

**Esta impressão não tem validade antes de ser enviada para o SIGProj
Submeta a proposta e imprima novamente este documento.**

**FORMULÁRIO-SÍNTESE DA PROPOSTA - SIGProj
EDITAL Edital Bolsa de Extensão 2024**

Uso exclusivo da Pró-Reitoria (Decanato) de Extensão

PROCESSO N°:

SIGProj N°:

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO: Autocuidado no câncer

TIPO DA PROPOSTA:

Curso

Evento

Programa

Projeto

ÁREA TEMÁTICA PRINCIPAL:

Comunicação

Cultura

Direitos Humanos e Justiça

Educação

Meio Ambiente

Saúde

Tecnologia e Produção

Trabalho

Desporto

COORDENADOR: Virginia Dresch

E-MAIL: virginia@dresch@id.uff.br

FONE/CONTATO: 2629-2299 / 21972222962

UFF - Universidade Federal Fluminense
PROEX - Pró-Reitoria de Extensão

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROJETO DE EXTENSÃO

Uso exclusivo da Pró-Reitoria (Decanato) de Extensão

PROCESSO N°:

SIGProj N°:

1. Introdução

1.1 Identificação da Ação

Título: Autocuidado no câncer

Coordenador: Virginia Dresch / Docente

Tipo da Ação: Projeto

Edital: Edital Bolsa de Extensão 2024

Faixa de Valor:

Vinculada à Programa de Extensão? Não

Instituição: UFF - Universidade Federal Fluminense

Unidade Geral: IPSi - Instituto de Psicologia

Unidade de Origem: GSI - Departamento de Psicologia

Início Previsto: 01/04/2024

Término Previsto: 31/12/2024

Possui Recurso Financeiro: Sim

Gestor: Virginia Dresch / Docente

Órgão Financeiro: Outros

Órgão Financeiro:

1.2 Detalhes da Proposta

Carga Horária Total da Ação: 432 horas

Justificativa da Carga Horária: A carga horária do projeto refere-se ao acompanhamento do atendimento psicológico realizado pela equipe de estágio obrigatório em psicologia à pacientes com câncer de mama no Serviço de

Mastologia do HUAP e a todo o trabalho de coordenação das atividades, da elaboração de conteúdos para o perfil do projeto no Instagram e para os cartões para uso em dinâmicas de grupo, bem como a atualização/revisão do livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor'.

Semanalmente, os(as) integrantes do projeto (docentes e discentes) cumprirão uma jornada de 12 horas semanais, assim distribuídas:

1. Acompanhamento do atendimento psicológico das pacientes com câncer de mama, após a consulta médica na Sessão Clínica, realizado pela equipe de estágio obrigatório em Psicologia (supervisionado pela coordenadora do projeto de extensão): 6 (seis) horas semanais;
2. Reuniões de supervisão e planejamento das atividades: 3 (três) horas semanais.
3. Elaboração dos conteúdos: 3h semanais
 - da 6a e 7a temporada do Instagram @autocuidadonocancer, com 9 dicas cada: 3 (três) horas semanais.
 - dos cartões para uso em dinâmica de grupo, com as dicas da 1a à 7a temporada do Instagram @autocuidadonocancer.
 - da atualização dos conteúdos do livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor'.

Periodicidade: Anual

A Ação é Curricular? Sim

Abrangência: Regional

Tem Limite de Vagas? Não

Local de Realização: Serviço de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Período de Realização: De 01/04/2024 à 31/12/2024.

Tem Inscrição? Não

1.3 Público-Alvo

O público alvo desta ação são as mulheres em tratamento do câncer de mama no Serviço de Mastologia do HUAP-UFF

Outro público importante desta ação são as discentes do curso de Psicologia em formação, que enriquecem e são enriquecidas pelo projeto.

Eu e Profa. Paula Land Curi, como docentes, também estamos em processo de enriquecimento contínuo.

Nº Estimado de Público: 305

Discriminar Público-Alvo:

	A	B	C	D	E	Total
Público Interno da Universidade/Instituto	2	3	0	0	0	5
Instituições Governamentais Federais	0	0	0	0	300	300
Instituições Governamentais Estaduais	0	0	0	0	0	0
Instituições Governamentais Municipais	0	0	0	0	0	0
Organizações de Iniciativa Privada	0	0	0	0	0	0

Movimentos Sociais	0	0	0	0	0	0
Organizações Não-Governamentais (ONGs/OSCIPs)	0	0	0	0	0	0
Organizações Sindicais	0	0	0	0	0	0
Grupos Comunitários	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0
Total	2	3	0	0	300	305

Legenda:

(A) Docente

(B) Discentes de Graduação

(C) Discentes de Pós-Graduação

(D) Técnico Administrativo

(E) Outro

1.4 Parcerias

Não há Instituição Parceira.

1.5 Caracterização da Ação

Área de Conhecimento:

Ciências Humanas » Psicologia » Tratamento e Prevenção Psicológica

Área Temática Principal:

Saúde

Área Temática Secundária:

Direitos Humanos e Justiça

Linha de Extensão:

Saúde Humana

1.6 Descrição da Ação

Resumo da Proposta:

O autocuidado no câncer de mama, tecido entre mulheres e equipe multiprofissional de saúde, é uma importante ferramenta de promoção à saúde e bem-estar, apesar do adoecimento. Os objetivos deste projeto são: a) acompanhar o atendimento psicológico para os primeiros cuidados psicológicos realizado pela equipe de estágio obrigatório em psicologia à pacientes com câncer de mama, b) promover trocas entre universidade e sociedade, c) estimular discussões sobre autocuidado, a fim de que as participantes reconheçam os processos em que estão inseridas, d) compreender os atravessamentos do papel social de gênero nos processos saúde-doença, e e) elaborar e/ou revisar os conteúdos dos produtos do projeto utilizado no atendimento psicológico às pacientes, a saber: Instagram autocuidadonocancer, livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor', e cartões de dicas de autocuidado para uso em dinâmicas de grupo. As intervenções no campo serão realizadas entre 01/04 à 31/12/2024 no Serviço de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). A cada terça-feira são agendadas de 8 à 10 pacientes da rede SUS para avaliação e planejamento do tratamento de câncer de mama.

O projeto de extensão dialoga com o projeto de ensino (estágio obrigatório da equipe de psicologia supervisionada pela coordenadora do projeto de extensão) e o projeto de pesquisa ('Impacto do trauma emocional em mulheres com câncer de mama', coordenado pela coordenadora do projeto de extensão) com bolsa IC FAPERJ.

Palavras-Chave:

papel social de gênero, cuidados psicológicos, câncer de mama, autocuidado

Informações Relevantes para Avaliação da Proposta:

I - Interação dialógica: para uma formação de qualidade, entende-se que o(a) estudante deve ser protagonista do seu processo formativo, fugindo do antigo modelo de ensino onde o professor “carrega” o conhecimento, e o(a) aluno(a) o recebe. Os ensinamentos em aula são de extrema importância, mas não o suficiente. É fundamental que o(a) aluno(a) possa produzir efeitos além dos “muros” da Universidade, para,

além de colocar em prática todo o ensinamento, também retribuir à população pela sua formação, ao mesmo tempo que aprende com aqueles(as) destinatários(as) da sua intervenção, produzindo-se, assim, a interação dialógica. Ou seja, uma via de mão dupla dos saberes produzidos na Universidade e os saberes produzidos pela comunidade, conforme proposto pelo Projeto Pedagógico Institucional (PPI) da UFF, no que tange às políticas institucionais de extensão. Ao estudarmos os impactos dos atravessamentos do papel social de gênero nas mulheres em tratamento do câncer de mama, pretendemos que, no campo, estas pacientes tenham os primeiros cuidados psicológicos necessários para lidar com a doença e o tratamento, assim como também percebam e se empoderem dos processos nos quais estão envolvidas. Nossa proposta é estimular as trocas de saberes, assim como estratégias de enfrentamento da doença entre as pacientes e equipe multiprofissional de saúde. Desta forma, acreditamos que as potências que emergem desta relação entre a Universidade e a população são benéficas para ambas.

II - Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: não se pode olhar para um indivíduo e analisar seus processos envolvidos apenas por uma visão unilateral. Ao estudarmos os temas eixos, perceberemos a complexidade dos mesmos e como eles atravessam os sujeitos adoecidos de diversas formas, e isto não pode ser analisado apenas pela Psicologia. Então, é de extrema importância que todo o nosso trabalho seja realizado juntamente a profissionais de outras áreas, afinal, não estamos atuando sozinhos no hospital, e nem com as pacientes. No Serviço de Mastologia, saberes dos(as) médicos(as) cirurgiões(ãs), saberes dos(as) médicos(as) oncologistas, saberes da enfermagem, saberes da nutrição, saberes da farmácia, saberes da fisioterapia, saberes da psicologia dialogam entre si e com os saberes das pacientes em tratamento do câncer de mama.

III - Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão: o projeto de estágio obrigatório em psicologia supervisionado pela coordenadora do projeto de extensão teve início em 2012, junto à pacientes em tratamento do câncer. O projeto de pesquisa em câncer de mama iniciou em 2014 e foi se transformando à medida em que o projeto de ensino avançava. O projeto de extensão nasceu da interação entre os projetos de estágio obrigatório e de pesquisa e promoveu mudança em ambos. Atualmente, os projetos de estágio obrigatório da psicologia e de pesquisa citados ocorrem no Serviço de Mastologia. O projeto de pesquisa tem anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa do HUAP e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa UFF; bem como bolsista IC FAPERJ. O projeto de extensão que aqui se apresenta também se reinventa em relação a os projetos de anos anteriores. Em síntese, ensino-pesquisa-extensão produzem frutos que se retroalimentam.

IV - Impacto na formação do(a) estudante: apesar de a Psicologia ter uma grande carga horária de disciplinas, a mesma ainda não dá conta de todas as possibilidades de formação no campo, especialmente na interrelação entre o papel social de gênero e os processos saúde-doença, especialmente no que se refere ao câncer de mama. Por isso, consta-se a necessidade de acrescentar ações de pesquisa e extensão à formação do(a) discente, contribuindo para suprir lacunas em sua prática, e ressaltando a importância do(a) mesmo(a) entrar em contato com questões cotidianas que dizem respeito a sua profissão, além de estar apto a trabalhar em diferentes campos da psicologia, que, por vezes, são pouco abordados em sala de aula e nas disciplinas obrigatórias, como a área da saúde (e, neste caso, sua intrínseca relação com questões do papel social de gênero). O pós-pandemia Covid-19, convoca a Psicologia cada vez mais a ocupar os espaços da saúde, sobretudo no hospital. Em razão disso, é necessário que o(a) discente tenha contato direto com este campo, para estar apto a ocupá-los pós conclusão da graduação. O feedback das alunas egressas dos projetos de extensão e de pesquisa dão conta de que os conhecimentos construídos nestes projetos foram um ponto de inflexão; há um antes e

depois disso na formação. Um depois mais enriquecido, ampliado.

V - Impacto e transformação social: ao propor que as(os) futuras(as) profissionais estejam em contato direto com a população, enquanto recebe supervisões e embasamento teórico necessários para sua prática, estamos retribuindo à população pelo ensino que a(o) discente está recebendo. Além disso, as mulheres em tratamento do câncer de mama interagem com um cuidado integral, construído entre pacientes e equipe multiprofissional de saúde.

1.6.1 Justificativa

O propósito do acompanhamento do atendimento psicológico das pacientes pela equipe de estágio obrigatório e da extensão é realizar os primeiros cuidados psicológicos. Utilizamos o recurso do plano singular, disposto no livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor' (produto do projeto de extensão) para explicar o tratamento para cada paciente, anotando com ela o passo seguinte, de modo que as mulheres compreendam melhor cada etapa do processo.

A atuação da equipe de Psicologia, neste momento, é promover o bem-estar psicossocial e a redução do estresse crônico. Ao analisarmos os relatos das pacientes trazidos nos atendimentos, encontramos aspectos comuns em seus discursos, que dividimos em cinco blocos temáticos.

O primeiro bloco, “Desproteção social do Estado e percalços na rede pública de saúde”, descreve o modo como estas mulheres lidam com a precariedade dos dispositivos de proteção social que o Estado oferece frente ao seu papel social de cuidadora. Expõe a inexistência e/ou insuficiência de dispositivos de proteção social do Estado que possibilitem que mulheres possam se cuidar, mostrando-se como limitantes no sucesso do rastreamento precoce e tratamento. A precariedade de mecanismos de proteção social do Estado contribui para que o autocuidado seja relativizado, contribuindo para que este seja visto como “descuidado” das mulheres.

A ausência de dispositivos de proteção social que possam oferecer suporte às mulheres torna-se um novo elemento que se soma aos impactos que serão enfrentados durante o tratamento. Em termos de proteção social, não só o acesso aos serviços de saúde precisa ser planejado, como também condições para que as mulheres possam se manter aderentes aos tratamentos após o diagnóstico. Além disso, estas mulheres enfrentam percalços na rede pública de saúde, que não provê os recursos necessários para o rastreamento e diagnóstico precoce da doença. A grande maioria das pacientes, mesmo com idade avançada (superior a 70 anos) referem nunca ter feito uma mamografia antes de notar o nódulo mediante apalpação da mama. Estas pacientes frequentaram a rede de atenção primária várias vezes, sem que o médico de família as encaminhasse para realização de mamografia, mesmo sendo mulheres elegíveis.

Desde o momento inicial do diagnóstico, e ao longo do tratamento, referem demoras na fila da regulação para realizar mamografia, ultrassom e biópsia na baixa e média complexidade. Muitas vezes relatam ter arrecadado dinheiro de familiares e amigos para fazer os exames complementares requeridos pelo(a) médico(a) (mamografia, ultrassom da mama, biópsia, tomografia e/ou ressonância) para não esperar na fila do SUS porque no caso do câncer de mama, o tempo urge. No geral, as mulheres desconhecem a doença e as formas de tratamento ao chegar ao Serviço de Mastologia do HUAP/UFF. Muitas mulheres chegam no hospital com 70 anos ou mais sem nunca ter feito uma mamografia de rastreio na vida.

O segundo bloco, “Impacto do trauma emocional no aparecimento e desenvolvimento do câncer”, ao serem perguntadas sobre como descobriram o câncer, é muito frequente a paciente iniciar com o relato do “trauma”: “há três anos perdi meu filho de 23 anos”, “há dois anos perdi meu marido”, “há dois anos minha neta teve um aborto”. Ou seja, a própria paciente inicia o relato da doença associado ao evento traumático. Uma das pacientes inclusive refletiu que o nódulo na mama era muito próximo do nó que tinha no peito (referindo-se ao sofrimento decorrente de alguma perda). O estudo de Roberts et al. (2019) comprova que o estresse crônico acelera o crescimento de tumores ovarianos, corroborando para o risco que fatores emocionais oferecem para o avanço do câncer.

O terceiro bloco, “O medo do tratamento agressivo”, descreve como algumas mulheres haviam notado o nódulo há muito tempo, mas tiveram medo de buscar assistência médica e receber o diagnóstico. O medo se dá pelo fato de que os tratamentos mais comuns do câncer de mama causam impacto direto em pontos que socialmente caracterizam o feminino: as mamas e o cabelo.

O quarto bloco, “Sofrimento em solitário”, descreve como as pacientes relatam intenso esforço em demonstrar força diante de familiares e amigos. Por se sentirem o alicerce de seus lares e pessoa principal encarregada dos cuidados da família e tarefas domésticas, procuram manter uma imagem confiante e inabalável pela crença de que, se desabarem publicamente, tudo ao redor desabarará também.

O quinto e último bloco, “Parada obrigatória do corpo, aparecimento do psiquismo”, descreve o modo como as pacientes trazem suas reflexões advindas da “parada obrigatória” do corpo ao iniciarem o tratamento. Dizem que começaram a analisar sua vida e suas relações. Referem que negligenciaram o cuidado de si por muito tempo por priorizar o cuidado do outro (cônjuge, filhos, pais idosos etc.), e agora que precisam, muitas vezes não é retribuído.

Portanto, o autocuidado no câncer de mama, tecido entre mulheres e equipe multiprofissional de saúde, é uma importante ferramenta de promoção à saúde e bem-estar, apesar do adoecimento.

