

# Rede Social em um Centro de Apoio Oncológico: um relato de experiência

## Social Networks in an Oncological Support Center: an experience report

**Angélica Paula Neumann<sup>i</sup>**

**Claudia Dallagnol<sup>ii</sup>**

**Eliana Piccoli Zordan<sup>iii</sup>**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI),  
Erechim- RS, Brasil

### Resumo

Este trabalho consiste no relato de experiência de um estágio de observação realizado num centro de apoio oncológico, com o objetivo de identificar a estruturação e manutenção de redes sociais entre pacientes oncológicos e seus acompanhantes, que se abrigam neste local durante a realização do tratamento fora de seu domicílio. Foi utilizado o método da Observação Participante, tendo sido realizadas 15h de observação por duas graduandas de Psicologia. Observamos que, pelo menos durante o período de tempo em que estiveram na instituição, esta assumiu uma importante dimensão na vida das pessoas que ali se abrigaram, as quais estavam vivenciando um momento de fragilidade e dificuldades decorrentes da doença e do tratamento. Além disso, identificamos que o cuidado interpessoal, intra e interfamiliar foi um dos principais aspectos de manutenção das redes sociais.

**Palavras-chave:** rede social, câncer, cuidado, centro de apoio oncológico.

### Abstract

This study consists in the experience report of an observation traineeship accomplished in an oncological support center, with the objective of identify the structuring and maintenance of social networks among cancer bearers and their companions, who take shelter in this center during the treatment. The method used was participant observation, and it was made 15 hours of observation by two graduate students of Psychology. We observed that, at least for the time that they stayed on this institution, it has assumed an important dimension in the life of this people, who took shelter in it in a moment of fragility and difficulties that results of both the disease and the treatment. Besides of this, we identified that the care act among both the patients and the families was one of the main aspects of the maintenance of the social nets.

**Key-words:** social net; cancer; care; oncological support center.



A proposta desse trabalho consiste em relatar a experiência vivenciada durante o estágio curricular de observação exigido pelo curso de Psicologia, que tem como objetivo reconhecer a importância da observação como recurso necessário para o estudo e compreensão dos fenômenos psicológicos e, neste caso específico, observar as interações interpessoais e interfamiliares que se estabelecem em um centro de apoio oncológico e identificar os processos de estruturação e manutenção de redes sociais entre os indivíduos portadores de câncer e seus familiares.

Este estágio foi realizado no Centro de Apoio Oncológico Luciano – CAOL –, entidade de caráter voluntário localizada na cidade de Erechim, RS, que oferece abrigo para portadores de câncer e seus acompanhantes durante o tratamento da doença, além de proporcionar momentos de distração e reflexão, visando o fortalecimento e auxílio na recuperação (Turma do Bem, 2008). Essa entidade opera funcional e estruturalmente como uma casa, na qual os acompanhantes dos pacientes realizam a manutenção e limpeza do local enquanto os pacientes dedicam-se aos cuidados de sua saúde.

O câncer tem sido apontado como uma das principais doenças causadoras de óbito, sendo responsável por 7.9 milhões de mortes em 2007 e estima-se que esse número aumente para 12 milhões anuais em 2030 (Organização Mundial da Saúde, 2008). Além disso, o câncer está entre as que doenças que mais afetam os indivíduos na idade média (Bee, 1997; Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Segundo Carvalho (2002), o diagnóstico do câncer usualmente tem um efeito devastador para o paciente e sua família. Ele traz ideias de morte, de desfiguramentos, de tratamentos dolorosos e das muitas perdas provocadas pela doença, além de provocar agressões à sua autoestima e imagem corporal durante todo o curso da doença.

As opções de tratamento oferecidas variam de acordo com o tipo de câncer e com o seu estágio, sendo as mais utilizadas a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a terapia com agentes biológicos (Smeltzer & Bare, 2002). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica estabelece que esses procedimentos sejam oferecidos em alguns municípios específicos que atuam como centros de referência de sua região (Portaria nº 2.439/GM, 2005). Em alguns destes municípios existem instituições destinadas a abrigar as pessoas que realizam o tratamento oncológico e seus acompanhantes, tal como o CAOL.

A organização física e funcional deste tipo de instituição, na estrutura de uma casa, possibilita aos indivíduos que ali se abrigam o compartilhamento de vivências comuns que favorecem a criação e o desenvolvimento de novas redes sociais através da transformação de problemas comuns em conexões empáticas (Sluzki, 1997). Além disso, nessas entidades a colaboração de voluntários se destaca como benéfica aos pacientes, pois eles sempre têm algo a mais para oferecer, vindo à instituição pelo prazer de doar (Pontes, apud Brasil, 2001).

