

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**Engajamento na pesquisa das mulheres de baixo nível socioeconômico
diagnosticadas com câncer de mama: Revisão Integrativa**

por

DIANA ESTEFANÍA VARGAS BELLO

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em saúde - ICICT

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Dra. Maria Cristina S. Guimarães

Rio de Janeiro, março de 2018

BELLO, Estefania Vargas. Engajamento na pesquisa das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama: Revisão Integrativa. 2018 25 f. Projeto (Especialização em Informação Científica e Tecnológica) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2017.

RESUMO

Apesar do compromisso mundial para reduzir as disparidades em saúde, estudos recentes mostram diferenças persistentes no rastreamento, incidência, mortalidade e sobrevivência de câncer. Os grupos minoritários raciais, étnicos, e de baixo nível socioeconômico experimentam maiores níveis nessas taxas, em comparação com o resto da população. Entre as minorias um dos grupos vulneráveis a enfrentar as disparidades em saúde, são as mulheres de baixo nível socioeconômico (NSE). Através de uma revisão integrativa das práticas de participação baseada na comunidade utilizadas no engajamento na pesquisa clínica das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama, o presente projeto tem como finalidade identificar estratégias em curso e propor o desenvolvimento de outras que contribuam para as pesquisas clínicas futuras desse grupo negligenciado.

Palavras-chave: Câncer de mama; Pesquisa participativa baseada na comunidade; Saúde da mulher; Baixo nível socioeconômico; Tratamento; Revisão Integrativa.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Processo de revisão integrativa.....	21
FIGURA 2 - Cronograma.....	27
FIGURA 3 - Orçamento	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3 JUSTIFICATIVA	8
3.1 SITUAÇÃO ATUAL DO CÂNCER DE MAMA NO MUNDO	8
3.1.1 O CÂNCER DE MAMA E AS MULHERES DE NSE	8
3.2 SITUAÇÃO ATUAL DAS PESQUISAS CLÍNICAS NO MUNDO	9
3.2.1 OS GRUPOS MINORITARIOS NAS PESQUISAS	9
3.2.2 PESQUISA CLINICA E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 PESQUISA PARTICIPATIVA BASEADA NA COMUNIDADE	16
4.1.1 PESQUISA PARTICIPATIVA E AS DISPARIDADES NA SAÚDE	18
4.1.2 PESQUISA PARTICIPATIVA E O CÂNCER DE MAMA	20
5 METODOLOGIA	22
6 RESULTADOS ESPERADOS	26
7 CRONOGRAMA	27
8 ORÇAMENTO	28
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Apesar do compromisso mundial para reduzir as disparidades em saúde, estudos recentes mostram diferenças persistentes no rastreamento, incidência, mortalidade e sobrevivência de câncer. As disparidades em saúde relacionadas ao câncer são causadas por numerosos fatores entrelaçados, tais como raça e etnia, gênero, idade, nível de deficiência, orientação sexual, cobertura de cuidados de saúde, nível socioeconômico (NSE) e geografia (Durand, 2016). Sendo os grupos minoritários raciais, étnicos, e de baixo nível socioeconômico, quem experimentam maiores taxas de incidência, prevalência e mortalidade por esta doença em comparação com o resto da população (Durand, 2016). Entre as minorias um dos grupos vulneráveis a enfrentar as disparidades em saúde, são as mulheres de baixo nível socioeconômico (NSE).

Se considera pertinente escolher o câncer de mama, como a doença característica na população alvo a estudar, ao ser a neoplasia maligna mais comumente diagnosticada no mundo, ao estimar-se 1,70 milhões de casos novos no mundo no ano 2013, sendo reportados 57.960 casos no Brasil, e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres no mundo, com 522 mil mortes estimadas no mundo por ano, 14.388 no Brasil (INCA, 2016). Sem contar que as mulheres de baixo nível socioeconômico (NSE) sofrem uma maior mortalidade por esse tipo de câncer, além de ser mais propensas a se submeterem a mastectomia em comparação com as mulheres de maior NSE (Durand, 2016).

Apesar de ter dado muita atenção às disparidades de saúde nas últimas décadas, as intervenções para melhorar as disparidades têm sido em grande parte infrutíferas, um dos motivos se relaciona com o fato que as intervenções realizadas, não foram adaptadas à cultura das populações vulneráveis, cujos problemas devem ser reconhecidos e abordados no primeiro momento (Gehlert, 2011). As abordagens atuais continuam sendo projetadas sem a contribuição e a participação de membros das comunidades a serem engajadas para os estudos.

Historicamente, os pesquisadores têm dificuldades com o engajamento de populações sub-representadas, especialmente para mulheres e minorias para pesquisas clínicas de câncer. Em 1977, depois da tragédia da talidomida e dentro do contexto de preocupação com a pesquisa fetal, a Food and Drug Administration (FDA), estabeleceu uma política excluindo mulheres grávidas ou em idade fértil dos ensaios clínicos, durante muitos anos, o participante predominante nas pesquisas foi um jovem adulto (Killien, 2000). A exclusão das mulheres, foi sustentada com a crença de que os dados dos homens eram mais confiáveis pela não interferência do ciclo menstrual e a menopausa, além do medo de induzir deformidades fetais em mulheres grávidas (Killien, 2000). Para entender e enfrentar a relutância dos grupos minoritários e outras mulheres sub-representadas para participar da pesquisa, é importante também entender o contexto sociocultural destes.

Neste momento, o engajamento de minorias na pesquisa clínica de câncer é relevante entre outras coisas, pela mudança de enfoque no tratamento contra esta doença. Os tratamentos praticados se estão tornando dia a dia cada vez mais personalizados, as decisões sobre o tratamento estão sendo determinadas pelas particularidades de cada indivíduo. Perspectiva que agrega assim mais valor a cada um dos estudos orientados das minorias, dado que os resultados destes podem mudar as decisões sobre métodos usados para detectar, prevenir ou tratar diferentes tipos de câncer, levando desta forma a novas e importantes descobertas para a população em geral, assim como a melhorar a conscientização sobre esta doença (Greiner, 2014).