1.6.2 Fundamentação Teórica

1.1 – Primeiro ponto de partida: câncer de mama como problema de saúde pública no contexto brasileiro

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente no país e em todas as regiões brasileiras (INCA, 2021) nas mulheres, caracterizado pela proliferação anormal, de forma rápida e desordenada, das células do tecido mamário. No Quadro 1 apresentamos uma síntese das ações voltadas à prevenção e o controle do câncer de mama, das concepções históricas que perpassam a doença ao longo de dois séculos às principais políticas desenvolvidas no Brasil para seu enfrentamento e diminuição de sua incidência e mortalidade.

Quadro 1 – Ações para prevenção e tratamento do câncer de mama SÉCULO/ANO - FATOS HISTÓRICOS

Século XIX:

- Câncer compreendido como doença feminina de importante estigma social por sua relação com a imoralidade.
- Atribuição do surgimento do câncer de mama pela ausência de filhos.
- Desenvolvimento de técnicas agressivas de ablação das mamas, com alto risco de mortalidade.
- Lançamento do slogan “se precocemente detectado, o câncer pode ser curado”.

1965:

- Criação do primeiro mamógrafo pela indústria francesa.

1971:

- Chegada dos mamógrafos ao Brasil.

1980:

- Início das ações de prevenção e combate ao câncer de mama.

1984:

- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM).

1990:

- Programa Nacional do Controle do Câncer de Mama e Colo de Útero.

1999:

- Aquisição e destinação de mamógrafos para a rede pública para a prevenção do câncer de mama.

2002:

- Programa 'Viva Mulher' visando à prevenção e combate ao câncer de mama, através da integração dos serviços de saúde.

2005:

- Política Nacional de Atenção Oncológica, destacando a prioridade para a prevenção e o combate ao câncer de mama – plano de ação ao combate de câncer de mama e de colo de útero.

2006:

- 'Pacto pela Saúde', reafirmando o combate ao câncer de mama como prioridade à saúde da mulher.

2008:

- SISMAMA – para o gerenciamento de dados ligados ao câncer de mama.

- Lei 11.664/2008, que garante o acesso das mulheres ao exame citológico para prevenção do câncer de colo de útero às mulheres de todas as idades com vida sexual ativa e à mamografia a partir de 40 anos.

2012:

- Lei 12.732/2012, que prevê o início do tratamento oncológico em até 60 dias após o diagnóstico.

2013:

- Lei 12.802/2013, que prevê a realização da reconstrução mamária imediata à retirada do câncer de mama.

2017:

- II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – reafirmação da mamografia bienal para mulheres de 50 a 69 anos.

2018:

- Lei 13.770/2018, que dispõe sobre a cirurgia plástica reconstrutiva em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer e o direito à simetrização na mama contralateral.

2019:

- Lei 13.896/2019, que estabelece o prazo de 30 dias para realização de exames relacionados ao câncer.

2022:

- Lei 14.450/2022, que cria o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama.

Embora seja mundialmente conhecido como uma doença que atinge ambos os sexos, até meados do século XX, o câncer era visto como uma doença principalmente das mulheres (Lowy, 2015). Esta percepção está diretamente relacionada à forma de apresentação dos tumores que acometem as mulheres (câncer de mama e colo uterino) e pelos mesmos estarem relacionados ao órgão reprodutor feminino, demonstrando que, historicamente, os cuidados à saúde da mulher sempre estiveram limitados à saúde sexual-reprodutiva.

Antes da descoberta de mamógrafos e tecnologias que auxiliassem no diagnóstico precoce, que passaram a permitir a detecção de tumores mínimos que não podiam ser “vistos” a olhos nus, os médicos tinham dificuldade em detectar a doença. Assim, os tumores não aparentes eram diagnosticados pelos seus sintomas (ex. câncer de fígado era diagnosticado como icterícia), enquanto os tumores de mama e de colo uterino, que apresentavam características dramaticamente marcantes por suas lesões, eram diagnosticados como câncer, a partir das características da doença. Para Lowy (2015), essa peculiaridade contribuiu para que a medicina relacionasse diretamente as neoplasias malignas às mulheres.

Além de aspectos biológicos, no século XIX, o câncer se apresentava como um estigma social, por estar moralmente ligado à promiscuidade ou a questões relativas à maternidade. Em relação ao câncer de colo de útero, as práticas médicas consideravam-no como consequência de excessos sexuais ou das cicatrizes causadas por inúmeros partos. No caso do câncer de mama, atribuía-se seu surgimento à ausência de filhos, sendo exemplificado pela alta incidência em religiosas (Lowy, 2015).

Com os avanços ligados ao desenvolvimento de tecnologias médicas (anestesia, penicilina e transfusão sanguínea), que garantiram maior segurança para realização de procedimentos mais invasivos, o uso frequente de cirurgias mutilantes expressava questões que atravessariam os tratamentos aplicados. As relações com o poder médico, questões de gênero e o processo de opressão das mulheres se expressavam de forma clara no seu tratamento (Bifulco & Fernandes-Júnior, 2014).

Lowy (2015) destaca que, com o aprimoramento de técnicas relacionadas ao tratamento com objetivo curativo, os cânceres caracteristicamente femininos ganharam respostas mutilantes com o objetivo de extirpar o “mal” causado pela patologia. Datam do século XIX, técnicas agressivas de ablação de útero e mama, em que mulheres eram submetidas a procedimentos com alto risco de mortalidade, sem contar com as comorbidades envolvidas. Além de técnicas cirúrgicas, a autora destaca que, neste mesmo século, propagandas com o slogan “se precocemente detectado, o câncer pode ser curado” (p. 19), situavam como responsabilidade da mulher sua atenção ao corpo e, com isso, sua participação ativa no desfecho de sua patologia. Além da responsabilização, o slogan descaracterizava as implicações biológicas do diagnóstico, como se todos os tumores apresentassem atributos idênticos, garantindo que a detecção precoce fosse o indicativo de “sucesso” no tratamento. Estas campanhas, ligadas aos tumores femininos, apontavam para um otimismo que, muitas vezes, distanciava as mulheres das vulnerabilidades e incertezas diante do tratamento do câncer.

Acompanhando a maior compreensão da complexidade do câncer de mama e suas especificidades, em 1965, a indústria francesa começa a produzir o primeiro mamógrafo (Porto, Teixeira & Silva, 2013). O diagnóstico até então era realizado por exames de raios X inespecíficos. A partir da introdução dos serviços de mamografia, no “calendário da mulher cuidadosa”, se tornaria possível controlar o risco de câncer de mama (Lowy, 2015). No final dos anos 1970, a comunidade médica ainda apresentava resistências importantes à realização do exame mamográfico devido ao desconhecimento em relação aos níveis de radiação emitidos (Porto, Teixeira & Silva, 2013). Sua popularização entre os médicos se dá no Brasil, após a chegada dos mamógrafos em 1971 e, posteriormente, a partir da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, que representa um marco histórico nas ações de controle do câncer de mama.

A partir dessas ações, foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, em 1990, com o objetivo de oferecer, aos gestores e aos profissionais de saúde, subsídios para o avanço do planejamento das ações da doença, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Estratégia de Saúde da Família como coordenadora dos cuidados primários no Brasil. Este programa visa, através das ações, reduzir a exposição a fatores de riscos, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher diagnosticada com câncer de mama. As diretrizes e ações estratégicas propõem a promoção da saúde através do acesso à informação; prevenção primária, ligado ao estilo de vida (visto que se estima que, por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco), e detecção precoce por meio do rastreamento.

Apesar de se idealizar uma política sanitária de combate ao câncer, desde os anos 1930, a sua estruturação funcional e técnico-gerencial, voltada para o controle do câncer de mama, iniciou-se apenas em 1999, com a aquisição e destinação de mamógrafos (Klingerman, 2002). Com a implantação do programa Viva Mulher (2002), iniciaram-se ações para a formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama.

