

Necessidades ponderadas por mulheres que residem em áreas rurais no enfrentamento do tratamento oncológico

Needs weighted by women residing in rural areas in coping with cancer treatment

Marcos Eduardo dos Santos Alves ^{1*}, Roberto Emanuel Bueno Ferreira ¹, Rafaela Rossi Signolfi ², Meiriane Pizani Scobare de Oliveira ³, Lili Marlene Hofstätter ⁴

RESUMO

A forma de enfrentamento das doenças que atingem mulheres de áreas rurais está relacionada, além do território em que vivem, às suas condições socioeconômicas. Também estão sujeitas a enfrentamentos singulares em relação ao tratamento do câncer. Assim, a presente pesquisa, objetivou identificar as dificuldades enfrentadas por mulheres em tratamento oncológico em uma comunidade rural de um município da Região Oeste do Estado do Paraná. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no ano de 2018, seguindo um roteiro de entrevista semiestruturado. Ao analisar os depoimentos, surgiram seis tópicos acerca das dificuldades enfrentadas: efeitos colaterais, distúrbios de imagem, falta de informações, trabalho e implicações na vida diária, situação financeira e transporte. Portanto, o entendimento da complexidade da ruralidade é um dos determinantes para o processo de melhor manejo dos efeitos colaterais e implicações do tratamento oncológico e implica em ser aspecto fundante de planos terapêuticos domiciliares.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; População Rural; Oncologia; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

The way of coping with the diseases that affect women in rural areas is related, in addition to the territory in which they live, to their socioeconomic conditions. They are also subject to unique confrontations in relation to cancer treatment. Thus, the present research aimed to identify the difficulties faced by women undergoing cancer treatment in a rural community in a county in the Western Region of the State of Paraná. This is qualitative research carried out in 2018, following a semi-structured interview script. When analyzing the statements, six topics about the difficulties faced: side effects, image disorders, lack of information, work and implications on daily life, financial situation and transportation. Therefore, understanding rurality and its complexity is one of the determinants for a better management process of the side effects and implications of cancer treatment being a fundamental aspect of home therapeutic plans.

Keywords: Women's health, Rural Population, Oncology; Health Vulnerability

¹ Instituição de afiliação 1. Universidade Estadual de Londrina – UEL

*E-mail: marcos.eduardo@uel.br

² Instituição de afiliação diferente. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

INTRODUÇÃO

A evolução das diversas áreas da ciência e tecnologia permitiram o aprimoramento de diversas combinações de tratamento para o câncer, sendo os mais utilizados a quimioterapia, radioterapia e abordagens cirúrgicas, possibilitando aumento na sobrevivência dos pacientes. Por sua vez, estes tratamentos vêm acompanhados de efeitos colaterais sistêmicos ou locais, gerando desconfortos físicos, psíquicos e espirituais aos pacientes. Além do mais, desencadeia incertezas quanto ao tempo de vida e ao âmbito socioeconômico, impactando diretamente na qualidade de vida (PALMIERI *et al.*, 2013; YOUL *et al.*, 2016).

Embora o tratamento tenha elevado a sobrevivência geral em países desenvolvidos, não foi observado em todos os grupos populacionais, incluindo aqueles que vivem em áreas rurais, devido às disparidades relacionadas aos contextos socioeconômicos, raciais e geográficos (YOUL *et al.*, 2016)

Quando se trata da população rural, aproximadamente 16% em nosso país (IBGE, 2010) e, neste estudo, mais especificamente às mulheres rurais, considera-se que há singularidades nos agravos de saúde que as atingem de acordo com o território em que vivem. Neste sentido, também estão sujeitas a enfrentamentos peculiares em relação ao tratamento oncológico conforme suprarreferido (PALMIERI *et al.*, 2013; YOUL *et al.*, 2016).