Nesta perspectiva, a Community-based participatory research (CBPR), se faz pertinente ao fornecer às comunidades uma voz e um papel no processo de pesquisa, além de fornecer acesso aos participantes, permitindo dessa forma o compartilhamento de informações sobre a saúde e possibilitando assim perspectivas e ações coletivas (Anderson, 2012). No contexto das mulheres de baixo nível socioeconômico, esta abordagem é uma oportunidade para eliminar as disparidades de câncer envolvendo comunidades locais na educação, pesquisa e treinamento, buscando diminuir as taxas de câncer e reduzir outras disparidades na saúde.

O presente projeto se apropria desta discussão para propor uma revisão integrativa das estratégias de participação baseada na comunidade utilizadas no engajamento na pesquisa clínica das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama.

Nesta revisão integrativa, se pretende responder a seguinte pergunta:

- Quais são as abordagens e as práticas aplicadas para envolver as mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama, na concepção e realização de pesquisas ?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar as diferentes evidências sobre as abordagens e práticas aplicadas para envolver as mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama, na concepção e realização de pesquisas clínicas, que possam contribuir para as intervenções futuras neste grupo negligenciado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar na literatura científica, propostas e estratégias em curso direcionadas ao engajamento das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama em pesquisa clínica.
2. Analisar ditas estratégias, determinando os impactos positivos e negativos do engajamento das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama em pesquisa clínica.
3. Propor o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o engajamento de mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama em pesquisa clínica.

3 JUSTIFICATIVA

3.1 SITUAÇÃO ATUAL DO CÂNCER DE MAMA NO MUNDO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comumente diagnosticada no mundo, estimou em 1,70 milhões de casos novos no mundo no ano 2013, sendo que 57.960 dos casos foram reportados no Brasil. Com 522 mil mortes estimadas no mundo por ano, 14.388 no Brasil, é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres no mundo (INCA,2016). Independentemente das melhorias na sobrevivência do câncer de mama, as disparidades no tratamento, a tomada de decisões e a mortalidade persistem.

Apesar do compromisso mundial para reduzir as disparidades em saúde, estudos recentes mostram diferenças persistentes no rastreamento, incidência, mortalidade e sobrevivência de câncer. As disparidades em saúde relacionadas ao câncer são causadas por numerosos fatores entrelaçados, tais como raça e etnia, gênero, idade, nível de deficiência, orientação sexual, cobertura de cuidados de saúde, nível socioeconômico (NSE) e geografia (Braun, 2012). Os grupos minoritários raciais, étnicos, e de baixo nível socioeconômico experimentam maiores taxas de incidência, prevalência e mortalidade do câncer em comparação com o resto da população (Durand, 2016). Entre as minorias um dos grupos vulneráveis a enfrentar as disparidades em saúde, são as mulheres de baixo nível socioeconômico (NSE) .

3.1.1 O câncer de mama e as mulheres de NSE

As mulheres de baixo nível socioeconômico (NSE) são mais propensas a se submeterem a mastectomia, a maior risco de sequelas psicossociais e físicas, a receber cuidados sub-ótimos, a experimentar uma pior sobrevida livre de recorrência, a desempenhar um papel passivo na tomada de decisões de tratamento e a sofrer uma maior mortalidade, em comparação com as mulheres de maior NSE (Durand, 2016). Realidade refletida nas taxas mais altas de ansiedade, depressão, medo de recorrência, fadiga, dor e de angústia que sofrem elas. Situação que se relaciona intimamente com a menor alfabetização em saúde que manifestam ter este grupo negligenciado ao ter menor conhecimento da doença, menor comunicação

médico-paciente, menor qualidade de vida relacionada à saúde e maior decisão arrependida (Napolitano, 2015).

Em vista disso, comunicar problemas de saúde complexos, equilíbrio clínico e promover o engajamento do paciente nas decisões de tratamento é particularmente complexo e desafiador em mulheres de baixo NSE e baixa alfabetização em saúde.

3.2 SITUAÇÃO ATUAL DAS PESQUISAS CLÍNICAS NO MUNDO

Os esforços para reduzir as disparidades de câncer, através da pesquisa clínica e comunitária, continua sendo um desafio considerável. O engajamento dos pacientes nas pesquisas em geral é frequentemente baixa, com estudos lentos para completar e com apenas uma pequena proporção de pacientes com câncer sendo matriculados e aderidos nos estudos. Apesar da necessidade de desenvolver novas terapias contra o câncer, a acumulação de pacientes em tais testes permanece com menos de 5% de participação (Ford, 2011). Além de aumentar o tempo necessário para concluir estudos, esse baixo engajamento significa que os pacientes dos estudos podem diferir significativamente daqueles que não participam. Situação que pode prejudicar os resultados do estudo, dificultando a elaboração das conclusões geralmente aplicáveis. Diferentes organizações dos Estados Unidos e da Europa reconhecem que o acúmulo lento nos estudos, dificulta a liberação de novos tratamentos na clínica. Por exemplo, apenas cerca de 60% dos ensaios patrocinados pelo Instituto Nacional do Câncer dos EUA (NCI) são concluídos e publicados (Ford, 2011).

3.2.1 Os grupos minoritários nas pesquisas

Estatísticas atuais do câncer mostram que nos últimos trinta e cinco anos, os afro-americanos tiveram piores resultados da doença do que os brancos e que a diferença está crescendo (Killian, 2000). Apesar de ter dado muita atenção às disparidades de saúde nas últimas décadas, as intervenções para melhorar as disparidades têm sido em grande parte infrutíferas. Um dos motivos se relaciona com o fato que as intervenções realizadas, não foram adaptadas à cultura das populações vulneráveis, cujos problemas devem ser reconhecidos e abordados no primeiro momento (Gehlert, 2011). As abordagens atuais continuam sendo

projetados sem a contribuição e participação de membros das comunidades a serem engajadas para os estudos.

