômago	310	10,38	80	13,03
Cólon e Reto	280	9,44	100	15,47
Cavidade Oral	220	7,37	80	12,59
Esôfago	170	5,87	40	7,06
Leucemias	150	5,14	50	7,36
Pele Melanoma	60	1,96	20	3,88
Outras Localizações	1.630	55,00	360	58,10
Subtotal	4.560	153,86	1.180	190,45
Pele não Melanoma	1.280	43,33	410	65,55
Todas as Neoplasias	5.840	196,91	1.590	256,69

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 47

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.040	34,73	340	50,49
Colo de Útero	570	19,08	160	23,26
Cólon e Reto	290	9,76	120	17,97
Traqueia, Brônquio e Pulmão	290	9,79	70	10,98
Estômago	160	5,49	40	6,62
Leucemias	120	3,92	40	5,81
Cavidade Oral	110	3,80	30	5,15
Pele Melanoma	40	1,48	20	2,96
Esôfago	50	1,84	**	2,02
Outras Localizações	870	29,14	380	55,87
Subtotal	3.540	118,57	1.210	177,91
Pele não Melanoma	2.230	74,60	510	75,30
Todas as Neoplasias	5.770	193,12	1.720	252,48

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Mato Grosso e Cuiabá

Tabela 48

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	650	42,62	130	48,33
Traqueia, Brônquio e Pulmão	210	14,06	50	17,09
Estômago	180	11,63	30	11,78
Cólon e Reto	80	5,60	30	10,47
Cavidade Oral	90	6,25	30	9,59
Esôfago	90	5,68	20	6,12
Leucemias	80	5,09	20	6,29
Pele Melanoma	20	1,17	**	1,03
Outras Localizações	820	53,85	140	50,23
Subtotal	2.220	145,78	460	165,05
Pele não Melanoma	640	41,80	120	43,32
Todas as Neoplasias	2.860	187,63	580	208,70

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 49

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	370	25,85	110	34,99
Colo de Útero	260	17,94	50	17,75
Cólon e Reto	100	6,95	30	9,55
Traqueia, Brônquio e Pulmão	110	7,05	20	7,85
Estômago	80	5,29	20	7,47
Leucemias	50	3,77	20	5,48
Cavidade Oral	30	2,24	**	2,71
Pele Melanoma	20	1,71	**	3,61
Esôfago	20	1,43	**	1,08
Outras Localizações	540	37,50	90	30,70
Subtotal	1.580	109,72	370	126,22
Pele não Melanoma	830	57,95	200	67,38
Todas as Neoplasias	2.410	166,91	570	193,55

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Mato Grosso do Sul e Campo Grande

Tabela 50

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	720	60,88	280	75,62
Traqueia, Brônquio e Pulmão	230	19,12	80	22,53
Estômago	210	17,46	60	16,64
Cólon e Reto	160	13,70	80	21,04
Cavidade Oral	110	9,24	40	12,27
Esôfago	110	9,13	40	10,28
Leucemias	70	6,21	30	8,92
Pele Melanoma	20	1,88	**	3,26
Outras Localizações	770	65,08	280	76,27
Subtotal	2.400	202,84	900	245,15
Pele não Melanoma	690	58,37	230	62,34
Todas as Neoplasias	3.090	261,16	1.130	309,11

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 51

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	560	47,69	250	63,72
Colo de Útero	300	25,06	120	30,87
Cólon e Reto	160	13,31	70	18,84
Traqueia, Brônquio e Pulmão	130	10,68	40	11,71
Estômago	80	6,80	30	7,65
Leucemias	60	5,05	20	5,89
Cavidade Oral	40	2,55	20	4,15
Pele Melanoma	30	2,42	**	2,33
Esôfago	30	2,60	**	2,87
Outras Localizações	640	54,20	190	48,99
Subtotal	2.030	171,91	760	195,95
Pele não Melanoma	890	75,51	320	81,64
Todas as Neoplasias	2.920	247,11	1.080	277,83

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Região Sudeste

Tabela 52

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	25.260	63,17	8.130	80,89
Traqueia, Brônquio e Pulmão	8.970	22,45	3.020	30,08
Estômago	7.200	18,01	1.980	19,69
Cólon e Reto	7.590	18,97	2.960	29,53
Cavidade Oral	6.080	15,21	1.860	18,47
Esôfago	4.070	10,16	960	9,58
Leucemias	2.460	6,16	750	7,57
Pele Melanoma	1.510	3,76	460	4,63
Outras Localizações	30.020	75,09	9.790	97,39
Subtotal	93.160	233,04	29.910	297,54
Pele não Melanoma	27.170	67,97	7.240	72,08
Todas as Neoplasias	120.330	301,00	37.150	369,45

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 53

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	28.430	68,12	11.100	99,39
Colo de Útero	7.440	17,83	2.400	21,44
Cólon e Reto	8.790	21,07	3.650	32,69
Traqueia, Brônquio e Pulmão	4.750	11,41	1.710	15,35
Estômago	3.950	9,47	1.340	11,96
Leucemias	2.180	5,20	710	6,43
Cavidade Oral	1.930	4,64	600	5,34
Pele Melanoma	1.610	3,88	540	4,77
Esôfago	1.220	2,93	300	2,62
Outras Localizações	34.590	82,89	12.990	116,32
Subtotal	94.890	227,38	35.340	316,45
Pele não Melanoma	26.840	64,30	7.390	66,00
Todas as Neoplasias	121.730	291,69	42.730	382,64

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Espírito Santo e Vitória

Tabela 54

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	950	53,65	110	72,29
Traqueia, Brônquio e Pulmão	330	18,52	40	27,32
Estômago	360	20,11	30	20,78
Cólon e Reto	200	11,09	30	17,82
Cavidade Oral	250	14,42	30	17,98
Esôfago	190	10,78	20	12,25
Leucemias	100	5,57	**	8,46
Pele Melanoma	60	3,17	**	4,14
Outras Localizações	1.150	64,92	260	163,32
Subtotal	3.590	202,67	540	339,21
Pele não Melanoma	960	54,50	70	43,60
Todas as Neoplasias	4.550	256,66	610	382,31

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 55

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	830	45,85	140	81,43
Colo de Útero	460	25,54	50	26,33
Cólon e Reto	240	13,54	40	22,78
Traqueia, Brônquio e Pulmão	160	8,94	20	12,66
Estômago	160	9,02	30	15,01
Leucemias	90	4,86	**	6,33
Cavidade Oral	80	4,67	**	4,96
Pele Melanoma	50	3,06	**	4,54
Esôfago	60	3,30	**	3,10
Outras Localizações	1.020	56,57	160	89,81
Subtotal	3.150	174,69	340	190,85
Pele não Melanoma	1.110	61,62	250	139,94
Todas as Neoplasias	4.260	236,29	590	332,44

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Minas Gerais e Belo Horizonte

Tabela 56

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	5.050	51,11	890	75,21
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.440	14,59	230	19,75
Estômago	1.340	13,56	180	14,93
Cólon e Reto	950	9,63	190	16,41
Cavidade Oral	830	8,46	130	11,27
Esôfago	1.030	10,39	110	9,66
Leucemias	530	5,34	80	7,08
Pele Melanoma	180	1,84	40	3,68
Outras Localizações	7.420	75,15	1.210	102,61
Subtotal	18.770	190,11	3.060	259,48
Pele não Melanoma	3.390	34,32	470	40,14
Todas as Neoplasias	22.100	224,48	3.530	299,29

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 57

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	4.280	42,46	860	64,97
Colo de Útero	1.360	13,48	230	17,35
Cólon e Reto	1.210	12,05	290	22,24
Traqueia, Brônquio e Pulmão	830	8,22	140	10,72
Estômago	760	7,56	140	10,59
Leucemias	430	4,25	80	6,29
Cavidade Oral	310	3,07	60	4,59
Pele Melanoma	210	2,05	60	4,72
Esôfago	370	3,67	40	3,27
Outras Localizações	7.390	73,29	2.360	179,12
Subtotal	17.150	170,09	3.400	258,05
Pele não Melanoma	5.110	50,59	710	53,28
Todas as Neoplasias	22.260	220,74	4.110	311,49