Em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica declara o controle do câncer de mama como prioridade fundamental nos planos estaduais e municipais, através de programas de detecção precoce (visando impulsionar o diagnóstico precoce e rastreamento de base populacional) em áreas de elevada ocorrência, o que se reafirma no ano seguinte, através do Pacto pela Vida (Diretrizes Operacionais Pactos pela Vida em Defesa do SUS, 2006), para a redução da mortalidade infantil e materna, com os objetivos de: a) ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo, e b) Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

Para auxiliar nessas ações, criou-se o Sistema de Rastreamento de Câncer de Mama – SISMAMA (Portaria 779/2008), ferramenta para gerenciar as ações de detecção precoce. Os dados gerados pelo sistema permitem estimar a cobertura da população-alvo e qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento.

O Programa de Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama (INCA, 2010) visa a redução da exposição a fatores de risco, melhora da qualidade de vida da mulher com câncer de mama e redução da mortalidade por meio das seguintes diretrizes e ações estratégicas: 1- Promoção da Saúde (ações que atuem sobre os determinantes sociais); 2- Prevenção Primária (controle de fatores de risco); 3- Detecção Precoce (diagnóstico precoce, rastreamento, SISMAMA, Programa Nacional de Qualidade em Mamografia e aperfeiçoamento das ações de detecção precoce); 4- Tratamento (cabendo às secretarias estaduais e municipais organizar o fluxo de atendimento nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, UNACON, e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, CACON) e 5- Cuidados Paliativos.

Outras diretrizes estratégicas foram propostas pelo Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama 2005-2007. São elas: a) aumento de cobertura da população-alvo, com garantia da qualidade, b) fortalecimento do sistema de informação, c) desenvolvimento de capacitações, e d) estratégias de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

A partir de 2008, começam a ser sancionadas leis com o intuito de dar celeridade ao acesso, diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama, a saber:

- Lei 11.664/2008, que garante o acesso das mulheres ao exame citológico para prevenção do câncer de colo de útero às mulheres de todas as idades com vida sexual ativa e à mamografia a partir de 40 anos.
- Lei 12.732/2012, com a finalidade de garantir o acesso a pacientes com diagnóstico oncológico em tempo menor ou igual a sessenta (60) dias após a confirmação diagnóstica.
- Lei 12.802/2013, que obriga o SUS a realizar a cirurgia plástica de reconstrução imediata da mama em seguida à retirada do câncer.
- Lei 13.770/2018, que dispõe sobre a cirurgia plástica reconstrutiva em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer e o direito à simetrização na mama contralateral.
- Lei 13.896/2019, que estabelece o prazo de 30 dias para realização de exames relacionados ao câncer.
- Lei 14.450/2022, que cria o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama.

As últimas leis voltadas ao câncer de mama apontam para uma mudança de foco, antes colocado no tratamento na doença, para colocá-lo nas mulheres com câncer de mama, visando a melhora na qualidade de vida. No entanto, chama a atenção a necessidade de sancionar leis para garantir aquilo que já está posto na Constituição Federal, quanto ao acesso universal ao sistema público de saúde.

Embora a incidência em mulheres mais jovens venha sendo crescente na população, na II Conferência Nacional de Saúde da Mulher (Resolução 561/2017), o Ministério da Saúde reafirma a realização bienal da mamografia apenas para mulheres com idades compreendidas entre 50-69 anos como estratégia de prevenção primária ao câncer de mama. A Sociedade Brasileira de Mastologia indica a realização da mamografia, com periodicidade anual, a partir dos 40 anos. Caracteriza-se assim, as limitações do sistema público de saúde frente às necessidades reais da população alvo.

Para além dessas importantes conquistas, cabe ressaltar a existência de um amplo e complexo conjunto de fatores que se relacionam com o processo diagnóstico e a continuidade do cuidado das mulheres com câncer de mama. Esta doença não está apenas relacionada com as características epidemiológicas elevadas, mas também ao impacto relevante na qualidade de vida das mulheres e determinantes econômicos e sociais a partir de seu diagnóstico.

Apesar da implementação de políticas e programas que salientem as diferenças e especificidades voltadas à saúde das mulheres, com principal destaque às ações voltadas para o câncer de mama, a avaliação destas, comparadas à realidade e às estatísticas epidemiológicas do Brasil, revela que tais medidas não têm se apresentado como suficientes para a detecção precoce da doença.

Ao descrever os principais documentos que norteiam a elaboração das políticas de saúde voltadas para as mulheres no Brasil, é importante ressaltar o quanto a perspectiva de gênero, fruto de investimento de movimentos sociais e da academia, é fundamental para a construção de ações que atendam a saúde das mulheres dentro de suas necessidades e especificidades. Embora sua importância seja constatada, enquanto ferramenta para compreender as relações de saúde, gênero ainda é uma categoria pouco explorada na formação de profissionais de saúde, o que acarreta a reprodução de práticas que excluem essa perspectiva.

1.2 – Paradoxo câncer de mama: alta curabilidade versus alta mortalidade

O câncer de mama é considerado uma doença heterogênea, potencialmente curável, se detectada precocemente (INCA, 2021; Wild, Weiderpass & Stewart, 2020). Entretanto, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, trata-se da primeira causa de morte por câncer na população feminina em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa o primeiro lugar. A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada por idade pela população mundial, foi 11,84 óbitos/100.000 mulheres, em 2020, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 12,64 e 12,79 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (INCA, 2021).

No Brasil, muitos são os obstáculos ao acesso das usuárias à Estratégia de Saúde da Família (ESF) - modelo assistencial adotado no país desde os anos 90 - com a finalidade de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica. Shimizu, Trindade, Mesquita e Ramos (2018) assinalam que a falta de acesso se dá, especialmente, no que se refere à precária agilidade no atendimento, posto que há dificuldade para marcação de consultas, o longo tempo de espera para realização dessas, bem como a demora para receber os resultados de exames laboratoriais.

A demora no diagnóstico e início do tratamento são complicadores no tratamento do câncer de mama, já que o modelo de crescimento tumoral previu que, em média, um tumor de 2 cm (o tamanho médio quando um tumor se torna clinicamente palpável) leva 12 meses para dobrar de tamanho e 24 meses para atingir 6 cm de tamanho (Allemani et al, 2018). Quanto maior o tamanho tumor, mais avançado é o estadiamento da doença. O diagnóstico em estadiamento avançado é dispendioso para tratar e está associado ao aumento da morbidade e baixa sobrevivência em países de alta renda (Moller et al., 2016; Ries et al., 2007) e no Brasil (Liedke et al., 2014).

Atualmente, as estratégias clínicas mais avançadas de enfrentamento da doença partem do estudo histológico e imuno-histoquímico do tumor maligno, para planejar o tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e imunoterapia). O estadiamento definirá o grau de invasão potencial do tratamento: desde cirurgia conservadora/quimioterapia/radioterapia/imunoterapia até mastectomia radical com esvaziamento dos nódulos linfáticos da axila e presença de metástases. Portanto, quanto mais cedo o câncer for detectado e tratado, mais possibilidade de cura e menos impacto na qualidade de vida das mulheres e de suas famílias. Ao contrário, o retardo no diagnóstico e/ou na busca por cuidado tem como resultado cirurgias mutilantes em até 70% dos casos de das mulheres com diagnóstico de câncer de mama (Carvalho et al., 2013).

Além disso, Ginsburg et al (2017), em um estudo global sobre câncer de mama e de colo de útero, encontram que, em regiões com escassos recursos (entre elas, o Brasil), com sistemas de saúde frágeis e fragmentados, o câncer contribui para o ciclo da pobreza. Os principais achados dos autores, em relação ao câncer de mama, são:

- a) No mundo, a maioria das mulheres que morrem de câncer de mama vive em países de baixa e média renda. Esta situação é uma tragédia amplamente evitável para centenas de milhares de mulheres e suas famílias.
- b) A maioria das mulheres que desenvolvem câncer de mama ou de colo do útero em um país de alta renda sobreviverá; o oposto é verdadeiro para as mulheres na maioria dos países de baixa renda e muitos

de renda média.

- c) Espera-se que a incidência de câncer de mama aumente rapidamente com o desenvolvimento humano.
- d) Os esforços globais, especialmente nos últimos anos, levaram a melhorias substanciais nos resultados de saúde materna. Esforços semelhantes são urgentes para abordar o câncer de mama e do colo do útero, que tiram a vida de três vezes mais mulheres a cada ano do que as complicações da gestação (ex. mortalidade materna).