Vale destacar, que, a saúde das populações rurais tem importância nas políticas de saúde no Brasil, corroborando com as dificuldades pontuadas no estudo de CIPORA, E *et al.*, (2018), que destaca uma maior dificuldade enfrentada por mulheres rurais em relação às do meio urbano. O mesmo aponta como principal questão, o acesso limitado ao apoio psicossocial e grupos de apoio, diferenças de necessidades de informação e estigma percebido ao acesso à profissionais de saúde mental (CIPORA *et al.*, 2018) Ainda, evidencia que a dispersão populacional nos territórios e a distância dos centros urbanos dificultam o acesso aos serviços de saúde. O acesso eficiente aos sistemas de assistência à saúde é considerado como um dos determinantes da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico, condição que oportuniza a dinâmica demográfica e impacta sobre a mortalidade, letalidade, morbidade e a expectativa de vida (ARRUDA *et al.*, 2018)

Dessarte, muitos esforços ainda são necessários a fim de promover o acesso desta população à saúde, visto que, a qualidade da assistência tem relações com o

reconhecimento de desigualdades intra territoriais, marcada por elevada taxa de pobreza, trabalho informal, baixa escolaridade e prevalência de mortalidade por causas evitáveis e diversas doenças infectocontagiosas (LIMA *et al.*, 2019). Quando se trata da assistência à saúde, também é preciso considerar cada sujeito ou família de acordo com suas condições de vida, com o ambiente social em que se vive, assim como suas características pessoais, o que inclui diferentes valores, crenças e práticas cotidianas que diferenciam-se das do meio urbano (LIMA *et al.*, 2019; RIQUINHO *et al.*, 2010)

Assim sendo, a atual pesquisa concebe como justificativa que, as diversidades e obstáculos ao enfrentamento do atendimento à pacientes rurais portadoras de neoplasias malignas necessitam de desbravamento, para que, a assistência à saúde torne-se mais humanizada, fornecendo um cuidado holístico, e por meio deste, propiciar melhora na qualidade de vida. Portanto a pergunta propulsora deste estudo foi: “Quais são as contribuições que mulheres que residem em áreas rurais, que fazem ou fizeram tratamento oncológico, em suas diversas conformações, e que estão em diversos estágios de tratamento ou sua finalização, podem auxiliar para informar sobre as especificidades de sua experiência neste processo longo e doloroso em busca da cura e, com isso, ajudar a identificar a relação entre suas experiências e a ruralidade?”

Considerando as singularidades do contexto de vida e saúde de mulheres em tratamento oncológico residentes no cenário rural, objetivou-se identificar as dificuldades enfrentadas por mulheres em tratamento oncológico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, com dados coletados mediante a técnica de entrevista semiestruturada. O estudo foi realizado em área rural de um município da região Oeste do Estado do Paraná, localizada a 20 quilômetros do meio urbano, escolhida por apresentar a especificidade de ser um reassentamento. Este é um dos três que foram estabelecidos nos anos de 1990, no município cenário deste estudo, em decorrência da construção da Usina Hidrelétrica de Salto de Caxias, na cidade de Capitão Leônidas Marques, Paraná.

A comunidade estudada conta com uma Unidade de Saúde da Família (USF) e neste lócus para a seleção das participantes, a equipe da pesquisa contou com o auxílio da Coordenadora/Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade supracitada, após autorização da secretaria de saúde do município. Estes profissionais

construíram uma lista com mulheres em tratamento oncológico residentes no cenário rural do município, possíveis participantes do estudo.

A amostra foi por conveniência, com o número total de 11 mulheres que em algum momento de suas vidas fizeram tratamento oncológico, atual ou pregresso. Os critérios de inclusão para este estudo foram mulheres com idade acima de 18 anos submetidas a alguma forma de tratamento oncológico. A exclusão foi mediante o critério de não ser residente na comunidade, ou que apresentasse algum grau de déficit cognitivo.

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2019 nos domicílios das participantes, sendo o primeiro contato realizado via telefone, a fim de convidar a participar da pesquisa. Nesse momento, também explanaram sobre o objetivo da investigação, seus procedimentos, possíveis riscos e benefícios, sendo que todas as indicadas aceitaram participar da pesquisa. Após agendamento, os pesquisadores deslocaram-se até os domicílios por meio de condução própria, solicitou espaço reservado no domicílio para ambos ficarem sozinhos, as entrevistas foram individuais e gravadas, com duração média de 30 minutos, após autorização das mesmas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a entrevista, as questões foram pertinentes a aspectos sociodemográficos, inicialmente sendo coletadas variáveis para a caracterização das participantes: idade; cor/raça; situação conjugal; número de filhos; escolaridade; fontes de renda; composição familiar; tipo de câncer e tratamento oncológico. Deu-se sequência à entrevista, guiada por um roteiro semiestruturado com as seguintes questões norteadoras: I) Qual o tipo de câncer, tratamento realizado, tempo de tratamento; II) Quais os efeitos colaterais que sente ou sentiu e o que faz em relação a eles; III) No que o adoecimento e o tratamento oncológico afeta a vida diária, se consegue ou não realizar as tarefas que antes do tratamento realizava; IV) Ao se sentir mal qual o serviço procurado; V) Na família tem ajuda quando precisa, ou precisa chamar vizinhos; VI) Como faz para acessar os serviços de saúde quando precisa, que meio de transporte utiliza, quais dificuldades encontradas; VII) Recebeu orientações dos serviços para lidar com as consequências prováveis do tratamento.