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Rio de Janeiro e Rio de Janeiro

Tabela 58

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	5.950	77,93	2.960	97,35
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.170	28,48	1.150	37,79
Estômago	1.310	17,22	530	17,36
Cólon e Reto	1.740	22,82	1.010	33,37
Cavidade Oral	1.510	19,72	660	21,61
Esôfago	740	9,72	250	8,30
Leucemias	510	6,72	240	7,90
Pele Melanoma	260	3,45	140	4,69
Outras Localizações	5.960	78,11	3.010	99,05
Subtotal	20.150	264,09	9.950	327,43
Pele não Melanoma	5.660	74,14	2.050	67,56
Todas as Neoplasias	25.810	338,31	12.000	394,86

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 59

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	7.680	92,77	4.160	120,93
Colo de Útero	2.120	25,63	860	25,05
Cólon e Reto	2.150	25,94	1.300	37,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.220	14,79	670	19,62
Estômago	850	10,25	400	11,53
Leucemias	450	5,44	230	6,77
Cavidade Oral	520	6,26	240	6,95
Pele Melanoma	220	2,70	140	3,96
Esôfago	260	3,16	90	2,55
Outras Localizações	7.930	95,74	4.480	130,28
Subtotal	23.400	282,50	12.570	365,55
Pele não Melanoma	5.640	68,11	2.410	69,85
Todas as Neoplasias	29.040	350,59	14.980	435,79

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

São Paulo e São Paulo

Tabela 60

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	13.310	64,30	4.170	73,49
Traqueia, Brônquio e Pulmão	5.030	24,32	1.600	28,19
Estômago	4.190	20,24	1.240	21,90
Cólon e Reto	4.700	22,68	1.730	30,53
Cavidade Oral	3.490	16,84	1.040	18,30
Esôfago	2.110	10,17	580	10,18
Leucemias	1.320	6,39	420	7,47
Pele Melanoma	1.010	4,85	270	4,80
Outras Localizações	15.490	74,82	5.310	93,56
Subtotal	50.650	244,66	16.360	288,27
Pele não Melanoma	17.160	82,89	4.650	81,93
Todas as Neoplasias	67.810	327,54	21.010	370,06

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 61

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	15.640	72,52	5.940	95,30
Colo de Útero	3.500	16,22	1.260	20,18
Cólon e Reto	5.190	24,05	2.020	32,40
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.540	11,80	880	14,05
Estômago	2.180	10,09	770	12,40
Leucemias	1.210	5,57	390	6,27
Cavidade Oral	1.020	4,75	290	4,62
Pele Melanoma	1.130	5,26	330	5,24
Esôfago	530	2,47	160	2,51
Outras Localizações	18.250	84,64	6.990	112,14
Subtotal	51.190	237,41	19.030	305,30
Pele não Melanoma	14.980	69,48	4.020	64,45
Todas as Neoplasias	66.170	306,88	23.050	369,79

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Região Sul

Tabela 62

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	9.500	68,72	1.360	78,47
Traqueia, Brônquio e Pulmão	4.920	35,60	650	37,16
Estômago	2.890	20,94	340	19,86
Cólon e Reto	2.850	20,58	580	33,21
Cavidade Oral	1.980	14,38	290	16,93
Esôfago	2.290	16,64	230	13,19
Leucemias	1.030	7,36	140	8,37
Pele Melanoma	1.010	7,31	140	8,52
Outras Localizações	14.180	102,63	2.420	139,50
Subtotal	40.650	294,21	6.150	354,52
Pele não Melanoma	11.350	82,13	1.130	65,68
Todas as Neoplasias	52.000	376,30	7.280	419,19

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 63

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	9.500	67,09	1.780	92,74
Colo de Útero	3.470	24,44	480	25,35
Cólon e Reto	3.100	21,89	650	34,13
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.290	16,22	400	20,93
Estômago	1.470	10,44	220	11,15
Leucemias	790	5,64	130	6,56
Cavidade Oral	520	3,66	120	6,16
Pele Melanoma	940	6,58	170	8,58
Esôfago	820	5,79	80	3,88
Outras Localizações	13.090	92,49	2.620	136,60
Subtotal	35.990	254,28	6.650	346,72
Pele não Melanoma	11.590	81,91	1.590	83,02
Todas as Neoplasias	47.580	336,12	8.240	429,02

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Paraná e Curitiba

Tabela 64

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	3.430	65,16	560	66,48
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.200	22,74	210	24,04
Estômago	1.220	23,15	170	20,66
Cólon e Reto	970	18,39	230	27,55
Cavidade Oral	810	15,41	160	19,28
Esôfago	770	14,65	100	11,64
Leucemias	360	6,81	60	7,23
Pele Melanoma	300	5,63	70	8,30
Outras Localizações	4.970	94,34	760	89,83
Subtotal	14.030	266,32	2.320	274,20
Pele não Melanoma	3.150	59,81	550	65,40
Todas as Neoplasias	17.180	326,11	2.870	339,07

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 65

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	3.010	56,16	700	76,02
Colo de Útero	1.350	25,11	210	23,10
Cólon e Reto	980	18,34	240	26,49
Traqueia, Brônquio e Pulmão	710	13,19	140	15,66
Estômago	610	11,42	100	10,43
Leucemias	270	5,08	60	6,57
Cavidade Oral	210	3,94	50	5,54
Pele Melanoma	270	4,97	70	7,39
Esôfago	280	5,31	30	3,15
Outras Localizações	4.230	78,82	900	97,93
Subtotal	11.920	222,11	2.500	272,02
Pele não Melanoma	3.990	74,42	710	77,39
Todas as Neoplasias	15.910	296,31	3.210	348,51

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Rio Grande do Sul e Porto Alegre

Tabela 66

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	4.430	80,63	730	103,95
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.770	50,46	380	54,30
Estômago	1.020	18,66	130	18,77
Cólon e Reto	1.450	26,36	310	43,47
Cavidade Oral	820	14,97	110	15,61
Esôfago	1.080	19,73	110	16,09
Leucemias	460	8,32	70	10,09
Pele Melanoma	450	8,20	60	9,25
Outras Localizações	8.050	146,66	1.530	218,96
Subtotal	20.530	374,02	3.430	490,88
Pele não Melanoma	4.180	76,17	330	47,65
Todas as Neoplasias	24.710	450,06	3.760	537,55

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Tabela 67

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	4.880	85,50	950	119,72
Colo de Útero	1.610	28,17	230	29,51
Cólon e Reto	1.610	28,22	360	44,97
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.220	21,42	230	28,74
Estômago	580	10,23	100	12,36
Leucemias	350	6,23	60	7,02
Cavidade Oral	230	3,96	60	7,01
Pele Melanoma	420	7,29	80	10,12
Esôfago	430	7,58	40	5,47
Outras Localizações	6.970	122,13	1.720	215,94
Subtotal	18.300	320,66	3.830	480,85
Pele não Melanoma	4.920	86,22	530	67,04
Todas as Neoplasias	23.220	406,89	4.360	546,84

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Santa Catarina e Florianópolis

Tabela 68

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.640	53,48	70	38,13
Traqueia, Brônquio e Pulmão	950	31,06	60	32,55
Estômago	650	21,20	40	20,35
Cólon e Reto	430	14,02	40	20,75
Cavidade Oral	350	11,55	20	11,33
Esôfago	440	14,49	20	9,44
Leucemias	210	6,61	**	7,12
Pele Melanoma	260	8,61	**	6,84
Outras Localizações	1.160	37,92	130	68,45
Subtotal	6.090	199,06	400	210,63
Pele não Melanoma	4.020	131,27	250	133,22
Todas as Neoplasias	10.110	330,38	650	340,69

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

Tabela 69

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.610	52,03	130	62,45
Colo de Útero	510	16,38	40	19,18
Cólon e Reto	510	16,37	50	26,19
Traqueia, Brônquio e Pulmão	360	11,84	30	14,16
Estômago	280	9,12	20	9,65
Leucemias	170	5,53	**	4,70
Cavidade Oral	80	2,63	**	5,59
Pele Melanoma	250	8,08	20	7,94
Esôfago	110	3,32	**	0,96
Outras Localizações	1.890	61,37	**	0,00
Subtotal	5.770	187,36	320	158,08
Pele não Melanoma	2.680	86,98	350	171,42
Todas as Neoplasias	8.450	274,37	670	330,98

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.