O número de pacientes pertencentes a grupos minoritários que são matriculados para ensaios clínicos terapêuticos de câncer tem sido, e continua sendo, uma preocupação. Por exemplo, na prova de câncer de próstata, colorrectal, pulmão, mama e ovário, a matrícula foi de apenas 1,8% dos pacientes que representam os grupos minoritários. Mesmo nos centros que realizam ensaios adequados para um determinado grupo de pacientes, como mulheres com câncer de mama local limitado, a participação dos elegíveis é de apenas 12-30% (Ford, 2011). Para a maioria dos estudos as minorias estão sub-representadas, ou não são relatados dados sobre as características dos inscritos, permanecendo em níveis semelhantemente baixos aos apresentados para a população em geral.

Embora as mulheres tenham sido incluídas cada vez mais em ensaios clínicos, mulheres que são membros de grupos minoritários ainda não foram representados em proporções iguais à sua presença em a população em geral; 79,5% das mulheres dos estudos de fase III do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos eram brancas. O resto eram afro-americanas (11,6%), Hispânicas (4,4%), Asiáticas / Pacífico (2,0%), e índio americanas / nativas do Alaska (1,3%) (Killien,2000). A preocupação deve continuar a ser exercida para a proteção dessas populações vulneráveis.

Se devem superar barreiras de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade que continuam impedindo o engajamento na pesquisa clínica. Entre a disponibilidade, inclui oportunidades para participar em pesquisas clínicas nos locais onde possíveis participantes vivem e realizam atividades de estudo durante horas compatíveis com os horários dos participantes. A acessibilidade inclui questões como segurança, transporte, cuidados infantis e familiares, alfabetização e linguagem. Aceitabilidade inclui a superação histórica ou pessoal das experiências negativas em relação a pesquisa, assim como os tratamentos adequados ao estilo de vida, preferências e habilidades para adesão (Killien,2000).

Outros grupos de mulheres que historicamente sub-representados em estudos clínicos são aqueles que ficariam cobertos de forma ampla categoria construída de

"populações especiais". Esta categoria inclui mulheres que têm necessidades exclusivas, exemplos de tais grupos incluem mulheres lésbicas, mulheres de baixa renda, mulheres com deficiência, mulheres para quem o inglês não é o idioma principal, e as mulheres que são indocumentadas. Apesar que alguns métodos de engajamento tenham sido concebidos e testado para atingir populações especiais, infelizmente, o acesso inadequado as comunidades diversas e desatendidas pelos centros acadêmicos de ciências da saúde gera desconfiança da pesquisa e das instituições, desacelerando dessa maneira o engajamento (Napoles,2015). A educação e a conscientização dos ensaios clínicos são uma área de foco necessária, pois as minorias têm menor consciência de ensaios do que o resto da população (Killien,2000).

Estudos recentes, sugerem que as minorias raciais e étnicas nos Estados Unidos estão tão dispostas quanto os brancos não hispânicos a participar da pesquisa em saúde. Assim, os esforços para aumentar a participação das minorias na pesquisa em saúde devem se concentrar em garantir o acesso à pesquisa em saúde para todos os grupos, em vez de mudar as atitudes das minorias (Wendler,2006). No entanto, a vontade de participar é apenas um fator que incide sobre se pacientes individuais e grupos de pacientes participam da pesquisa em saúde. Outros fatores incluem se eles são informados das oportunidades de pesquisa, sejam eles medicamente elegíveis para participar e se suas circunstâncias pessoais, incluindo exigências de cuidados infantis, flexibilidade de trabalho e proximidade geográfica dos lugares de pesquisa, permitem que eles participem (Wendler,2006).

O engajamento significativo das comunidades minoritárias no processo de pesquisa sobre este tipo de neoplasia, melhora a conscientização sobre o câncer, traz atenção para programas de detecção precoce, prevenção e tratamento. Neste momento, o engajamento de minorias na pesquisa clínica de câncer é relevante devido a que o tratamento contra esta doença, está se tornando dia a dia cada vez mais personalizado. Esse novo enfoque personalizado permite que as decisões sobre o tratamento do câncer seja determinado pelas particularidades de cada individuo, agregando assim mais valor a cada um dos estudos orientados das minorias, dado que essa informação pode mudar as decisões sobre métodos usados para detectar, prevenir ou tratar diferentes tipos de câncer (Greiner, 2014). As

informações sobre grupos minoritários podem levar a novas e importantes descobertas para a população em geral.

Uma vez que a pesquisa sobre o câncer oferece estratégias de prevenção e tratamento de ponta para populações de alto risco e vulneráveis, há implicações éticas em caso que os estudos não agrupar minorias a os testes em porcentagens que refletem sua representação na população. O simples engajamento dos grupos diversos para pesquisas a taxas iguais à sua representação na população não resultará necessariamente em avaliações científicas definitivas de intervenções ou tratamentos (Braun,2012). Em relação as minorias, precisam ser recrutados para estudos em porcentagens superiores à sua representação geral da população, a fim de fornecer dados suficientemente robustos para determinar se uma terapia ou intervenção foi eficaz nesses grupos. Sendo necessária a diversidade dos participantes na pesquisa, para garantir dessa forma a generalização, bem como o ajuste e adequação dos tratamentos e intervenções para vários subgrupos (Braun,2012). Portanto, será importante conceber estudos inteiramente novos que abordem cuidadosamente grupos diversos de formas significativas como o principal foco de ensaios terapêuticos e de prevenção para melhorar a saúde e eliminar assim as disparidades.

Existem várias razões pelas quais os membros das minorias devem ser incluídas nas pesquisas clínicas. A Inclusão sustenta a generalidade dos achados para a população como um todo, e oferece oportunidades para realizar, análises de subgrupos para determinar se a origem étnica influencia na intervenção (Hussain,2004).