Atuando como uma organização não governamental, o CAOL corrobora a constatação de que a partir da década de 1990, vem aumentando em nossa sociedade o número de organizações sociais de caráter voluntário (Andrade & Vaitsman, 2002). Estas organizações atuam como facilitadoras da cooperação e de interações em prol de objetivos comuns, além de estarem vinculadas à ideia de interdependência entre seus membros. Muitas vezes estas organizações são as únicas possibilidades que famílias carentes possuem para a realização de tratamentos, bem como para aliviar a carga da vida cotidiana advinda das limitações – orgânicas e emocionais – inerentes a uma enfermidade (Sluzki, 1997).

Nesta perspectiva, este trabalho se justifica devido ao elevado número de indivíduos que anualmente recebem o diagnóstico de câncer, assim como pela possibilidade de divulgar a relevância dos centros de apoio oncológico e os benefícios que este tipo de entidade pode oferecer às pessoas portadoras de câncer, possibilitando além do acesso ao tratamento, a criação de redes sociais que oferecem apoio emocional no enfrentamento da doença.

### **Rede Social, Família e Câncer**

O conceito de rede social pode ser compreendido como a totalização das relações que permeiam a vida de um indivíduo e que lhe são significativas. Essas relações envolvem as pessoas com as quais o indivíduo interage regularmente e mantém laços de maior importância para a sua significação e identificação como sujeito, diferenciando-se das interações que não estabelecem uma relação de valor emocional (Sluzki, 1997).

A partir da perspectiva de Sluzki (1997), o conceito de rede social abrange aspectos diversificados que possibilitam a sua compreensão a partir de seus contextos de ocorrência. Entre estes aspectos, destacamos para a realização deste trabalho as funções de rede, as relações informais e os tipos de relações.

As principais funções decorrentes da interação entre os membros da rede social são: *companhia social*, que se refere à realização de atividades conjuntas, ou estar junto; *apoio emocional*, que compreende as atitudes de compreensão, estímulo e apoio inerentes a amizades íntimas e relações familiares; *guia cognitivo e conselhos*, caracterizada pelas interações que compartilham informações pessoais e sociais e proporcionam modelos de papéis; de *regulação social*, que abrange as interações que lembram as responsabilidades que os membros

desempenham na rede social; e de *acesso a novos contatos*, que possibilita novas conexões com redes que não faziam parte da rede social do indivíduo.

A rede social atua como monitora da saúde e agente de interações corretivas acerca de sua manutenção, assim como favorece a execução de atividades pessoais que se associam positivamente com a sobrevivência, tais como rotinas alimentares, físicas, de sono e medicamentosas.

Pessoas com doenças crônicas, como é o caso do câncer (Organização Mundial da Saúde, 2005), estabelecem frequentemente relações de apoio recíproco que favorecem a criação de novas redes, nas quais os problemas comuns entre si são transformados em conexões empáticas que amenizam a reação emocional frente à doença e distanciam a perspectiva de uma morte próxima. Na mesma perspectiva, as organizações sociais interligadas com os serviços de assistência à saúde favorecem o desenvolvimento e a consolidação de uma rede estável de relações, estas denominadas *informais*.

Por fim, as pessoas que compõem a rede social de um indivíduo podem ser caracterizadas como pertencentes a três diferentes tipos de relações: as *ocasionais*, as *intermediárias* e as *íntimas*. As relações ocasionais compreendem as pessoas usualmente denominadas conhecidas e de pouco contato; as intermediárias são aquelas nas quais predominam um grau pequeno de compromisso, tais como relações sociais e profissionais; e as relações íntimas, por sua vez, dizem respeito aos familiares e amigos próximos que abarcam toda a gama de necessidades emocionais, apoio e cuidado que os indivíduos necessitam.

Dentro do contexto das relações íntimas, a família pode ser compreendida como um tipo de sistema dotado de estruturas, padrões e propriedades organizativas de seus momentos de estabilidade e de mudança. É constituída

por laços emocionais e afetivos e possui basicamente as funções de proteção, cuidado e transmissão de normas culturais (Cervený & Berthoud, 2009).

Muito da literatura hoje existente sobre o ciclo de vida familiar está calcada na idéia de crises, as quais pressupõem alterações, dificuldades, tensões e momentos decisivos de caráter previsível. As crises são reações emocionais a acontecimentos percebidos como ameaçadores que podem desencadear desequilíbrios crônicos ou possibilidades de amadurecimento e crescimento emocional (Aguiar, 1998). Além destas crises ditas previsíveis, algumas famílias enfrentam outras adversidades geradoras de grande impacto na dinâmica familiar, tais como uma situação de doença (Cervený & Berthoud, 1997; 2009).