ESTIMATIVA | 2008

Figura 2

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (todas as neoplasias, exceto as de pele não melanoma).

Homens

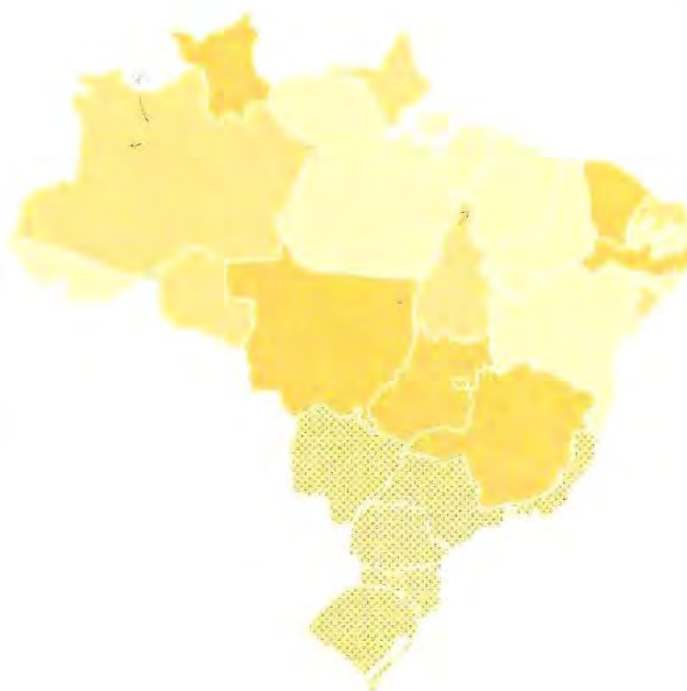


Figura 3

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (todas as neoplasias, exceto as de pele não melanoma).

Mulheres

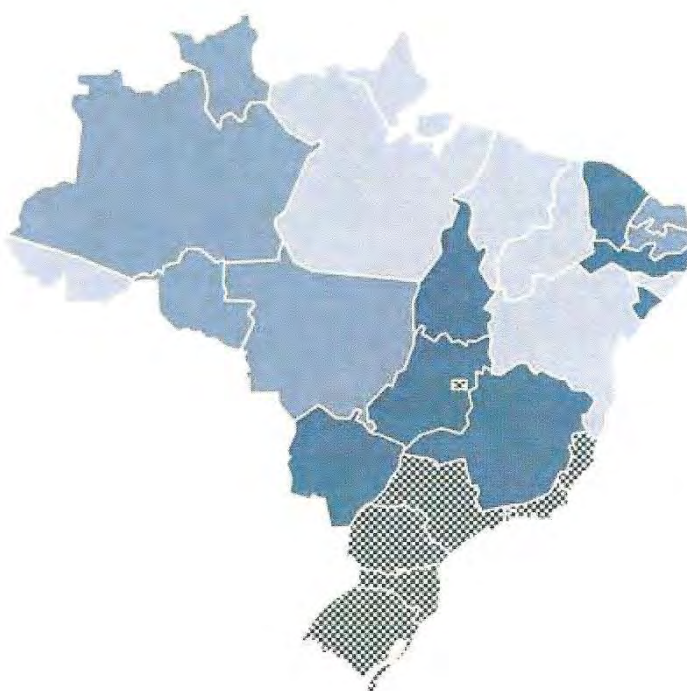


Figura 4

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da traquéia, dos brônquios e dos pulmões).

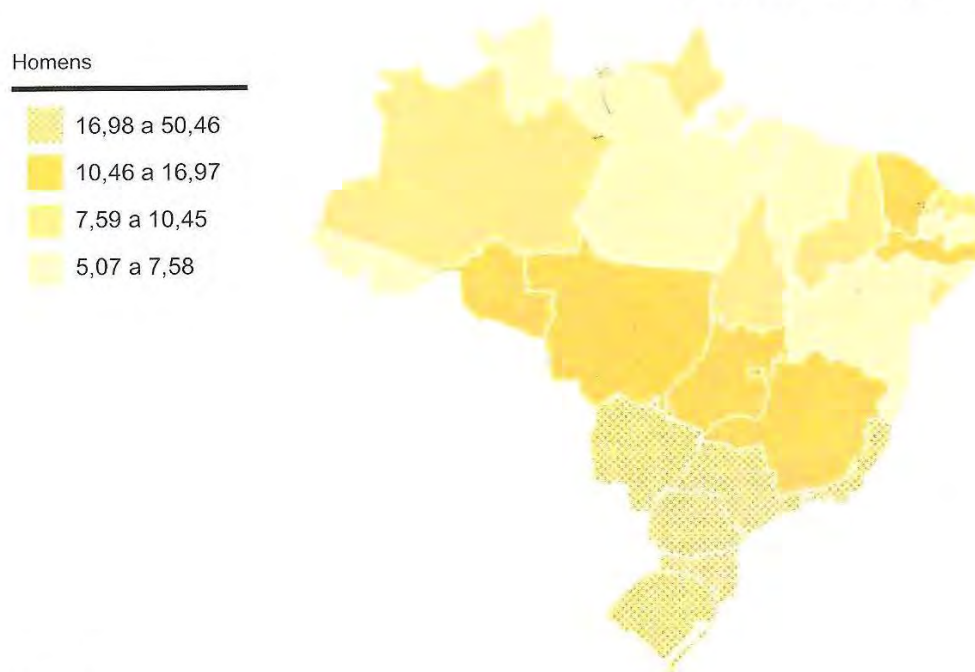
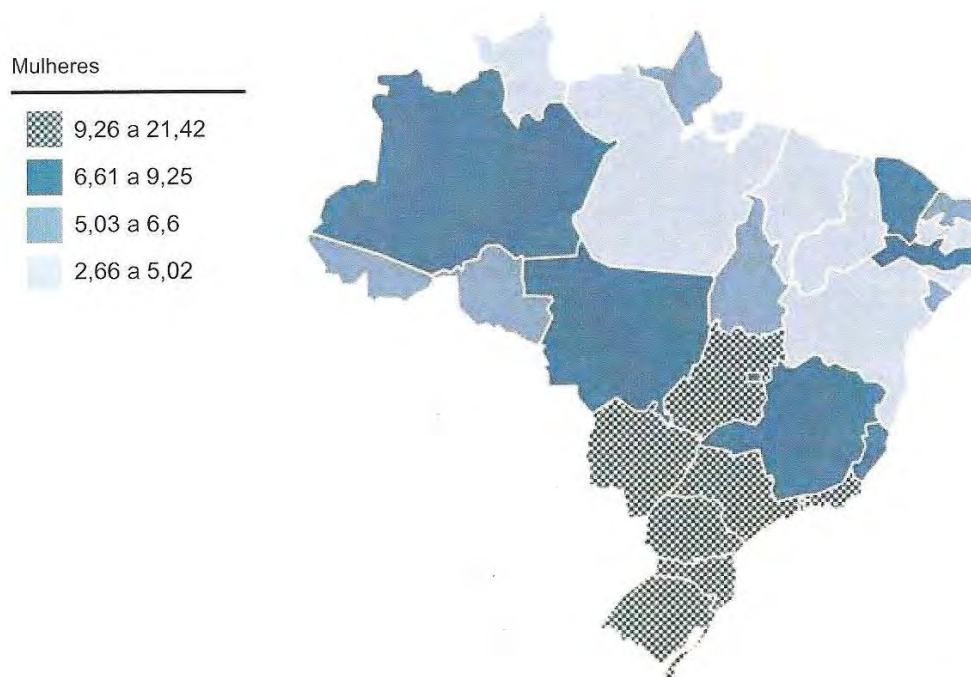


Figura 5

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da traquéia, dos brônquios e dos pulmões).