3.2.2 Pesquisa clínica e os profissionais da saúde

Historicamente, os pesquisadores têm dificuldades com o engajamento de populações sub-representadas, especialmente para mulheres e minorias para pesquisas clínicas de câncer. Em 1977, depois da tragédia da talidomida e dentro do contexto de preocupação com a pesquisa fetal, a Food and Drug Administration (FDA), estabeleceu uma política excluindo mulheres grávidas ou em idade fértil dos ensaios clínicos. Durante muitos anos, o participante predominante nas pesquisas

foi um jovem adulto (Killien, 2000). A exclusão das mulheres, foi sustentada com a crença de que os dados dos homens eram “mais confiáveis” pela não interferência do ciclo menstrual e a menopausa, além do medo de induzir deformidades fetais em mulheres grávidas. Para entender e enfrentar a relutância dos grupos minoritários e outras mulheres sub-representadas para participar da pesquisa, é importante também entender o contexto sociocultural destes.

Apesar do aumento do engajamento geral para os ensaios nos últimos 5 anos, a participação continua baixa e a compreensão dos pacientes e as explicações dos profissionais de saúde sobre eles ainda são problemáticas. Existe uma necessidade crucial para todos os membros da equipe de câncer serem totalmente solidários e conscientes dos ensaios que estão disponíveis em seus centros e para que todos possam receber e fornecer informações consistentes aos pacientes e seus parentes (Ford,2011).

De acordo com uma pesquisa, a razão mais comum citada para a não participação dos pacientes em testes, foi a falta de conhecimento sobre os ensaios disponíveis (Ford,2011). Sendo a atitude dos médicos uma parte crítica do processo de inscrição. As avaliações das atitudes dos médicos mostram que muitos tendem a ter uma perspectiva mais clínica, em vez de uma visão orientada para a pesquisa, acreditando que o benefício individual para o paciente é mais importante do que melhorar a terapia futura (Caldwell et al, 2005 apud Ford, 2011). Os pesquisadores das ciências da saúde hoje tem a necessidade de desenvolver e testar intervenções que irá melhorar a saúde de indivíduos, comunidades, e populações.

Uma revisão dos ensaios patrocinados pelo Instituto Nacional de Cancer de Estados Unidos (INC) observou a importância de mudar as perspectivas dos médicos para que eles sejam mais propensos a incentivar seus pacientes a participar de ensaios clínicos (Ford,2011). As atitudes dos clínicos também podem variar de acordo com outras características do clínico, como o número de pacientes atendidos por mês, o sexo do clínico, o estado do treinamento, a experiência anterior como pesquisador principal, o tempo decorrido na graduação ou as afiliações acadêmicas ou industriais. (Ford,2011). Compreender mais sobre as atitudes e práticas dos clínicos na área da pesquisa é necessário e oportuno, se a participação quer ser melhorada.

Ampliar a gama de pacientes a quem os ensaios são oferecidos é desafiador, mas melhorar as habilidades de comunicação dos clínicos ao explicar os ensaios tem o potencial de resolver as preocupações dos pacientes e aumentar a probabilidade de sua participação (Nass et al, 2010, apud Ford, 2011). É necessária uma maior compreensão das atitudes dos clínicos em relação aos ensaios clínicos para direcionar o problema da acumulação baixa e seletiva.

Foi demonstrado que as ajudas à decisão influenciam as decisões de tratamento, reduzem o conflito das decisões, aumentam o conhecimento e a satisfação com o processo de tomada de decisão e melhoram a qualidade de vida. As recentes evidências de revisão sistemática no tema, indicam que a tomada de decisões compartilhada é benéfica para os pacientes desatendidos, especialmente quando os auxílios à decisão são adaptados às suas necessidades (Durand,2016). Infelizmente, a maioria das ajudas à decisão para o câncer de mama negligencia as necessidades de mulheres de baixo nível socioeconômico (NSE) e baixa alfabetização. Há evidências para confirmar que as ajudas à decisão de encontro criam conversas significativas entre as opções disponíveis e aumentam o conhecimento do paciente e a participação dele na tomada de decisões com efeito variável na escolha e adesão ao tratamento (Durand,2016).

Igualmente importante é a necessidade dos pesquisadores estarem abertos a novos métodos para abordar e avaliar os participantes cuja cultura e nível de confiança podem ser diferentes daqueles geralmente estudados. É vital incluir participantes desatendidos e pouco estudados na pesquisa em saúde; mas exige paciência, criatividade e um relacionamento confiável. Os pesquisadores precisam demonstrar de forma consistente seu respeito aos participantes e ensinar-lhes como nos contar sobre sua experiência. Práticas recentes, mostram que entre os fatores que facilitam a participação nos estudos, o entusiasmo e as boas habilidades de comunicação dos médicos, assim como um bom relacionamento médico-paciente, imprimem um sentimento de altruísmo ao dito relacionamento, que aumentam a perspectiva de engajamento do estudo (Yonnas, 2006). As parcerias de pesquisa comunitária são uma maneira de construir uma ponte entre a experiência da comunidade e o conhecimento acadêmico, melhorando nossa capacidade de desenvolver intervenções que sejam mais efetivas para mais pessoas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 PESQUISA PARTICIPATIVA BASEADA NA COMUNIDADE

O CBPR é uma atividade relativamente nova no campo da saúde. Em 1997, os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) definiram ela como:

O processo de trabalhar em colaboração com e através de grupos de pessoas filiadas por proximidade geográfica, interesse especial ou situações semelhantes para abordar problemas que afetam o bem-estar dessas pessoas, buscando melhorar sua saúde. Muitas vezes envolvendo parcerias e acordos que ajudam a mobilizar recursos e influenciar sistemas, mudar as relações entre parceiros, servendo como acelerador para mudar políticas, programas e práticas. (Szilagyi,2014).

As praticas especificas de engajamento da comunidade na pesquisa ganharam ímpeto como uma abordagem para melhorar a investigação, ao fornecer às comunidades uma voz e um papel no processo de pesquisa, além de fornecer acesso aos participantes. Ajudando a garantir que a pesquisa se torne sensível às necessidades e preocupações da coletividade (Anderson, 2012).

Pesquisadores de várias disciplinas demonstraram que a colaboração entre parceiros acadêmicos e comunitários pode melhorar a tradução de conhecimento científico para programas clínicos e comunitários, reconhecendo cada vez mais o valor de trabalhar com a comunidade para identificar desafios críticos de saúde e suas potenciais soluções (Szilagyi,2014).