As famílias que convivem com uma enfermidade crônica, tal como o câncer, possuem as mesmas funções desempenhadas por outras famílias, porém a estas é acrescentada a atribuição do cuidar na doença, o que as leva a uma condição de maior fragilidade em vários aspectos (Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira & Sales, 2005). O ato de cuidar, para Marcon et al. (2005), é uma atitude que “abrange muito mais do que um momento de atenção e de zelo, constituindo uma atitude de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (p. 120). Essa atitude é de grande importância nas situações em que os indivíduos não possuem, de forma momentânea ou permanente, as condições necessárias para se autocuidar.

Deste modo, compreendendo a família como um sistema social, espera-se que para cumprir seus objetivos de proteger, orientar e preservar a espécie, esta possa organizar seus membros quanto à forma de pensar e agir nas situações de uma doença crônica, criando novas regras e modificando os papéis e hábitos usuais para cumprir sua função (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1999).

## **Método**

Realizou-se um total de 15h de observação ao longo de dois meses, distribuídas em seis observações de aproximadamente duas horas e meia cada. Estas foram realizadas por duas graduandas de Psicologia, as quais as relataram logo após seu término. Aproximadamente 80 pessoas estiveram presentes na instituição durante o período do estágio, sendo que algumas delas estiveram presentes em todas as observações e outras apenas em um dia. O número de pessoas em cada observação foi variável, sendo em média 18 pessoas por dia. O público alvo foram portadores de câncer, predominantemente na etapa da adultez média, e seus acompanhantes, em sua maioria cônjuges, irmãos ou filhos.

O método foi baseada na técnica da observação participante, conceituada como um processo no qual o observador mantém-se presente em uma situação social e em relação face a face com o público observado, tornando-se parte do contexto (Schwartz & Schwartz, 1995, como citado em Minayo, 2007).

Neste estudo, os participantes foram identificados conforme a seguinte legenda: M – Mulheres; H – Homens; MC e HC, seguidos pelo mesmo número – Casais. As legendas em negrito caracterizam as pessoas com diagnóstico de câncer, e as legendas sem negrito representam os acompanhantes.

## **Integração Teórico-Prática**

No decorrer das observações realizadas, pudemos perceber o estabelecimento de redes de relações informais (Sluzki, 1997) entre os sujeitos, as quais se tornam parte da rede social pessoal de cada um devido às interações regulares que se estabelecem na

instituição e que, para uns mais, para outros menos, tornam-se significativas.

Sob este aspecto, a literatura nos aponta que a rede social é muito mais abrangente do que aquilo que nos é passível de observar, pois compreende todas as relações que permeiam a vida de um indivíduo (Sluzki, 1997). Desse modo, foge de nossas possibilidades avaliar a dimensão que as relações estabelecidas nessa instituição tomam nas vidas de cada sujeito, mas a aplicação desta teoria para o contexto de circulação de pessoas e de relativa brevidade do tempo de interação demonstrou-se adequada, visto que as pessoas que ali estão interagem regularmente por períodos que variam de semanas a meses.

Nesse sentido, entre as significações manifestadas acerca da dimensão assumida pela instituição na vida de um indivíduo, pudemos perceber que para algumas pessoas que estão ali há algum tempo, esta acaba por se tornar um lugar que ameniza o isolamento a que estão propensas em suas próprias casas. Isso foi explicitado por H1 na fala “*eu gosto de ficar aqui. Se eles me dessem um pedacinho de terra eu ficava aqui direto [...] eu não gosto de ficar sozinho*”.

Os tipos de relações *familiares* e *intermediárias* (Sluzki, 1997) identificadas na instituição puderam ser visualizadas em atitudes e comportamentos demonstrados nas interações. As *relações familiares*, provedoras dos cuidados físico e emocional, podem ser exemplificadas quando M4 pergunta para H1: “*parou de doer pai?*”. Já as *relações intermediárias*, que se referem às relações sociais que ali se formaram em decorrência da situação comum e cotidiana em que viviam, podem ser observadas quando um paciente entrou na varanda, pegou um jornal que estava em cima do sofá e sentou-se ao lado de outro homem. Os dois folhearam as páginas do jornal e conversaram.

As funções de rede que mais se destacaram nesse contexto foram as de *guia cognitivo* e *conselhos*, de *companhia*

*social* e de *regulação social*, pois compreenderam trocas de experiências e aconselhamentos sobre os modos de lidar com a doença, conversas sobre trivialidades, companhia para ir fazer compras, passear no centro da cidade ou ir à missa, e determinações sobre as tarefas que os acompanhantes devem realizar.