ESTIMATIVA | 2008

Figura 6

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da próstata).

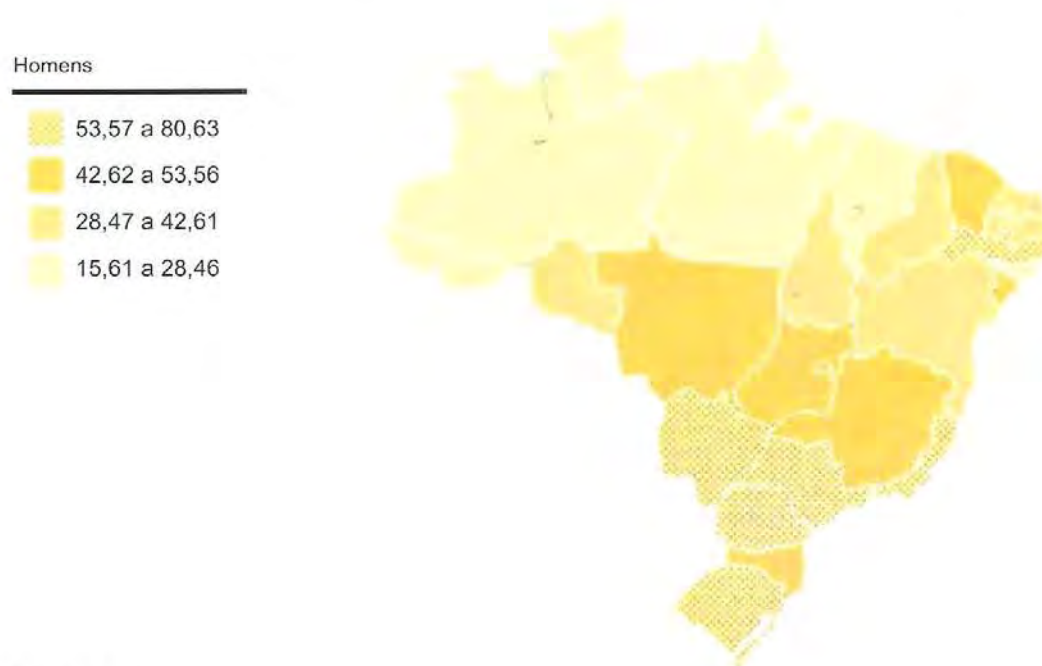


Figura 7

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina).

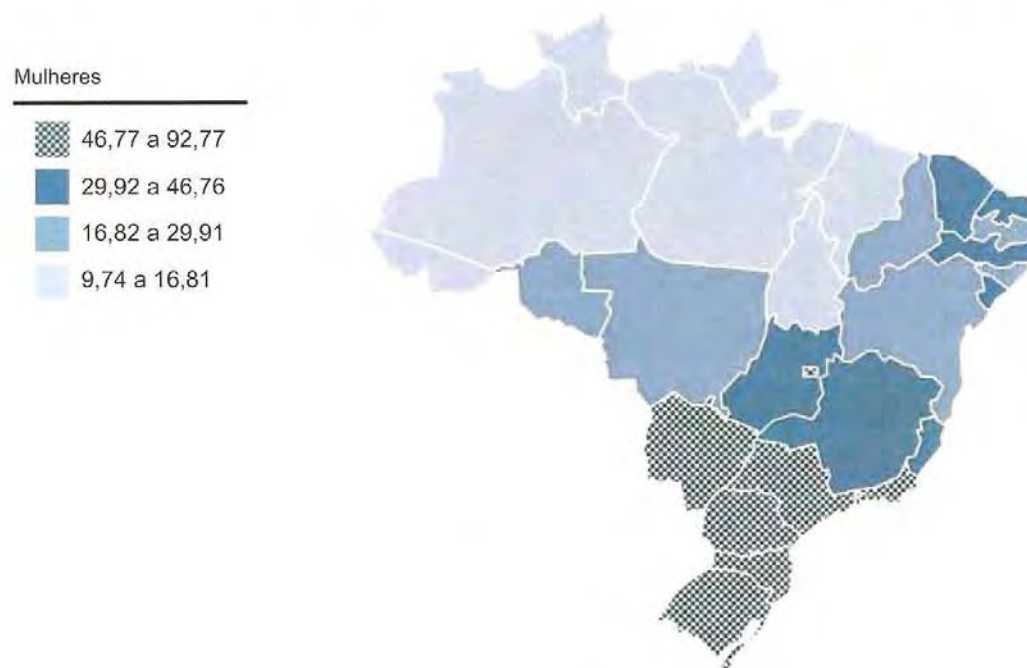


Figura 8

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago).

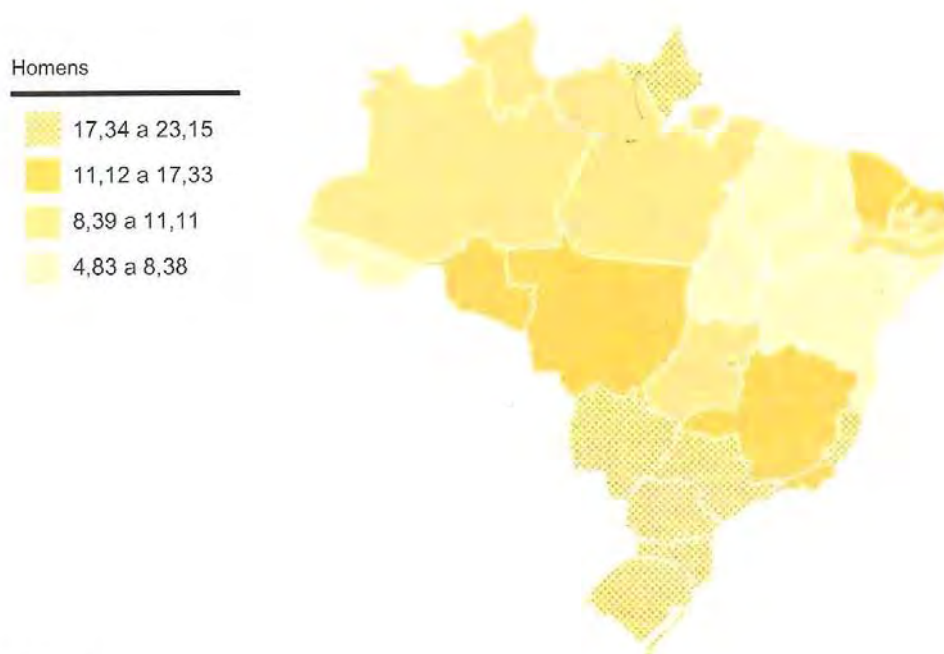
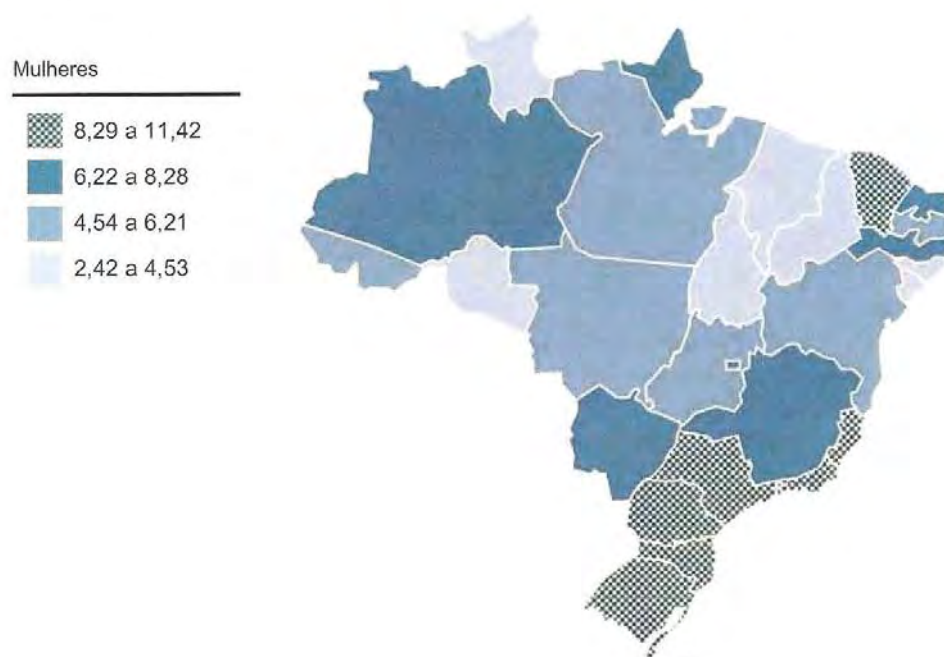