Pode-se argumentar que a pesquisa se beneficia da sua participação pública, na medida em que se os pesquisadores personalizam sua abordagem com o público e se estão melhor envolvidos com eles, obtêm informações valiosas sobre as atitudes e a compreensão da pesquisa entre as comunidades estudadas. Evitando dessa forma, a exclusão inadvertida das diferentes contribuições da população na agenda de pesquisa de um país, instituição ou pesquisador individual (Anderson, 2012).

Uma vez engajada a coletividade, a construção de relações comunidade-acadêmia, a identificação de ativos da comunidade e o compartilhamento de conhecimento

podem ser contínuo e sustentável (Taras, 2015). No primeiro momento, no contexto de indivíduo, as pessoas são estimuladas a refletir criticamente sobre seus próprios conhecimentos e experiências sobre questões sociais e de saúde e agir sobre isso. Em um segundo momento, a abordagem ocorre no contexto de comunidade, incorporando o contexto social e cultural das pessoas, permitindo o compartilhamento de informações sobre a saúde e possibilitando entendimentos e ações coletivas (Szilagyi, 2014). A abordagem baseada na comunidade tem potencial para que os membros da comunidade participem na troca e co-criando conhecimento da saúde, dentro de seu próprio contexto.

Para realizar com êxito o CBPR, os principais desafios incluem: reunir e mobilizar uma parceria, a dificuldade de estabelecer uma visão e propósito compartilhados para o grupo, o problema de manter a confiança e a vontade de abordar as diferenças nas culturas institucionais. A importância da participação da comunidade na melhoria das condições de saúde, com saúde visto como um recurso proveniente de pessoas dentro de seus contextos sociais, antes do que do sistema de saúde, a participação é vista como crítica para reduzir a dependência sobre profissionais de saúde, garantindo sensibilidade cultural de programas, facilitando sustentabilidade dos esforços de mudança e melhoria da saúde por direito próprio (Taras, 2015).

O CBPR ao ser um processo colaborativo que permite empregar uma variedade de teorias e métodos para envolver a comunidade afetada. Tem a capacidade de aumentar o engajamento das populações minoritárias subdesenvolvidas medicamente e sub-representadas em pesquisas biomédicas, e maximizar a usabilidade e aceitação da intervenção, devido à sua flexibilidade e grau de engajamento na comunidade (Braud, 2012). Tais abordagens visam capacitar participantes e suas comunidades através de seus papéis como agentes ativos ao longo de todo o processo.

Uma série de métodos e estruturas podem ser usadas para facilitar o engajamento com a comunidade, desde grupos focais até parcerias de longo prazo, como colaborações e coalizões. Cada um tem seu lugar à medida que as relações comunitárias e acadêmicas se desenvolvem. Porque, por definição, o processo se estende além de qualquer projeto de pesquisa particular, é importante pensar a longo prazo e construir relacionamentos que possam ter uma boa chance de serem

sustentados no tempo. As estratégias de ligação com as comunidades e seus membros precisam ser baseadas na natureza das relações entre os investigadores e as comunidades estudadas (Salimi, 2012). Os investigadores podem identificar informantes-chave e líderes dentro da comunidade para servir como ligações entre os investigadores e os possíveis participantes. Sendo necessárias estratégias para reduzir o medo e desconfiança da comunidade médica para ajudar a facilitar a participação em esses grupos populacionais.

4.1.1 Pesquisa participativa e as disparidades na saúde

“ O principal objetivo de saúde pública de eliminar disparidades exige uma prática de pesquisa dentro da perspectiva emancipatória , uma prática que promove a democracia e transformações lideranças que inspira uma comunidade de inquérito auto-reflexiva”(Meredith, 2008). A pesquisa envolvida na comunidade tem sido bem sucedida na melhoria dos resultados dos grupos minoritários raciais e étnicos e, portanto, tem um grande potencial para diminuir as disparidades entre os grupos de saúde.

A força potencial da CBPR no tratamento das disparidades de saúde vem da sua característica de combinar o rigor científico com a sabedoria da comunidade, a realidade e a ação para a mudança. O desafio é encontrar o melhor equilíbrio possível entre as perspectivas e atributos acadêmicos e comunitários, que só podem ser alcançados através da confiança e da comunicação. Quando a participação comunitária e acadêmica está em competição e não em concerto, os canais de informação estão fechados e a energia para a mudança é perdida (Salimi, 2012). No entanto, existem inúmeros motivos para as partes interessadas da comunidade reter a confiança dos pesquisadores acadêmicos. A reflexividade dentro de nós mesmos e com os colaboradores da nossa comunidade podem inspirar um ciclo contínuo de aprendizagem sobre nossos sucessos e sobre nossas falhas (Gehlert, 2011). Tendo assim uma oportunidade de garantir que as comunidades sejam uma força motriz em suas próprias pesquisas.

As perspectivas de pesquisadores acadêmicos e membros da comunidade diferem em cada etapa do processo de pesquisa. Na fase de formulação de questões, por exemplo, os acadêmicos estão preocupados com questões que podem ser testadas

cientificamente, enquanto os membros da comunidade são mais propensos a favorecer questões que sejam significativas para os residentes da comunidade. Da mesma forma, os acadêmicos se voltam para a literatura científica e a teoria como conhecimento de fundo para informar suas investigações, enquanto as partes interessadas da comunidade são mais propensas a recorrer a vozes da comunidade e ao conhecimento experiencial (Salimi, 2012). Ambos são importantes, e alcançar o melhor equilíbrio possível entre os dois é essencial para obter resultados ideais. a participação não deve ser vista como uma bala mágica, mas como um processo complexo e iterativo, que pode mudar, crescer ou diminuir, com base no desenrolar das relações de poder e o contexto histórico e social do projeto de pesquisa (Gehlert, 2011).