O material foi devidamente transcrito com auxílio do editor de textos *Microsoft Word 2013* © e os registros, desde a gravação dos áudios, até transcrição das falas foram identificadas por códigos (M1 a M11), suprimindo-se qualquer elemento que as identificasse. Posteriormente as transcrições foram submetidas à técnica de análise

temática de conteúdo, a qual preconiza MINAYO (2017). O tratamento dos dados foi conduzido em três etapas, ao qual consiste em: I) pré-análise: fase de ordenação dos dados coletados; II) exploração dos dados: sucessivas leituras, incluindo leitura flutuante, na qual se identifica ideias com sentido aproximado; III) tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Este estudo é um recorte de um projeto de pesquisa que abordou a percepção de mulheres trabalhadoras rurais sobre o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho na agricultura familiar. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 2.356.516/2017 e CAAE 78560217.0.0000.0107, em 30 de outubro de 2017. Atendeu a todos os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS

A faixa etária das 11 mulheres entrevistadas variou de 42 a 84 anos, com maior concentração entre 42 a 60 anos, sendo 63,6% (n=7), seguida de 36,4% (n=4) com idade acima de 60 anos (61, 71, 77 e 84 anos), assim, estavam no grupo de pessoas idosas. Quanto ao estado civil prevaleceram as mulheres casadas 73% (n=8); duas viúvas e uma divorciada. No que tange a renda, 73% (n=8) apontaram de um a dois salários mínimos; de quatro a cinco foram 27% (n=3). Para a escolaridade teve-se: 63,6% (n=7) com ensino fundamental incompleto (antigo primário), 36,4% (n=4) com ensino médio (dois incompletos) e uma delas analfabeta. Vivem e trabalham no meio rural, quanto à composição familiar, prevaleceu aquelas que residiam com no máximo dois indivíduos por moradia.

Quanto à caracterização da doença oncológica e seu respectivo tratamento têm-se que o câncer de mama predominou em 73% (n=8), seguido de câncer de pele com 18% (n=2) e câncer de útero 9% (n=1). No caso do câncer de mama, a idade das mulheres que passaram pela experiência do adoecimento e tratamento foram nas seguintes proporções: 40 anos, um caso; dos 51 aos 60 anos, seis casos, 61 e 71 representaram os dois casos em mulheres acima de 60 anos. No que concerne ao câncer de pele, as duas mulheres estavam, uma com 60 anos e outra com 84 anos. No que abrange ao câncer de útero, em que houve representação de um caso, foi em uma idosa com 77 anos. O tipo de tratamento conforme o câncer foi: I) câncer de mama: 100% (n=8) fizeram cirurgia, 100% (n=8) quimioterapia, 75% (n=6) radioterapia; II) câncer de pele: 100% (n=2) fizeram cirurgia; III) colo útero: 100% (n=1) o tratamento foi cirúrgico acompanhado de quimioterapia.

Ao serem questionadas se procuravam as unidades de saúde ao longo do processo de tratamento oncológico, a maioria relatou que foram até a unidade, sendo que uma delas referiu acompanhamento domiciliar e apenas uma declarou que não precisou acessar a unidade.