Figura 9

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago).



ESTIMATIVA | 2008

Figura 10

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do esôfago).

Homens

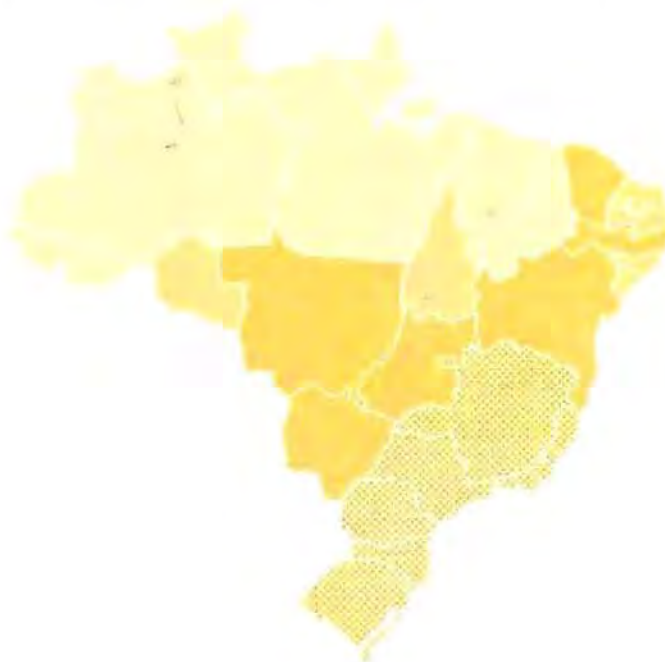
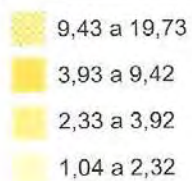


Figura 11

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do esôfago).

Mulheres

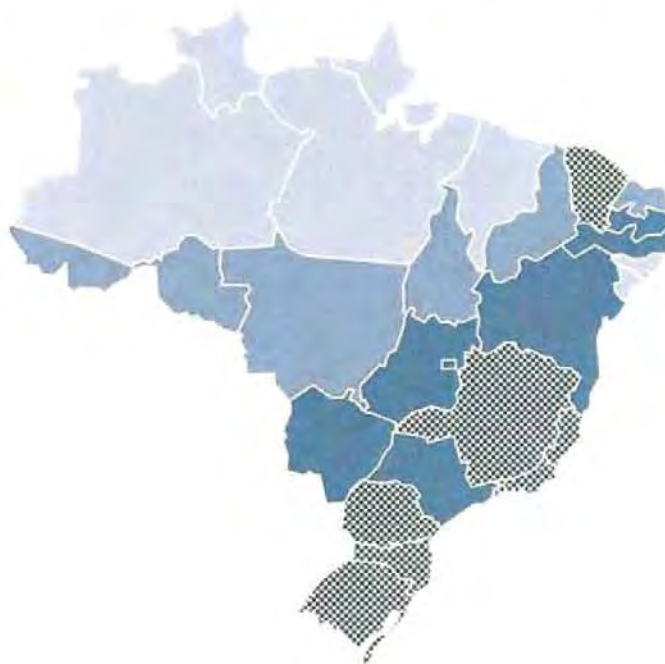
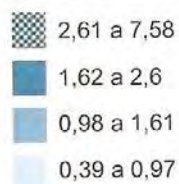


Figura 12

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto).

Homens

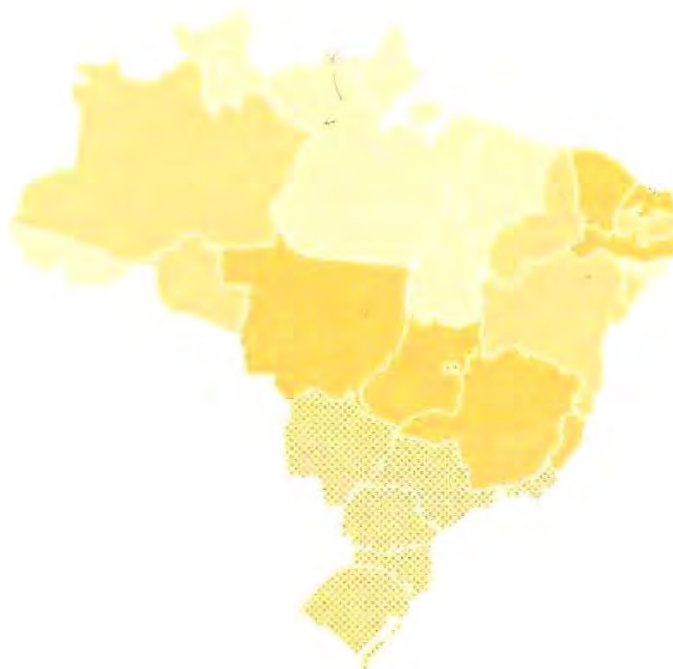
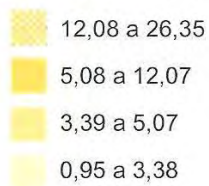
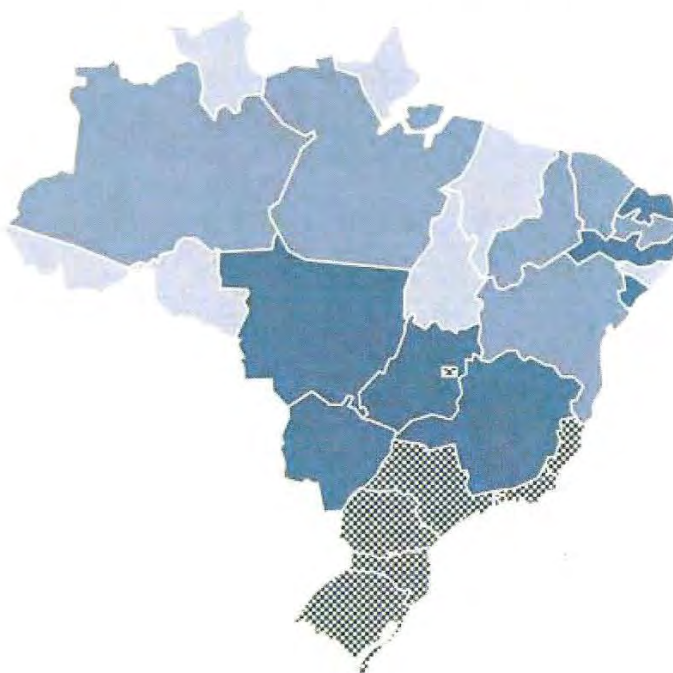
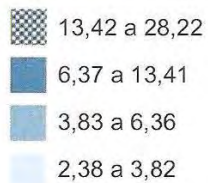


Figura 13

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do cólon e reto).