Rastreamento clínico e mamográfico foram introduzidos no Brasil em 2004 para mulheres a partir de 50 anos. No entanto, a cobertura ainda é insuficiente. Barreto, Mendes e Thuler (2012) revelaram que somente 68,4% da população feminina está coberta pelas ações de rastreamento de câncer de mama no sul da Paraíba. Dos-Santos-Silva et al. (2019) encontram que a prevalência de câncer de mama em estágio avançado no diagnóstico permaneceu alta em 2001-2014, em aproximadamente 40% das mulheres, sendo inversamente associada à escolaridade e maior para as mulheres identificadas como pretas e pardas do que para as identificadas como brancas, no Brasil. O estudo de Tomazelli, Gianelli e Silva (2018) encontrou que somente 13,8% das mamografias foram solicitadas a mulheres elegíveis por Unidades Básicas de Saúde de 2010 a 2012.

A necessidade de aprofundamento entre as relações sociais e as experiências de adoecimento mostram-se fundamentais para a compreensão de que os desdobramentos que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama não se restringem a protocolos de tratamento que prevejam um único percurso possível para a mulher diagnosticada com câncer de mama. A ampliação da visão voltada para aspectos que ultrapassem os fatores biológicos de resposta à doença podem nos ajudar a compreender o paradoxo câncer de mama (alta curabilidade versus alta mortalidade).

Assim, faz-se necessário envidar esforços para compreender as relações entre sexo, gênero e saúde. Rohlf, Borrell e Fonseca (2000) afirmam que “a saúde de mulheres e homens é diferente e é desigual” (p. 64). Diferente porque há fatores biológicos (genéticos, hereditários, fisiológicos etc.) que se manifestam de forma diferente na saúde e nos riscos de adoecimento. Desigual porque há outros fatores, que em parte são explicados pelo papel social de gênero, que influenciam de uma maneira injusta na saúde das pessoas.

Os conceitos de gênero desenvolvidos ao longo do tempo partem da ideia da diferenciação entre os sexos e do modo como as sociedades se estruturam de forma desigual para compreender a dissociação entre as micro e as macro relações que vão marcar as desigualdades. Barbosa (2001) apresenta o conceito de gênero como uma alternativa para compreender, de forma crítica, a redução de modos de viver atrelados a normativas sociais. Uma possibilidade de articular teoria e prática, destacando a relevância de atividades desenvolvidas pelas mulheres na esfera doméstica que repercutem em sua reprodução social, permeando aspectos da vida e, assim, naturalizando-os.

O aprofundamento sobre os processos envolvidos na estruturação social e o processo de subjetivação das mulheres, constituiu-se como fundamental para o desenvolvimento da categoria gênero e sua conceituação ao longo do tempo. Ultrapassando a barreira da condição hierarquizada da divisão social entre os sexos, gênero mostra-se como estratégica para superar as desigualdades vivenciadas pelas mulheres no que diz respeito a sua condição naturalizada de cuidadora, coluna estrutural do papel de gênero feminino. As mulheres costumam priorizar o cuidado do outro e tem muita dificuldade em se colocar no lugar de quem recebe cuidado (Molina & Marconi, 2006), o que pode contribuir para o retardo ou ausência de busca por assistência em saúde.

Dentre as mudanças desencadeadas no processo de adoecimento, os impactos na função cuidadora contribuem para alterações na economia emocional das mulheres constituída ao longo da história, configurada, em especial, pela valorização das necessidades dos outros e responsabilização pelo seu atendimento (Bordo, 1997). A mudança, ainda que temporária na posição de cuidadora a de recebedora de cuidados, pode ser descrita como dúvida. De um lado, a mulher pode se sentir segura e acolhida pela

família e/ou amigos; de outro, deixa de ocupar um lugar que sempre foi dela, gerando a sensação de “inutilidade”, e a necessidade de aceitar ser “substituída” por alguém supostamente menos capacitado naquele momento (Molina & Marconi, 2006).

Ao nos encontrarmos com as duas perspectivas trazidas, faz-se necessário detalhar a forma como a análise estabelecida desenvolve cada uma das visões apresentadas e seu aprofundamento, procurando estabelecer a compreensão da complexidade envolvida no processo de cuidar e ser cuidada que atravessa as mulheres com câncer de mama.

Buscando problematizar o “paradoxo câncer de mama: alta curabilidade versus alta mortalidade”, o estudo de Portella, Dresch, Freire e Siqueira (2019) identificou três categorias de análise nas mulheres em tratamento de câncer de mama e cinco categorias de análise nas profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres em tratamento do câncer de mama (Dresch, Bertocco, Caminha e Portella, no prelo).

As categorias de análise identificadas em mulheres em tratamento do câncer de mama foram:

- a) Primazia do cuidado do outro: expressa a priorização do cuidado do outro (filhos, companheiro, parentes, amigos etc.) em detrimento do cuidado de si.
- b) Imperativo da mulher guerreira: engloba a “auto” convocação a que as mulheres atendem de que são obrigadas a dar conta do seu papel familiar, superando todas as dificuldades, mesmo que estejam passando por momentos de fragilidade e saúde debilitada.
- c) (Des)Cuidado de si e (des)proteção social do Estado: descreve o modo como essas mulheres com câncer de mama (des) cuidam de si e lidam com a precariedade dos dispositivos de proteção social oferecidos pelo Estado.

As categorias de análise identificadas nas profissionais de saúde (médica mastologista, fisioterapeuta e psicólogas) que atendem mulheres com câncer de mama são:

- a) Perda de mim: as profissionais evidenciam a intensidade com que a desconstrução do feminino atinge grande parte das mulheres com câncer de mama, quando submetidas à possibilidade de tratamentos que levam a alterações físicas (perda ou modificação estética das mamas, perda do cabelo, alterações nos aspectos da pele, unhas etc.).
- b) Ressignificando a existência: expõe a forma como o câncer de mama é relatado pelas mulheres em tratamento do câncer de mama como oportunidade de mudança, a partir da valorização do autocuidado.
- c) Se eu morrer: comunica a percepção profissional quanto à construção de um imaginário social que associa o câncer à morte, faz com que as mulheres mudem suas trajetórias de cuidar e ser cuidada visando uma finitude próxima.
- d) Desconheço, logo, não adoço: expressa a forma como o medo, muitas vezes acompanhado de dificuldade de aceitação da doença, interfere diretamente na busca pela assistência (demora na procura por assistência, mesmo notando o nódulo na palpação, não levam exames complementares ao médico etc.).
- e) ‘Lógica’ do autocuidado: refere-se à maneira como o (des)cuidado de si se estrutura no tratamento de mulheres com câncer de mama, partindo da compreensão das profissionais.

Esse panorama entre as categorias de análise não tem como objetivo estabelecer critérios que respondam às causas relacionadas ao paradoxo proposto no estudo. Porém, ao apontá-las, mostra-se ainda mais premente a problematização de aspectos subjetivos relacionados ao papel social de gênero e como este precisa ser considerado ao pensar no modo como as mulheres fazem e podem fazer suas escolhas no tratamento do câncer de mama.

1.3 – Impacto dos eventos estressores no desenvolvimento e evolução do tratamento

O câncer de mama, por sua relevância para a saúde pública no Brasil e no mundo, é um dos cânceres mais estudados, por sua heterogeneidade, e sendo alvo de múltiplas terapêuticas e protocolos de tratamento. Tanto o surgimento do câncer como a sua evolução (prognóstico bom ou reservado), tem etiologia multifatorial, que pode ter causas externas e internas interagindo entre si. A interação entre os fatores de risco e os fatores de proteção pode resultar no progresso ou na redução das chances de piora do adoecimento. É importante destacar, entretanto, que apesar de protocolos e diretrizes de tratamento apresentarem características detalhadas dos tumores e eficácia de resposta ao tratamento, estes não priorizam descrever ou mesmo considerar os aspectos psicológicos e sociais envolvidos durante o tratamento e acompanhamento das mulheres que são diagnosticadas.

Assim sendo, na maior parte das vezes, diretrizes clínicas são criadas para atender às características biológicas da doença, negligenciando aspectos fundamentais que dimensionem as necessidades psicossociais e especificidades daquelas que adoecem. Esses fatores que são subtraídos da “programação” terapêutica das pacientes apresentam impacto direto no modo como elas adoecem e como optam por aderir ou não aos cuidados prescritos. Consoante, suas características históricas e sociais, já referidas, o câncer é uma patologia ligada ao sacrifício e ao sofrimento pela agressividade de suas características biológicas como também pela hostilidade dos tratamentos para combatê-lo.