O CBPR tem o potencial de diminuir as disparidades de saúde no rastreamento, incidência, mortalidade, sobrevivência e tratamento da doença de duas formas principais:

Primeiro, fornece um meio de informar a ciência com sabedoria e experiência da comunidade. As pessoas são estimuladas a refletir criticamente sobre seus próprios conhecimentos e experiências sobre questões sociais e de saúde e agir sobre isso. melhorando os resultados de saúde para grupos raciais e étnicos, diminuindo as lacunas entre os grupos (Sanders,2012).

Em segundo lugar, é um meio de mudar a prática e as políticas de câncer de mama e garantir que essas mudanças sejam sustentadas ao longo do tempo, levando a uma diminuição das disparidades de câncer de mama. Ao incorporar o contexto social e cultural das pessoas, permitindo o compartilhamento de informações sobre a saúde e possibilitando entendimentos e ações coletivas, melhoram as disparidades de saúde (Sanders,2012).

Nesta perspectiva, a pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR), se faz pertinente ao fornecer às comunidades uma voz e um papel no processo de pesquisa, além de fornecer acesso aos participantes, permitindo dessa forma o compartilhamento de informações sobre a saúde e possibilitando assim perspectivas e ações coletivas. No contexto das mulheres de baixo nível socioeconômico, esta abordagem é uma oportunidade para eliminar as disparidades de câncer envolvendo

comunidades locais na educação, pesquisa e treinamento, buscando diminuir as taxas de câncer e reduzir outras disparidades na saúde.

4.1.2 Pesquisa participativa e câncer de mama

Os pesquisadores acadêmicos, profissionais da saúde e parceiros comunitários, aplicam a pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR), em cada uma das etapas do projeto, começando por propor a questão e finalizando com a divulgação das descobertas, em um esforço para: promover o aumento do conhecimento sobre a importância do tratamento e a aceitação das práticas de triagem do câncer de mama, entender melhor por que os grupos minoritários e a população de baixo nível socioeconômico têm taxas de câncer mais altas do que a população total e eliminar as disparidades de câncer envolvendo comunidades locais na educação, pesquisa e treinamento (Wynn, 2011).

Significativamente, essa abordagem tem potencial para construir o acesso individual e comunitário à informação e à auto-suficiência na obtenção da informação de forma contínua. A longo prazo, esse conhecimento e acesso à comunidade podem ajudar a aumentar não apenas o acesso a informações sobre oportunidades de pesquisa, mas também a participação de pacientes na pesquisa sobre câncer de mama (Nickell, 2014).

O presente projeto se apropria desta discussão para propor uma revisão integrativa das estratégias de participação baseada na comunidade utilizadas no engajamento na pesquisa clínica das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama.

Nesta revisão integrativa, se pretende responder a seguinte pergunta:

- Quais são as abordagens e as práticas aplicadas para envolver as mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama, na concepção e realização de pesquisas ?

5 METODOLOGIA

O processo de revisão integrativa segue uma serie de etapas bem definidas. As seis etapas da revisão integrativa estão esquematizadas na figura 1 e serão apresentadas detalhadamente a continuação:

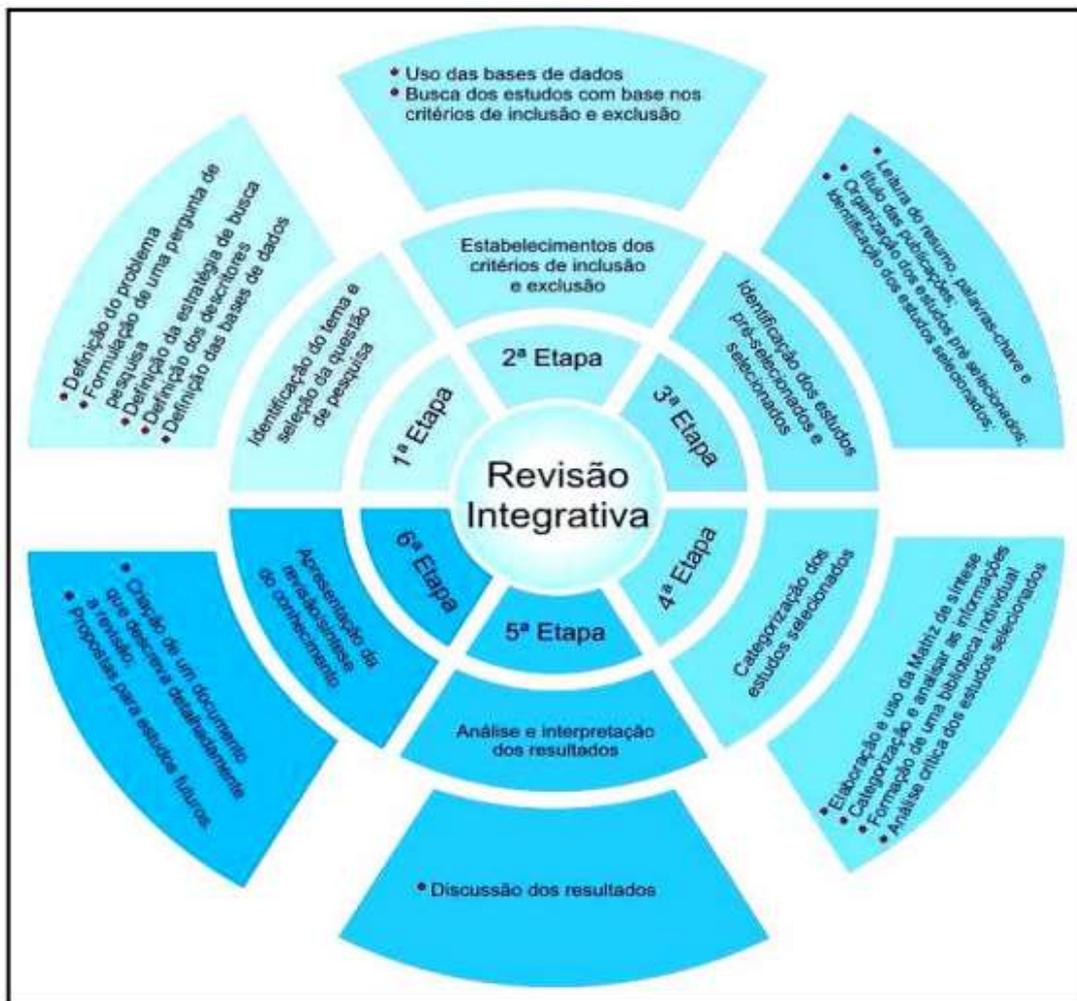


Figura 1. Processo de Revisão Integrativa (Prado, 2014)

Primeira etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Uma vez a questão de pesquisa definida, o próximo passo é a definição dos descritores ou palavras-chave para a construção da estratégia de busca.