Mulheres



ESTIMATIVA | 2008

Figura 14

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (leucemias).

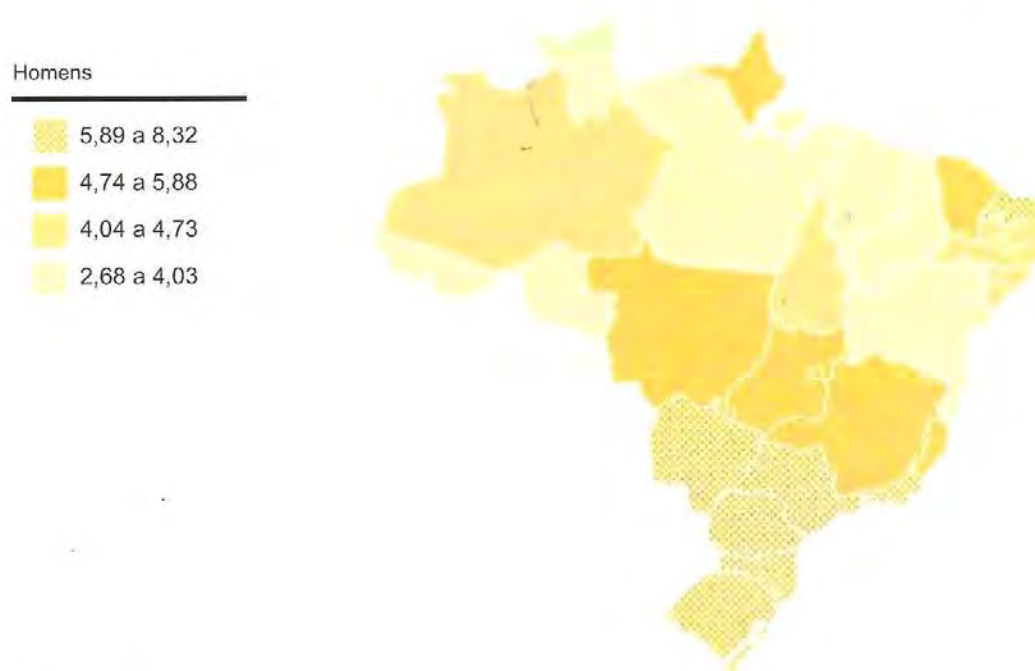


Figura 15

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (leucemias).

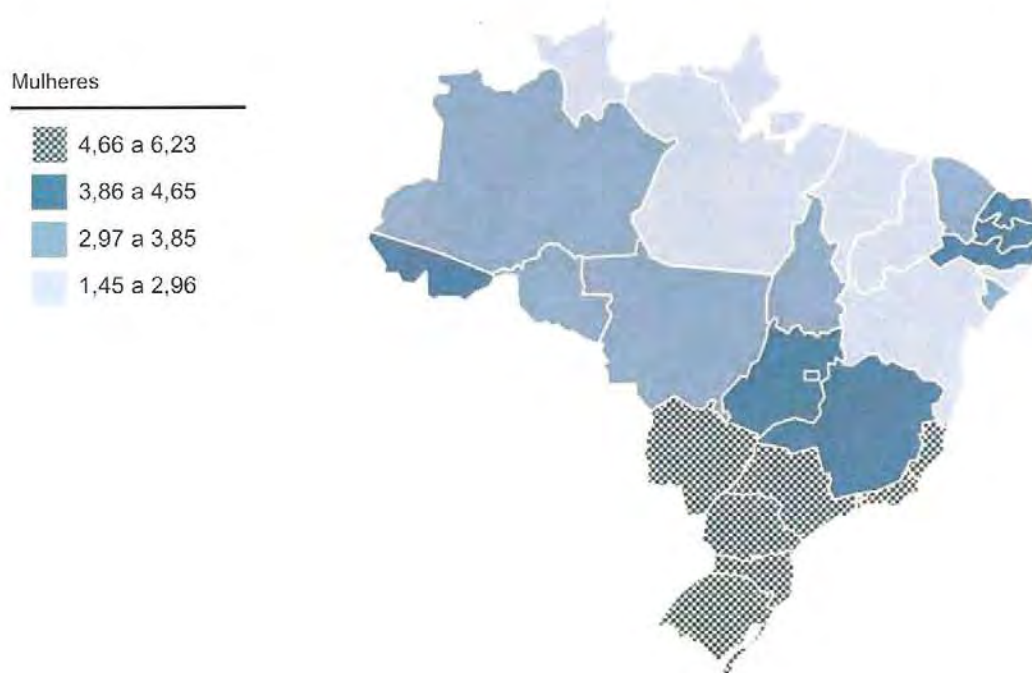


Figura 16

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (outras neoplasias malignas da pele).

Homens

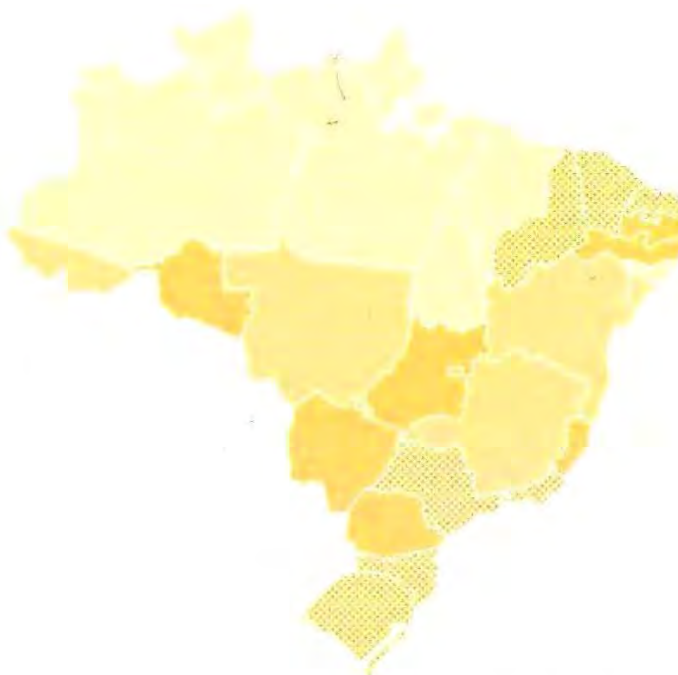
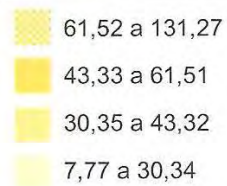
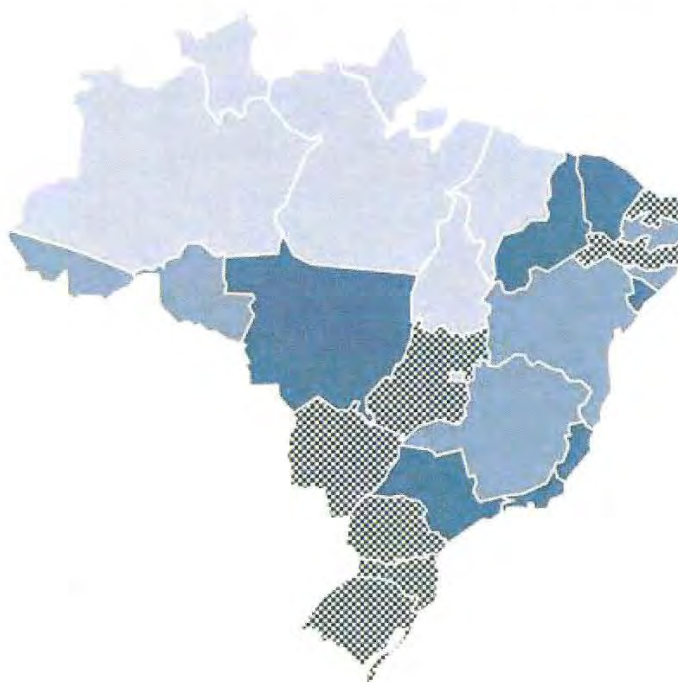
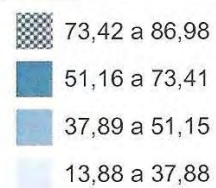


Figura 17

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (outras neoplasias malignas da pele).