A vivência de eventos estressores pode alterar a homeostasia interna do organismo, podendo desencadear diversas respostas moleculares e imunológicas, afetando o sistema imunológico e tornando-o mais vulnerável ao surgimento de doenças, principalmente quando ocorre a não elaboração psíquica de sentimentos (Amorim & Siqueira, 2014). Para Di Giuseppe et al. (2020), “mecanismos de defesa de supressão, repressão, dissociação, deslocamento e onipotência moderaram o diagnóstico de câncer, sugerindo que um funcionamento defensivo repressivo e aparentemente autoconfiante é característico de pessoas que desenvolveram tumores malignos” (p.12).

Cada indivíduo se ajustará de maneira singular aos acontecimentos da sua vida, tanto aos traumas emocionais prévios, quanto ao curso de uma doença crônica como é o câncer. Até o próprio diagnóstico e tratamento do câncer de mama provocam impactos emocionais significativos, desencadeando momentos de angústia, medo e tristeza (Medeiros et al., 2020), prejudicando a evolução do tratamento de cada paciente.

De fato, o tratamento não será uma trajetória linear e a adaptação aos recursos de enfrentamento psicológico vai depender da história de vida de cada um. Para Souza (2014), os pacientes oncológicos apresentam fatores de risco para o enfrentamento psicológico ao câncer que irão envolver a história pessoal e familiar do paciente, o nível socioeconômico, gênero e contato com estressores.

1.4 – Impacto do sistema público de saúde e de proteção social no câncer de mama

A ausência de um sistema integrado de proteção social sobrecarrega ainda mais as mulheres no exercício do papel social de gênero, especialmente o papel de cuidadora. Ao reconhecer as mulheres essencialmente como cuidadoras, alguns países projetam sistemas de proteção social integrados aos sistemas de saúde, com perspectiva de gênero, que garantam a essas direitos e condições para que as especificidades do cuidado possam ser consideradas enquanto tarefas centrais no que diz respeito a figura feminina.

No Brasil, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) apresenta um repertório de auxílio sociais, mas não se trata de um sistema integrado SUS, ao menos na prática, para auxiliar as famílias nas tarefas de cuidado dos filhos, pessoas com deficiência e idosos, a exemplo de outros países como Espanha e Uruguai.

Comportando quatro tipos de gestão (da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios), o SUAS tem como objetivo a “garantir a proteção social aos cidadãos, ou seja, apoio a indivíduos, famílias e

à comunidade no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos” (Lei 12.435/2011). Porém, seu formato de atenção prioriza a concessão de benefícios (Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), o Auxílio-Inclusão e os Benefícios Eventuais) relacionados a programas que não levam em consideração a perspectiva de gênero no exercício de cuidados aos dependentes.

A Espanha instituiu, por meio da Ley 39/2006, o Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que prevê a ampliação de serviços em creches, asilos, hospital-dia etc., além da possibilidade de remunerar um cuidador não profissional (majoritariamente exercido por mães de família) que cuida pessoas em situação de dependência (crianças, pessoas idosas e/ou com deficiência) em casa. Em vigor na desde o ano de 2006, o sistema espanhol de Dependencia busca reconhecer a importância dos cuidados ofertados majoritariamente por mulheres em um país com mais de 17 % de sua população dependente (crianças, idosos e pessoas com deficiência, prevalecendo relações de parentesco entre cuidador e pessoa que recebe cuidado). O reconhecimento do Estado espanhol vem acontecendo na direção de reparar as diferenças entre cuidadores não formais e não cuidadores, oferecendo uma compensação econômica quando uma pessoa em situação de dependência é cuidada por um membro da família (Salvador-Piedrafita, Malmusi & Borell, 2017).

No Uruguai, foi aprovado em 2011, o Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que prevê a ampliação de serviços em creches, asilos, hospital-dia etc., além da possibilidade de contratação de um assistente pessoal, remunerado pelo Estado, para colaborar nas tarefas domésticas das famílias que têm sob seus cuidados pessoas (crianças, idosos e familiares com deficiência) com dependência severa (Ley 19.353/2015). A partir das discussões, organizadas em assembleias nos bairros do país, entendeu-se que seria necessário equilibrar a responsabilidade por estes cuidados entre homens e mulheres, após o reconhecimento de que, historicamente, a população feminina tem maior sobrecarga de trabalho nestas atividades. Portanto, o sistema de Cuidados é preconizado a partir da perspectiva de gênero, de modo que os cuidados (à idosos, crianças e pessoas com deficiência) seja compartilhado entre o Estado, as famílias e o mercado.

Face ao exposto, entende-se que a estruturação de um sistema de cuidados pelo Estado, que dê suporte às famílias, integrado aos demais sistemas públicos (de saúde, principalmente), se mostra como questão central no que diz respeito à garantia de direitos quanto ao acesso/diagnóstico/tratamento de câncer de mama. As políticas não podem apenas pensar na população alvo da doença (mulheres com câncer de mama), mas também no suporte a estas mulheres para poder cuidar de si e seguir o tratamento, através da existência de creches e de centros de dia (para idosos), da remuneração e capacitação de pessoas para cuidar das famílias enquanto as mulheres precisam se deslocar aos dispositivos de saúde, entre outros. Pensar o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama passa pelo sistema de proteção social, para que a garantia de direitos constitucionais à saúde seja efetivamente garantida.

1.6.3 Objetivos

Os objetivos deste projeto são:

- a) acompanhar o atendimento para os primeiros cuidados psicológicos realizado pela equipe de estágio em psicologia à pacientes com câncer de mama.
- b) promover trocas entre universidade e sociedade.
- c) estimular discussões sobre autocuidado, a fim de que as participantes reconheçam os processos em que estão inseridas.
- d) compreender os atravessamentos do papel social de gênero nos processos saúde-doença.

e) elaborar e/ou revisar os conteúdos dos produtos do projeto, a saber: Instagram autocuidadonocancer, livro Câncer de mama: o mundo ao meu redor, e cartões de dicas de autocuidado para uso em dinâmicas de grupo.

1.6.4 Metodologia e Avaliação

Durante o período de 01/04 à 31/12/2024, pretende-se acompanhar o atendimento psicológico (realizado pela equipe de estágio obrigatório sob supervisão da coordenadora do projeto de extensão) à 300 pacientes, aproximadamente, após a consulta na Sessão Clínica do Serviço de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Na Sessão Clínica, a equipe da Mastologia avalia cada caso e planeja o tratamento com a paciente. No momento do atendimento psicológico, é entregue à cada paciente o livro Câncer de Mama: o mundo ao meu redor; um dos produtos do projeto de extensão, atualizado anualmente. Em uma das páginas da cartilha é apresentado o Plano Singular com os passos do tratamento. Será explicado cada passo e assinalado junto com a paciente o passo seguinte, pedindo que ela preencha os demais passos ao longo do tratamento.

A navegação da paciente ao longo do tratamento é realizado pela equipe de estágio obrigatório da Psicologia, vinculado à Unidade de Saúde Mental do HUAP.

As pacientes são encaminhadas pela média complexidade (municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Rio Bonito etc;) para iniciar o tratamento do câncer de mama na alta complexidade (atenção terciária) da rede SUS

(HUAP-UFF). A cada terça-feira, oito pacientes iniciam ou dão continuidade ao tratamento na Mastologia.

Em razão do tipo de tumor e do estadiamento da doença, algumas pacientes iniciam o tratamento com cirurgia e outras com quimioterapia. As pacientes que realizam a cirurgia num primeiro momento, são encaminhadas, posteriormente, para o Ambulatório de Oncologia para avaliação de necessidade de tratamentos complementares (quimioterapia/hormonioterapia/radioterapia). Aquelas pacientes que iniciam com quimioterapia/hormonioterapia, retornam posteriormente para o Serviço de Mastologia, para avaliação da cirurgia. Quando a cirurgia é realizada, é priorizada uma cirurgia conservadora da mama e/ou reconstrução da mama na mesma cirurgia, sempre que possível. Quando não é possível, a paciente é encaminhada para o Serviço de Cirurgia Plástica HUAP-UFF, para avaliação da reconstrução mamária, após o término de todo o tratamento do câncer de mama.