Bases de dados

Para identificar as pesquisas publicadas sobre a pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR), serão definidas as bases de dados, as palavras-chave e as estratégias de pesquisa.

A definição das bases de dados e o período de cobertura do estudo, se apoia nas bases de dados científicas sugeridas no estudo “Engajamento Comunitário e Entendimento Público da Ciência: primeiras anotações para uma agenda de pesquisa”. As bases de dados sugeridas nesse estudo foram: Biological Abstract, EMBASE, e dois subconjuntos da Web of Science: Science Citation Index (SCI) e Social Science Citation Index (SSCI). Será adicionada a base de dados PubMed (MEDLINE).

Estratégia de busca e seleção do estudo

A estratégia de busca para recuperar as referências, se baseará na busca no título, no resumo e nas palavras-chaves.

“Community Engagement” OR “community based organization” OR “community-based participatory research” OR “community-engaged research” AND “Breast Cancer” OR “minority groups” OR “women of low socioeconomic level”. A estratégia de busca para cada banco de dados será diferente de acordo com as especificações dos bancos de dados.

As duplicatas deverão ser removidas.

Segunda etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura

Se avaliarão de forma independente os artigos de texto completo para determinar se os estudos preenchem os seguintes critérios de inclusão:

- O período de cobertura: se fundamentará no estudo anteriormente citado na metodologia. Segundo o estudo a data em que aparece o registro do primeiro artigo em Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade, foi no ano 1994. Informação que determinou o corte temporal deste projeto. As buscas foram restritas a artigos publicados em revistas revisadas por pares em inglês, desde a década de 90 até o ano de 2017.
- Todos os estudos originais de qualquer desenho e tamanho.
- Os participantes dos estudos a incluir deveram ser as mulheres de baixo nível socioeconômico.
- Publicações na língua inglesa em que as pacientes forneceram feedback, teve contribuições ou participou do projeto e da divulgação de pesquisa. Em geral, serão buscados estudos em que os pacientes estejam ativamente envolvidos na concepção da pesquisa.
- Outras revisões também serão incluídos para complementar os achados de estudos originais.
- Outros estudos não originais (comentários, opiniões, cartas e editoriais etc.) serão excluídos.

Terceira etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos

Os dados extraídos de cada estudo incluíram: descrição do estudo (por exemplo, dados demográficos dos participantes e pesquisa configuração), métodos utilizados para selecionar pacientes (definidos como paciente, substituto, cuidador, membro da comunidade ou outras partes interessadas que informam a pesquisa), medidas específicas do estudo e da identificação dos pacientes (por exemplo, métodos de seleção de conveniência, aleatório, voluntário, nível de treinamento para a tarefa), medidas de validade ou precisão da informação dada pelos participantes (voz do paciente, por exemplo, validação do paciente relatou medição de resultados, congruência de voz do paciente com outras partes interessadas). Também se deve

recolher as recomendações dos autores sobre os métodos a serem usados para motivar a voz do paciente, facilitando o engajamento

do paciente. Assim como, a intensidade e duração da intervenção, número de participantes nos grupos de estudo, média da proporção de idade da amostra do estudo, autor, ano e país do estudo (Domecq, 2014).

Quarta etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa/ Análise de dados.

Os dados extraídos dos estudos incluídos serão analisados usando uma abordagem descritiva pela natureza da questão desta revisão integrativa juntamente com a falta de abordagem padrão (Reis,2011). Essa abordagem será desenvolvida como uma solução pragmática para estudar tópicos que foram diferentes conceituados e estudados por diferentes grupos de pesquisadores.

A abordagem começa com o estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão. A análise segue um quadro que define a questão-chave. Os estudos incluídos serão avaliados para que possam ser mapeados os resultados.

- Quais são as abordagens e as práticas aplicadas para envolver as mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama, na concepção e realização de pesquisas ?

Diferenças nas características dos estudos podem ser usadas para explicar diferenças em resultados (heterogeneidade).

Seguindo essa abordagem, a experiência do engajamento do paciente relatada na literatura serão classificadas em categorias com base em como os pacientes foram selecionados e envolvidos.

Então, tentaremos mapear cada categoria para um resultado correspondente a pergunta-chave, para assim permitir a inferência.

Também categorizamos o engajamento da pesquisa de cada estudo em três fases de pesquisa diferentes propostas para o engajamento das pacientes:

- 1) Fase preparatória (definição da agenda, priorização de tópicos de pesquisa e financiamento).
- 2) Fase de execução (desenho e procedimentos do estudo, estudo de engajamento, coleta de dados e análise de dados).
- 3) Fase de tradução (divulgação, implementação, e avaliação). Os resultados serão apresentados seguindo a sequência das 3 perguntas-chave descritas na introdução (Domecq, 2014).

Quinta etapa: Interpretação de resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. Baseado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos se realizará a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, se delimitará prioridades para estudos futuros (Prado,2014).

Sexta etapa: Apresentação da revisão integrativa

Se elaborará o documento contemplando a descrição de todas as fases percorridas, apresentando os principais resultados obtidos.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, ao final do projeto, que esta revisão integrativa:

- Forneça a primeira visão geral das propostas e estratégias em curso direcionadas ao engajamento das mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama em pesquisa clínica.
- Proponha o desenvolvimento de outras estratégias que contribuíssem para as pesquisas clínicas futuras nas que participem as mulheres de baixo nível socioeconômico diagnosticadas com câncer de mama.