Mulheres



ESTIMATIVA | 2008

Figura 18

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero).

Mulheres

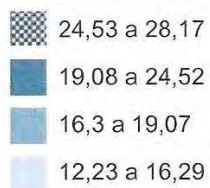


Figura 19

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero e do útero, porção não especificada).

Mulheres

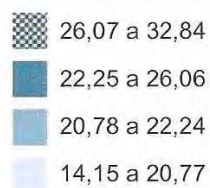


Figura 20

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral).

Homens

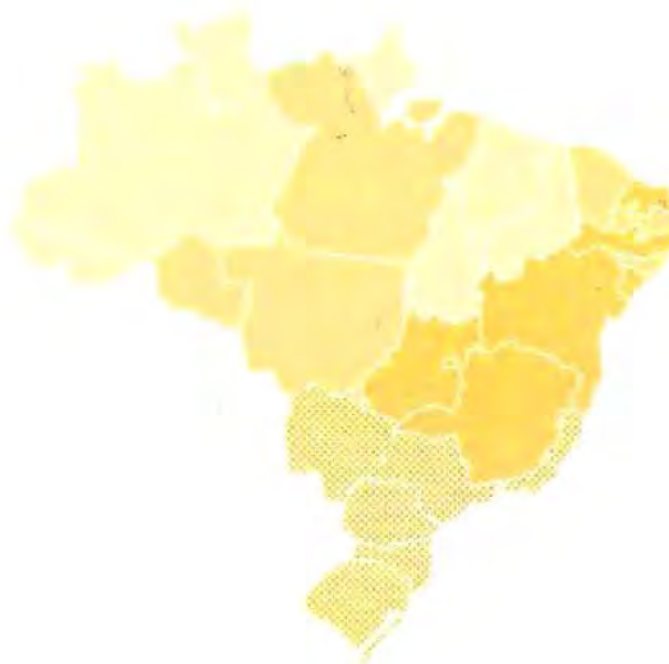
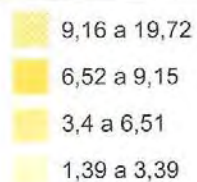
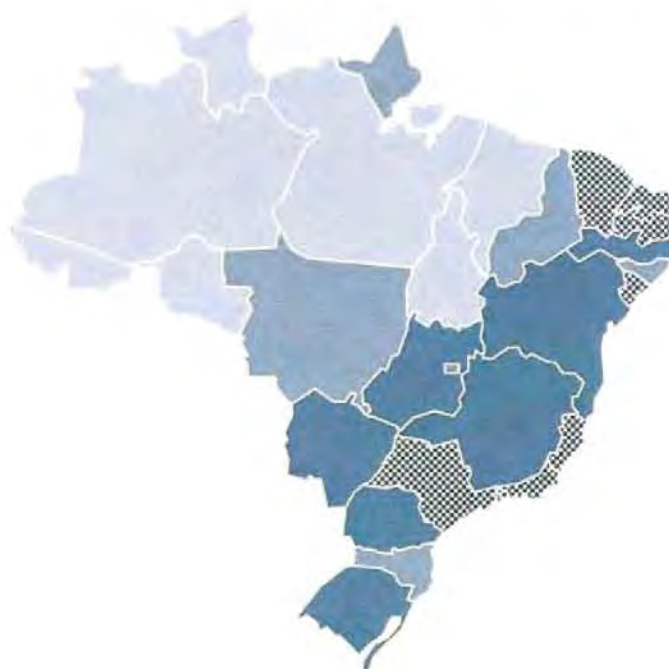


Figura 21

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral).

Mulheres



ESTIMATIVA | 2008

Figura 22

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (melanoma maligno da pele).

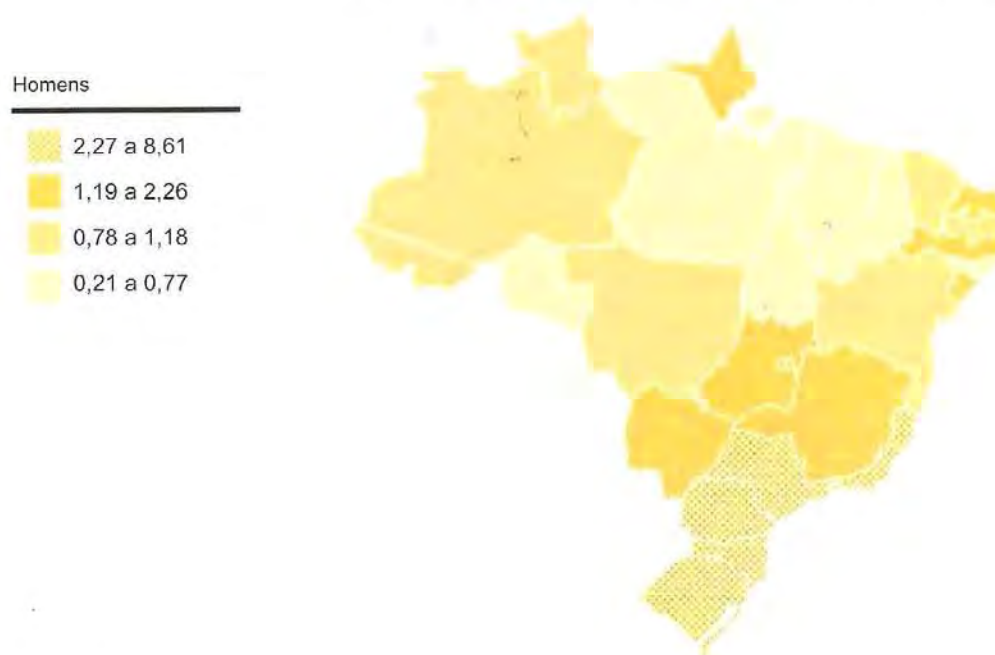
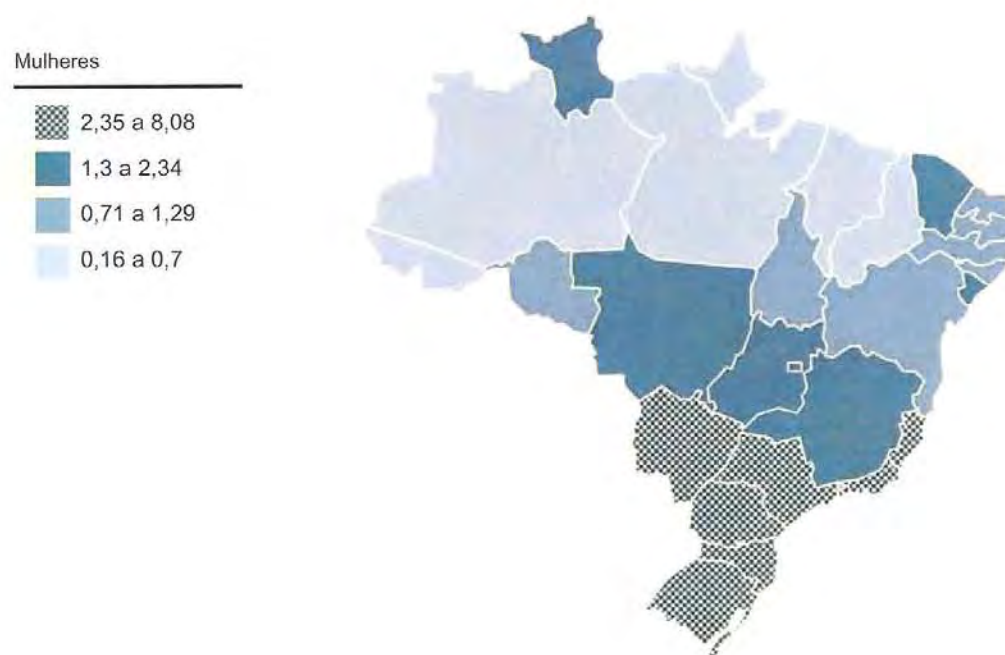


Figura 23

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (melanoma maligno da pele).