Também pudemos verificar que a cultura da instituição, compreendida como as tradições e valores intelectuais, morais ou espirituais de um lugar específico (Houaiss & Villar, 2001), foi um aspecto de significativa influência na criação e manutenção das redes informais estabelecidas, pois transmitiu modos peculiares de significar o ‘ser doente’ e o ‘estar em uma instituição’. A primeira destas significações pôde ser observada em um momento no qual MC3 usou o termo ‘doente’ e outra mulher a corrigiu dizendo “*não é doente, é paciente, lembra que eles disseram hoje de manhã?*”, enquanto a segunda pôde ser percebida nas falas de MC3 ao ter dito que todos que ali estão “*são de famílias diferentes*”, mas compõem “*uma grande família*” e de MC21, quando disse que ali eles “*têm momentos de alegria e de tristeza*” e uma mulher acrescentou que ali “*é que nem em casa*”.

Além desta influência, pôde-se observar que alguns elementos culturais foram vetores que favoreceram o estabelecimento e a manutenção das relações sociais. Entre eles, o chimarrão foi um elemento da cultura gaúcha que acompanhou os momentos de descanso e interação passados na varanda, de modo que o ato de oferecer uma cuia de chimarrão para uma pessoa tornou-se o mediador de uma série de interações de caráter informal que caracterizam algumas das funções de rede descritas por Sluzki (1997).

Outro aspecto cultural que se salientou diz respeito às crenças religiosas, manifestadas tanto nos conteúdos de conversas informais quanto

como fonte de apoio espiritual no processo de enfrentamento das dificuldades de ser ou conviver com um portador de câncer.

A primeira dimensão citada da crença religiosa pôde ser exemplificada quando MC15 falou que *“hoje não se vê mais ninguém de menos de vinte (anos) na igreja”* e M27 concordou dizendo que *“se eles não vão na igreja e fazem as coisas certas tudo bem, daí eles que escolhem se vão pro céu ou pro inferno”*. A segunda dimensão, por sua vez, ficou evidente nos vários comentários sobre os horários nos quais haveria missa, quando M40 falou que *“cada pessoa tem a sua cruz e passa pelo que tem que passar”* e que *“Deus sabe o que faz”*.

Verificou-se também que o cunho social e a circulação de pessoas na instituição, tanto de pacientes e acompanhantes quanto dos vários voluntários que dedicam parte de seu tempo a visitas à instituição, possibilitaram aos seus usuários a demonstração de sentimentos e atitudes de solidariedade, apoio, aconselhamento, compartilhamento, sensibilização e acolhimento, fatores considerados mediadores das relações de rede. Um exemplo disso pode ser visto na fala de MC3 ao demonstrar apoio à M17 em relação a alguns efeitos colaterais do tratamento: *“com o tempo passa, olha essa noninha, passou por tantas, né? Depois acaba ficando melhor”* e quando H11 falou para HC21 sentar ao seu lado para conversar e *“se despedir porque logo iria embora”*.

Outro aspecto que se evidenciou diz respeito às atitudes de acolhimento para com as pessoas novas na instituição, o que pôde ser percebido tanto em relação a novos pacientes quanto em relação às observadoras, exemplificado nas falas de M19 quando explica para MC38 algumas questões referentes ao funcionamento da casa, e de MC21, ao falar que *“As meninas bonitas vieram aqui de novo. Gostaram de vir aqui? [...]*

*Cheguem mais perto, vocês tão muito retirada”*.

Em relação ao ato de cuidar, observamos que este esteve fortemente destacado entre os familiares, embora também estivesse presente entre as interações de pessoas não familiares. Isso pôde ser constatado quando MC3 ofereceu comida para HC15 e aconselhou MC15 a oferecer-lhe comida, pois ele não havia se alimentado naquele dia e só tinha comido *“uma tigela de sopa no dia anterior”*. MC3 ainda disse que MC15 *“tem que oferecer mais coisas”* para ele *“e fazer uns agrados de vez em quando”*.

Outro fator observado se refere à importância e à preocupação dos familiares em relação aos pacientes, como pudemos identificar quando M29 disse que sua *“filha vem todos os dias”* de outra cidade para ver o pai, e no momento em que MC15 falou que gostaria de *“cortar”* o telefone de casa, mas que não o fez porque os irmãos de HC15 ligam para saber dele. Percebemos que as pessoas que estão na instituição também demonstraram preocupação com os familiares que estão em casa, como pôde ser vislumbrado nas falas de MC15 quando disse *“A gente tá aqui e tá lá ao mesmo tempo... não tem como esquecer de lá”*.