Além do atendimento às pacientes para os primeiros cuidados psicológicos, a equipe da extensão também elaborará novos conteúdos para o Instagram autocuidadonocancere para os cartões com dicas de autocuidado no câncer, que podem ser utilizados como material de dinâmica de grupos. Também é feito a revisão dos conteúdos do livro Câncer de mama: o mundo ao meu redor, anualmente.

Pretende-se elaborar mais duas temporadas com 9 dicas cada.

Além disso, pretende-se apresentar nosso trabalho e produtos em eventos acadêmicos.

1.6.5 Relação Ensino, Pesquisa e Extensão

O presente projeto de extensão dialoga com o projeto de estágio obrigatório por à discentes do curso de graduação em Psicologia, por mim supervisionado. Tal trabalho consiste em realizar os primeiros cuidados psicológicos às mulheres que chegam para tratamento do câncer de mama no Serviço de Mastologia do HUAP, bem como realizar a navegação da paciente durante todo o processo até a alta. A cada semestre, até 10 alunos(as) participa do estágio obrigatório, que corresponde aos 2(dois) últimos anos da formação profissional em Psicologia e foi implantado no ano de 2012.

Além disso, dialoga com o projeto de pesquisa que coordeno atualmente, com discente bolsista de iniciação científica da FAPERJ, que analisa o impacto do trauma emocional no tratamento do câncer de mama. Este projeto nasce da necessidade de aprofundar a análise da repercussão de eventos estressores (falecimento de alguma pessoa da família ou do círculo próximo de amigos/as, divórcio ou separação, perda do emprego etc.) no diagnóstico e na evolução do tratamento de cada uma das mulheres com câncer de mama.

Face ao exposto, ensino, pesquisa e extensão se retroalimentam continuamente na atenção às mulheres

com câncer de mama em tratamento no HUAP. Articula-se, assim, a indissociabilidade do ENSINO, PESQUISA e EXTENSÃO, tripé sobre o qual está assentada a Universidade.

Contando por alto, desde 2012, foram formados mais de 150 discentes no estágio obrigatório, na pesquisa e na extensão; discentes esses que contribuem a enriquecer e são enriquecidos pelos projetos de ensino-pesquisa-extensão trançados ao mesmo tempo.

1.6.6 Avaliação Pelo Público

Solicitaremos às participantes regulares que dêem depoimentos voluntários, no dia a dia, após o acolhimento para os primeiros cuidados psicológicos, se melhoraram a compreensão do processo de tratamento, se o livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor' foi útil, bem como os conteúdos postados no perfil @autocuidadonocancer do Instagram.

Pela Equipe

Como avaliação dos(as) discentes, os membros da equipe realizarão relatos semanais acerca do acompanhamento do atendimento psicológico às mulheres, relacionando com os estudos acerca de saúde e gênero, bem como da elaboração de novos conteúdos para a 6a e 7a temporada do Instagram @autocuidadonocancer e livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor', desprendidos dos atendimentos psicológicos. Estes relatórios serão qualitativos, e deverão conter análises de suas próprias participações nas atividades, explicitando como estas atravessam sua formação.

1.6.7 Referências Bibliográficas

Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Niksic, M., Bonaventure, A., Valkov, M., Johnson, C.J., Estève, J., Ogunbiyi, O.J., Azevedo, E., Silva, G., Chen, W.Q., Eser, S., Engholm, G., Stiller, C.A., Monnereau, A., Woods, R.R., Visser, O., Lim, G.H., Aitken, J., Weir, H.K. & Coleman, M.P. (2018) Global Surveillance of Trends in Cancer Survival 2000-14 (CONCORD-3): Analysis of Individual Records for 37513025 Patients Diagnosed with One of 18 Cancers from 322 Population-Based Registries in 71 Countries. *The Lancet*, 391, 1023-1075. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3

Amorim, M. A. P., & Siqueira, K. Z. (2014). Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 32(79).

Barbosa, R.H.S. (2001) *Mulheres, Reprodução e AIDS: As tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4547>

Barreto, A. S. B., Mendes, M. F. M. & Thuler, L. C. S. (2012) Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34, 86-91. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000200008>

Bifulco, V. A.; Fernandes-Júnior, H. J.; Barboza, A. B. (2014) *Câncer: uma visão multiprofissional*. São Paulo: Minha Editora.

Bordo, S. R. (1997). O corpo e a reprodução da feminidade: Uma apropriação feminista de Foucault. In: A. M. Jaggar & S. Bordo (Eds.), *Gênero, corpo, conhecimento* (pp. 19-41). Rio de Janeiro: Record.

Carvalho, P. L., Vilela Junior, G., Martins, G. C., Rocha, T. B. X., Mnzatto, L., Grande, A. J. & Campos, E.S. (2013). Qualidade de vida de mulheres em tratamento de câncer de mama. *Journal of the Health Sciences Institute*, 31, 187-192. Recuperado em 18 de Agosto, 2023 de https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V31_n2_2013_p187a192.pdf

Di Giuseppe, M., Miniati, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Orrù, G., Sterzo, R. L., & Conversano, C. (2020). Defensive responses to stressful life events associated with cancer diagnosis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(1).

Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>

Dos-Santos-Silva, I., Stavola, B.L., Renna Junior, N.L., Nogueira, M.C., Aquino, E.M.L., Bustamante-Teixeira, M.T. and Silva, G.A. (2019) Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis. *The Lancet*, 7(6), E784-E797.:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30151-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30151-2)

Dresch, V., Bertocco, M. E., Caminha, J. & Portella, M.G.R. (no prelo). Cuidado de profissionais de saúde e autocuidado das mulheres com câncer de mama. *Psicologia-USP*.

Ginsburg, O., Bray, F., Coleman, M. P., Vanderpuye, V., Eniu, A., Kotha, R. S., Sarker, M., Huong, T. T., Allemani, C., Dvaladze, A., Gralow, J., Yeates, K., Taylor, C., Oomman, N., Krishnan, S., Sullivan, R., Kombe, D., Blas, M.M., Parham, G., Kassami, N. & Conteh, L. (2017) The Global Burden of Women's Cancers: A Grand Challenge in Global Health. *The Lancet*, 389, 847-860. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31392-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31392-7)

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2010). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 18 de agosto, 2023 de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_reducao_cancer_colo.pdf

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2021). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2021). Atlas de mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2022) Estimativa 2022: incidência de câncer no Brasil/Coordenação de Prevenção e Vigilância. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/image//capa-estimativa-2023.jpg>

Iriart, J. A. B.; Caprara, A. Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [3]: 853-863 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400005>

Klingerman, J. (2002). Estimativas sobre a Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil – 2002. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(2), 175-179.

Lei 11.664, de 29 de abril de 2008 (2008). Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm

Lei 12.435, de 6 de julho de 2011 (2011). Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm

Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012 (2012). Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, DF. Recuperado em 18 de agosto,

2023, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

Lei 12.802, de 24 de abril de 2013 (2013). Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária, DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12802.htm

Lei 13.770, de 19 de dezembro de 2018 (2018). Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer, DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13770.htm

Lei 13.896, de 30 de outubro de 2019 (2019). Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica, DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

Lei 14.450, de 21 de setembro de 2022 (2022). Cria o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama, DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14450.htm

Ley 39, de 14 de dezembro de 2006 (2006). Promoción de laAutonomíaPersonal y Atención a las personas ensituación de dependencia, Espanha. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Ley 19.353, de 27 de noviembre de 2015 (2015). Creaciondel Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), Uruguai. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://www.impco.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Liedke, P. E., Finkelstein, D. M., Szymonifka, J., Barrios, C. H., Chavarri-Guerra, Y., Bines, J., Vasconcelos, C., Simon, S. D. & Goss, P. E. (2014) Outcomes of Breast Cancer in Brazil Related to Health Care Coverage: A Retrospective Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 23, 126-133. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-0693>

Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.

Lowy, I. (2015). O gênero do câncer. In: L.A. Teixeira (Org.), *Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas* (pp. 13-39). Rio de Janeiro: Outras Letras.