Anexo A

Projeção populacional para o ano de 2008 por Unidade da Federação, Capital e Brasil.
Distribuição das populações masculina e feminina por Unidade da Federação e Brasil.

Unidades da Federação	Total	Masculino	Feminino
Acre	709.679	357.665	362.014
Amapá	657.371	329.977	327.394
Amazonas	3.476.507	1.748.251	1.728.256
Pará	7.386.247	3.736.798	3.649.449
Rondônia	1.617.273	830.024	787.249
Roraima	427.057	218.582	208.475
Tocantins	1.385.108	708.425	676.683
Região Norte	15.659.242	7.929.721	7.729.521
Alagoas	3.119.145	1.523.804	1.595.341
Bahia	14.215.940	7.028.471	7.187.469
Ceará	8.453.299	4.127.839	4.325.460
Maranhão	6.344.651	3.157.668	3.186.983
Paraíba	3.677.098	1.785.232	1.891.866
Pernambuco	8.678.094	4.193.817	4.484.277
Piauí	3.094.264	1.521.722	1.572.542
Rio Grande do Norte	3.123.951	1.529.982	1.593.969
Sergipe	2.065.696	1.012.785	1.052.911
Região Nordeste	52.772.138	25.881.320	26.890.818
Distrito Federal	2.483.697	1.188.307	1.295.390
Goiás	5.949.276	2.963.727	2.985.549
Mato Grosso	2.962.921	1.522.882	1.440.039
Mato Grosso do Sul	2.364.055	1.183.192	1.180.863
Região Centro-Oeste	13.759.949	5.858.107	6.901.842
Espírito Santo	3.574.534	1.771.329	1.803.205
Minas Gerais	19.956.295	9.873.121	10.083.174
Rio de Janeiro	15.913.278	7.630.102	8.283.176
São Paulo	42.264.205	20.702.026	21.562.179
Região Sudeste	81.708.312	39.976.577	41.731.735
Paraná	10.634.855	5.268.155	5.366.700
Rio Grande do Sul	11.196.129	5.489.068	5.707.061
Santa Catarina	6.139.058	3.059.364	3.079.694
Região Sul	27.970.042	13.816.587	14.153.455
Brasil	191.869.683	94.462.313	97.407.370

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.
Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o Período 1980-2050. Revisão 2004.

Anexo A (continuação)

Projeção populacional para o ano de 2008 por Unidade da Federação, Capital e Brasil.
Distribuição das populações masculina e feminina por Unidade da Federação e Brasil.

Capitais	Total	Masculino	Feminino
Rio Branco	322.121	156.883	165.237
Macapá	390.411	192.022	198.398
Manaus	1.737.705	847.254	890.451
Belém	1.527.529	725.530	801.999
Porto Velho	302.262	195.435	196.827
Boa Vista	264.041	132.086	131.954
Palmas	164.421	82.279	82.142
Região Norte	4.798.490	2.331.491	2.466.999
Maceió	881.566	416.132	465.434
Salvador	2.657.261	1.251.079	1.406.182
Fortaleza	2.436.111	1.140.168	1.295.943
São Luís	976.740	456.247	520.494
João Pessoa	638.436	298.407	340.029
Recife	1.559.430	725.178	834.252
Teresina	778.507	364.845	413.663
Natal	801.375	376.158	425.217
Aracaju	534.269	249.909	284.359
Região Nordeste	11.263.694	5.278.122	5.985.572
Goiânia	1.299.681	619.580	680.101
Cuiabá	571.851	278.702	293.148
Campo Grande	754.974	367.126	387.848
Região Centro-Oeste	2.626.506	1.265.408	1.361.097
Vitória	337.350	159.195	178.155
Belo Horizonte	2.496.867	1.179.278	1.317.589
Rio de Janeiro	6.477.425	3.038.782	3.438.644
São Paulo	11.908.365	5.675.200	6.233.165
Região Sudeste	21.220.007	10.052.455	11.167.552
Curitiba	1.766.142	846.086	919.056
Porto Alegre	1.495.254	698.750	796.504
Florianópolis	392.336	189.906	202.430
Região Sul	3.652.732	1.734.742	1.917.990
Total	43.561.429	20.662.218	22.899.211

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.
Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o Período 1980-2050. Revisão 2004.

Anexo B

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por neoplasia maligna do colo do útero e do útero, porção não especificada, por Unidade da Federação, Capital e Brasil.*

Estimativas por Unidade da Federação e Brasil.

Unidades da Federação	Estimativa dos Casos Novos	
	Casos	Taxa Bruta
Acre	50	15,11
Amapá	80	24,58
Amazonas	450	26,22
Pará	760	20,81
Rondônia	150	18,76
Roraima	50	24,41
Tocantins	190	27,53
Região Norte	1.730	22,40
Alagoas	350	22,25
Bahia	1.110	15,44
Ceará	1.030	23,79
Maranhão	670	20,93
Paraíba	270	14,15
Pernambuco	1.130	25,11
Piauí	330	20,99
Rio Grande do Norte	310	19,27
Sergipe	290	27,25
Região Nordeste	5.490	20,37
Distrito Federal	270	21,07
Goiás	640	21,30
Mato Grosso	390	26,84
Mato Grosso do Sul	390	32,84
Região Centro-Oeste	1.690	24,39
Espírito Santo	470	25,92
Minas Gerais	1.720	17,05
Rio de Janeiro	2.370	28,66
São Paulo	4.470	20,75
Região Sudeste	9.030	21,65
Paraná	1.350	25,12
Rio Grande do Sul	1.620	28,32
Santa Catarina	650	21,02
Região Sul	3.620	25,52
Brasil	21.560	22,11

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Anexo B (continuação)

Estimativas para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por neoplasia maligna do colo do útero e do útero, porção não especificada, por Unidade da Federação, Capital e Brasil.*

Estimativas por Capital.**

Capitais	Estimativa dos Casos Novos	
	Casos	Taxa Bruta
Rio Branco	30	20,28
Macapá	60	28,58
Manaus	370	41,37
Belém	370	46,39
Porto Velho	90	46,57
Boa Vista	40	31,72
Palmas	**	14,73
Região Norte	970	39,57
Maceió	170	36,55
Salvador	300	21,05
Fortaleza	310	23,56
São Luís	220	42,43
João Pessoa	70	22,05
Recife	250	29,43
Teresina	110	27,87
Natal	110	25,38
Aracaju	90	32,99
Região Nordeste	1.630	27,23
Goiânia	150	22,04
Cuiabá	60	22,00
Campo Grande	130	33,08
Região Centro-Oeste	340	25,18
Vitória	50	28,23
Belo Horizonte	260	19,86
Rio de Janeiro	950	27,66
São Paulo	1.450	23,28
Região Sudeste	2.710	24,30
Curitiba	210	22,89
Porto Alegre	230	29,56
Florianópolis	40	18,71
Região Sul	480	25,22
Brasil	6.130	26,84

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

** Menor que 15 casos.