7. CRONOGRAMA

ETAPA	ATIVIDADES	BIMESTRE					
		1	2	3	4	5	6
1	Realização da busca na literatura						
2	Verificação dos criterios de inclusão e exclusão						
3	Extração dos dados						
4	Organização e análise dos dados						
5	Interpretação de resultados						
6	Apresentação da revisão						

Figura 2. Cronograma

8. ORÇAMENTO

Para elaboração do projeto de pesquisa se fez necessário algumas despesas, para custear as mesmas foi necessário um orçamento prévio, no qual estão incluídos os gastos possíveis.

TEMPO DO PROJETO		12 MESES		
DESCRIÇÃO	CUSTO HORA	HORA MÊS	HORAS TOTAIS	CUSTO
Equipe permanente (Salário bolsista)	R\$25,00	80	960	R\$24.000,00
Material de escritório	N/A	N/A	N/A	R\$1.000,00
Custos administrativos (Internet, luz, equipamentos)	N/A	N/A	N/A	R\$1.800,00
				R\$26.800,00

Figura 3. Orçamento

9. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ANDERSON, E. et al. Research Ethics Education for Community-Engaged Research: A Review and Research Agenda. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483026/>> Acesso em: 10 ago. 2017.

BRAUN, K. et al. Operationalization of Community-Based Participatory Research Principles: Assessment of the National Cancer Institute's Community Network Programs. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292685/> Acesso em: 08 nov. 2017

DOMECQ, J. et al. Patient engagement in research: a systematic review. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938901/> Acesso em: 15 nov. 2017

DURAND, M. et al. 'Much clearer with pictures': using community-based participatory research to design and test a Picture Option Grid for underserved patients with breast cancer. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4746463/> Acesso em: 06 nov. 2017

FORD, E. et al. Clinicians' attitudes towards clinical trials of cancer therapy. 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101903/#bib30_ Acesso em: 06 nov. 2017

GEHLERT, S; COLEMAN, R. Community-Based Participatory Research to Ameliorate Cancer Disparities. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016944/> Acesso em: 12 nov. 2017

GREINER, A. et al. Effective recruitment strategies and community-based participatory research: Community Networks Program Centers' recruitment in cancer prevention studies. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971731/> Acesso em: 12 nov. 2017

HUSSAIN, M; ATKIN, K; LEESE, B. Blackwell Publishing, Ltd. Why ethnic minority groups are under-represented in clinical trials: a review of the literature. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418827/> Acesso em: 20 nov. 2017

HYE-CHEON, K. et al. Community-based approach to translational research addressing breast cancer disparities. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717653/> Acesso em: 08 nov. 2017

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de cancer. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama Acesso em: 20 nov. 2017

KILLIEN, M. et al. Involving Minority and Underrepresented Women in Clinical Trials: The National Centers of Excellence in Women's Health. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153102/> Acesso em: 20 nov. 2017

LIESBETH DE WIT, L. et al. Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. 2018 Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5520348/pdf/12889_2017_Article_4570.pdf Acesso em: 15 nov. 2017

MCMASTER HEALTH FORUM. Engaging civil society in supporting research use in health systems, 2009. Disponível em: <https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/14865/1/fulltext.pdf> Acesso em: 05 jun 2017

MEREDITH, M; WALLERSTEIN, N. Community-based participatory research for health. 2 edição. Estados Unidos: 2008. 37 p.

NAPOLES, A. et al. Nuevo Amanecer: Results of a Randomized Controlled Trial of a Community-Based, Peer-Delivered Stress Management Intervention to Improve Quality of Life in Latinas With Breast Cancer. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455521/> Acesso em: 06 nov. 2017

NICKELL, A. et al. Breast Cancer Research: Pilot Test of the Health Research Engagement Intervention. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428555/> Acesso em: 06 nov. 2017

PRADO, A. A massagem terapêutica em ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10987> Acesso em: 8 ene. 2018

REIS, J. Análise da descrição de estratégias de busca nos artigos de revisão integrativa. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10987> Acesso em: 8 ene. 2018

SALIMI, Y. et al. Is Community-based Participatory Research (CBPR) Useful? A Systematic Review on Papers in a Decade. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389435/> Acesso em: 15 nov. 2017

SALES, C. Engajamento Comunitário e Entendimento Público da Ciência: primeiras anotações para uma agenda de pesquisa. 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11821/1/carla_sales_icict_mest_2014.pdf; Acesso em: 10 maio. 2017.

SALES, C.; GUIMARAES, M.; PIMENTA, D. Desafios para a informação científica e tecnológica na pesquisa saúde: da divulgação ao engajamento. 2013. XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação. Disponível em: <<http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/xivenancib/paper/view/4652/3775>> Acesso em: 10 junho. 2017.

SANDERS, A. et al. Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722509/#!po=23.2143> Acesso em: 15 nov. 201

SCHMOTZER, G. Barriers and facilitators to participation of minorities in clinical trials. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22764647> Acesso em: 20 nov. 2017

SZILAGYI, P. et al. Evaluating Community Engagement in an Academic Medical Center. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028444/pdf/acm-89-585.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2017.

TARAS, H. et al. Soliciting views of various communities on health research: a prelude to engagement in specific research projects. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320671/>> Acesso em: 05 ago. 2017.

TINDANA, P. et al. Community engagement strategies for genomic studies in Africa: a review of the literature. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4407431/>> Acesso em: 01 ago. 2017.

WENDLER, D. et al. Are Racial and Ethnic Minorities Less Willing to Participate in Health Research?. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298944/> Acesso em: 20 nov. 2017

WYNN, T. et al. Developing a Community Action Plan to Eliminate Cancer Disparities: Lessons Learned. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600640/> Acesso em: 12 nov. 2017

YONAS, M. et al. Critical incident technique: an innovative participatory approach to examine and document racial disparities in breast cancer healthcare services. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772334/> Acesso em: 06 nov. 2017

YONAS, MA. et al. The art and science of integrating Undoing Racism with CBPR: challenges of pursuing NIH funding to investigate cancer care and racial equity. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17072760> Acesso em: 06 nov. 2017