Medeiros W. A.S., Rego I. T. P., Oliveira R. R. A., Nóbrega W. F. S. & Gomes K. A. L. (2020). Repercussões emocionais e sociais do diagnóstico e do tratamento de câncer de mama: um estudo transversal. *Revista Interdisciplinar em Saúde* 7 (único): 218-235.

Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Molina, M. A. S. & Marconi, S. S. (2006). Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 514-520. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400008>

Moller, H., Henson, K., Lüchtenborg, M., Broggio, J., Charman, J., Coupland, V.H., Davies, E., Jack, R.H., Sullivan, R., Vedsted, P., Horgan, K., Pearce, N. & Purushotham, A. (2016) Short-Term Breast Cancer Survival in Relation to Ethnicity, Stage, Grade and Receptor Status: National Cohort Study in

England. *British Journal of Cancer*, 115, 1408-1415. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.335>

Portaria 2.439, de 8 de dezembro de 2005 (2005). Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html

Portaria 779, 31 de dezembro de 2008 (2008). Define como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), DF. Recuperado em 18 de agosto de 2023, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0779_31_12_2008.html

Portella, M., Dresch, V., Freire, M. & Siqueira, I. (2019) Breast Cancer Paradox: High Curability versus High Mortality from a Gender Perspective. *Health*, 11, 1257-1271. DOI: 10.4236/health.2019.1110097 .

Porto, L. A., Teixeira, M. A. & Silva, R. C. F. (2013) Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(3): 331-339. <https://orcid.org/0000-0002-1017-2426>

Resolução 561, de 6 de outubro de 2017. Diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, DF. Recuperado em 18 de agosto, 2023, de <https://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/reso561.pdf>

Ries, L. A. G., Young, J. L., Keel, G. E., Eisner, M. P., Lin, Y. D. & Horner, M. J. (2007) SEER Survival Monograph: Cancer Survival among Adults: U.S. SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics. Bethesda: National Cancer Institute. <https://seer.cancer.gov/archive/publications/survival/index.html>

Roberts, A. et al. (2019) Posttraumatic Stress Disorder Is Associated with Increased Risk of Ovarian Cancer: A Prospective and Retrospective Longitudinal Cohort Study. *Cancer Research*, 79, 19, 5113-5120. DOI: <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-19-1222>

Rohlf, I., Borrell, C. & Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(Supl. 3), 60-71. <https://www.gacetasanitaria.org/es-genero-desigualdades-salud-publica-conocimientos-articulo-X0213911100956185>

1.6.8 Observações

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS):

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

1.7 Divulgação/Certificados

Meios de Divulgação: Internet

Contato: Perfil Instagram: @autocuidadonocancer
E-mail: autocuidadonocancer@gmail.com

Emissão de Certificados: Equipe de Execução

Qtde Estimada de Certificados para Participantes: 0

Qtde Estimada de Certificados para Equipe de Execução: 5

Total de Certificados: 5

Menção Mínima: MS

Frequência Mínima (%): 75

Justificativa de Certificados: Docente coordenadora, pesquisadora, 3 discentes.

1.8 Outros Produtos Acadêmicos

Gera Produtos: Sim

Produtos: Artigo Completo
Capítulo de Livro
Livro
Pôster
Relato de Experiência
Relatório Técnico

Descrição/Tiragem:

1.9 Anexos

Nome	Tipo
extrato_de_ata_dezembro_23_acoes_de_extensao_assinado_assinado.pdf	Ata Departamental

2. Equipe de Execução

2.1 Membros da Equipe de Execução

Docentes da UFF

Nome	Regime - Contrato	Instituição	CH Total	Funções
Paula Land Curi	Dedicação exclusiva	UFF	54 hrs	Colaborador(a)
Virginia Dresch	Dedicação exclusiva	UFF	432 hrs	Coordenador(a), Gestor

Discentes da UFF

Nome	Curso	Instituição	Carga	Funções
Helena Nunes Leonardo	Psicologia	UFF	297 hrs	Discente Voluntário(a)
Izabella Larissa Pereira de Souza Lessa de Castro	Psicologia	UFF	432 hrs	Discente Voluntário(a)
Stephanie Cristina Brito do Nascimento	Psicologia	UFF	432 hrs	Discente Voluntário(a)

Técnico-administrativo da UFF

Não existem Técnicos na sua atividade

Outros membros externos a UFF

Não existem Membros externos na sua atividade

Coordenador:

Nome: Virginia Dresch

Nº de Matrícula: 1812745

CPF: 58543945020

Email: virginia@dresch@id.uff.br

Categoria: Professor Associado

Fone/Contato: 2629-2299 / 21972222962

Gestor:

Nome: Virginia Dresch

Nº de Matrícula: 1812745

CPF: 58543945020

Email: virginia@dresch@id.uff.br

Categoria: Professor Associado

Fone/Contato: 2629-2299 / 21972222962

2.2 Cronograma de Atividades

Atividade:

Acompanhamento do atendimento psicológico para os primeiros cuidados psicológicos das mulheres em tratamento do câncer de mama, após a consulta médica da Sessão Clínica do Serviço de Mastologia do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Início:

Abr/2024

Duração:

9 Meses

Somatório da carga horária dos membros: 105 Horas/Mês

Responsável:

Virginia Dresch (C.H. 30 horas/Mês)

Membros Vinculados:

Stephanie Cristina Brito do Nascimento (C.H. 30 horas/Mês)

Izabella Larissa Pereira de Souza Lessa de Castro (C.H. 30 horas/Mês)

Helena Nunes Leonardo (C.H. 15 horas/Mês)

Atividade:

Atualização dos conteúdos do livro 'Câncer de mama: o mundo ao meu redor'.

Início:

Abr/2024

Duração:

9 Meses

Somatório da carga horária dos membros: 10 Horas/Mês

Responsável: Virginia Dresch (C.H. 2 horas/Mês)
Membros Vinculados: Stephanie Cristina Brito do Nascimento (C.H. 2 horas/Mês)
Paula Land Curi (C.H. 2 horas/Mês)
Izabella Larissa Pereira de Souza Lessa de Castro (C.H. 2 horas/Mês)
Helena Nunes Leonardo (C.H. 2 horas/Mês)

Atividade: Elaboração de novos conteúdos para o Instagram @autocuidadonocancer. Pretende-se preparar a 6a e a 7a temporada, com 9 novas dicas de autocuidado por temporada.

Início: Abr/2024 **Duração:** 9 Meses

Somatório da carga horária dos membros: 10 Horas/Mês

Responsável: Virginia Dresch (C.H. 2 horas/Mês)
Membros Vinculados: Stephanie Cristina Brito do Nascimento (C.H. 2 horas/Mês)
Paula Land Curi (C.H. 2 horas/Mês)
Izabella Larissa Pereira de Souza Lessa de Castro (C.H. 2 horas/Mês)
Helena Nunes Leonardo (C.H. 2 horas/Mês)

Atividade: Elaboração dos cartões de dicas de autocuidado, para serem utilizados em dinâmicas de grupo, a partir das dicas de autocuidado publicadas no Instagram @autocuidadonocancer (1a à 7a temporada).

Início: Abr/2024 **Duração:** 9 Meses

Somatório da carga horária dos membros: 10 Horas/Mês

Responsável: Virginia Dresch (C.H. 2 horas/Mês)
Membros Vinculados: Stephanie Cristina Brito do Nascimento (C.H. 2 horas/Mês)
Paula Land Curi (C.H. 2 horas/Mês)
Izabella Larissa Pereira de Souza Lessa de Castro (C.H. 2 horas/Mês)
Helena Nunes Leonardo (C.H. 2 horas/Mês)

Atividade: Supervisão semanal, para coordenar as atividades e combinar leituras a fazer que embasem o projeto.

Início: Abr/2024 **Duração:** 9 Meses

Somatório da carga horária dos membros: 48 Horas/Mês

Responsável: Virginia Dresch (C.H. 12 horas/Mês)
Membros Vinculados: Stephanie Cristina Brito do Nascimento (C.H. 12 horas/Mês)
Izabella Larissa Pereira de Souza Lessa de Castro (C.H. 12 horas/Mês)
Helena Nunes Leonardo (C.H. 12 horas/Mês)

Local _____, 30/01/2024

Virginia Dresch
Coordenador(a)/Tutor(a)