Além disso, atentando para o fato de que possuir uma doença crônica já traz em si efeitos colaterais físicos e emocionais, percebemos que esta também exige adaptabilidade e mudança de papéis nos indivíduos de cada família, os quais, ao acompanhar o paciente na instituição, afastaram-se de atividades cotidianas, tal como M19 denunciou ao falar para M13 que quer se *“desacostumar a dormir de tarde”* porque *“semana que vem a gente volta pra casa e a M13 já vai pra escola, a mãe já vai fazer almoço, limpar a casa”*.

## Considerações Finais

A partir da realização desta atividade, pudemos perceber o valor que a observação toma na prática da Psicologia, pois é através dela que o profissional pode colher as informações que possibilitam olhar para o ser humano e compreendê-lo envolto em sua rede de relações e em seu próprio contexto de vida.

De modo geral, constatamos que a convivência no CAOL propiciou às pessoas que ali se abrigaram a criação de novas redes que, mesmo por um curto período de tempo, passaram a fazer parte da vida de cada sujeito. A manutenção dessas redes foi estimulada pelas relações e compartilhamento das experiências, referentes tanto à vivência do câncer quanto de questões da vida diária.

Permeando essas relações estabelecidas, o cuidado foi um elemento que esteve presente de forma constante, manifestado nos arranjos familiares mais acentuadamente, porém também visível nas interações interfamiliares. Essas atitudes de cuidado foram representadas

principalmente nas brincadeiras, nas trocas de experiências e nos diálogos, bem como no olhar atento dos acompanhantes em relação às necessidades dos pacientes.

A partir disso, observamos o grande valor que este tipo de entidade pode representar na vida das pessoas que enfrentam períodos de transformações, incertezas e fragilidades decorrentes do câncer, pois não oferece apenas um lugar para ficar e a possibilidade de acesso ao tratamento, mas um abrigo permeado por conforto, solidariedade e todos os elementos que acompanham as relações entre os seres humanos.

Desta forma, considerando que a instituição teve importância na vida das pessoas que dela fizeram parte, e não podendo deixar de ignorar que as experiências vivenciadas por cada indivíduo são únicas e só ele pode atribuir maior ou menor valor para cada uma delas, sugerimos para um futuro trabalho um aprofundamento da dimensão dos benefícios que um centro de apoio oncológico pode oferecer para as pessoas que dele usufruem. ■

## Referências Bibliográficas

- Aguiar, R. W. (1998). *Intervenções em Crises*. In: A. V. Cordioli, (org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, G. B. R., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 07. Recuperado em 18 setembro, 2008, de <http://scielo.org.br>.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Crônicas de um gesto voluntário: histórias e relatos de pessoas que levam a saúde e solidariedade a quem precisa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13. Recuperado em 19 agosto, 2008, de <http://www.scielo.org>.

- Cervený, C. M. de O., & Berthoud, C. M. E. (org). (1997). *Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cervený, C. M. de O., & Berthoud, C. M. E. (2009). Ciclo vital da família brasileira. In: Osório, L. C. & Valle, M. E. P. do (org). *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Houaiss, A., & Villar, M. de S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Marcon, S. S., Radovanovic, C. A. T., & Waidman, M. A. P., Oliveira, M. L. F., & Sales, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 16. Recuperado em 18 setembro, 2008, de <http://scielo.org.br>.
- Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *WHO Media centre*, nº 297. Recuperado em 28 janeiro, 2009, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Portaria nº 2.439/GM. (2005). *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Recuperado em 20 janeiro, 2009, de [http://www.inca.gov.br/inca/arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf)
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). Oncologia: Cuidado de Enfermagem à pessoa com Câncer. In: \_\_\_\_\_. Brunner & Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Vol. 1. (9ª ed., cap. 9). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Turma do Bem. (2008). *Revista do Centro de Apoio Oncológico Luciano*. 1ª ed. Erechim: Editora Graffoluz.

**Recebido em:** 06/03/2009

**Revisado em:** 04/05/2011

**Aceito em:** 10/05/2011

**Sobre as autoras:**

<sup>i</sup> **Angélica Paula Neumann** é acadêmica de graduação do curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Erechim. **E-mail:** angelicaneumann@gmail.com

<sup>ii</sup> **Claudia Dallagnol** é acadêmica de graduação do curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Erechim.

<sup>iii</sup> **Eliana Piccoli Zordan** é psicóloga clínica, Mestre em Psicologia Clínica, Doutoranda em Psicologia pela PUCRS, Professora do curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Erechim.



“Jardim e cantina da FAFICH”, por Natália Tavares.