Os efeitos colaterais relatados foram os seguintes: mal estar (M4, M6, M7, M8, M9, M10), náusea (M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11), refluxo (M5, M6 M10), vômito (M3, M5, M8) pressão baixa (M3, M9), braço inchado (M7), dor muscular (M5, M7, M10), queimaduras (M1, M2, M9), queda de cabelo (M7, M8, M9, M10), não mexer o braço (M5, M7 M10), infecção urinária (M5, M11), não poder trabalhar (M5, M10) e intolerância a determinados odores, a exemplo cheiro de tabaco (M6, M7, M11), conseqüentemente parar de ingerir determinados alimentos (M4, M7, M10, M10). Duas entrevistadas enfatizaram que a maior dificuldade relaciona-se com os sintomas após o tratamento:

“Os sintomas foi a parte difícil, mal estar, braço inchado, é difícil [...].” (M7)

“Só os sintomas que era ruim [...].” (M11)

“Não conseguia comer, ficava nauseando.” (M2)

Em relação às orientações recebidas durante o tratamento oncológico e em que local receberam as devidas orientações: duas (18%), relataram que as principais orientações recebidas foram advindas da USF local e hospital de tratamento (orientações verbais); seis (55%) receberam tais orientações somente no hospital (uma recebeu um panfleto, contudo, não obteve orientação verbal; as demais foram verbais); três delas (27%) referiram que em nenhum momento receberam qualquer tipo de informação relacionada ao seu tratamento em nenhum dos serviços de atendimento supracitados, relatando dificuldade na compreensão ao tratamento, tipo de câncer, efeitos colaterais.

“[...] não sei o que fazer quando aparece um sintoma, como agir. Penso ‘pode ser um novo câncer?’ É do tratamento ou uma nova doença. Minha vizinha às vezes me dá umas dicas, sou muito receosa, passo dor com medo de tomar o remédio, ela disse para eu tomar.” (M11)

“Às vezes tenho medo, fico apavorada quando vomito muito, fico acabada sabe, e tenho receio de procurar atendimento e ser rejeitada.” (M5)

“[...] até hoje não sei o porquê do tipo da quimioterapia, [choro] penso que só a cirurgia ajudaria [...].” (M3)

Não poder trabalhar, seja nas atividades do lar ou na propriedade rural, foi tido como uma dificuldade relatada:

“Para mim ficar sem trabalhar foi a pior coisa, tive ansiedade, meu marido disse que estava depressiva. Mas era preocupação. Medo que meus filhos passassem fome, o trabalho era minha rendinha, meu marido não ganha muito e eu ajudava em casa.” (M1).

“A gente tá parada a algum tempo, vai fazer, não dá, fica esperando reagir pra fazer algo [fala emocionada], que todo mundo fala que mexe nos seios já dói, dá problema na mão, incha, dói, coisarada... o sangue não circula direito nos braços. Tô aí parada dentro de casa.” (M4)

“Dor, não poder trabalhar.” (M5)

“O médico falou que nunca mais vou poder erguer peso.” (M10)

“Não conseguia fazer o serviço em casa. Era muito ruim, porque tava com mal estar, fraca, com dor, não sentia vontade de fazer as coisas e quando sentia não conseguia fazer [...]” (M11)

A situação financeira foi mencionada como dificuldade quanto ao transporte para ir e voltar do local de tratamento, pois geram gastos com combustível diretamente ou então com o pagamento de combustível para vizinhos:

“Foi difícil o transporte, porque tinha que ficar incomodando os vizinhos para levar [...]” (M3)

“Mas uma coisa que era difícil era o gasto com gasolina porque é longe [...]” (M8)

“É longe também pra ir fazer o tratamento, a gente tinha que acordar bem cedo [...]” (M10)

“O que era mais difícil era ficar esperando lá o dia todo, ficar até a noite...” (M9)

“[...] a distância quase me fez desistir [...]” (M2)

A dificuldade relacionada à inserção de alguns alimentos mais toleráveis no período após a submissão a quimioterapia é citada como atrelada a questão financeira:

“Ah bastante de dificuldade, financeiramente, porque nessa época até a comida é diferente, não consegue comer qualquer comida. De repente aquilo que você consegue comer é a fruta mais cara...é totalmente diferente, durante a quimioterapia o que eu conseguia tomar era água de coco, na época era caríssima, mas era o que eu conseguia tomar [...]” (M5)

Foram relatados também, a não aceitação da nova imagem corporal, mesmo que temporária:

“[...] meus seios doíam, incharam muito, pareciam que tinham água, depois veio a retirada e eu me olhava no espelho [fala emocionada], me olhava assim, me olhava e não me via mulher.” (M4)

“estava sem cabelo, todos me olhavam com dó, me sentia, não sei falar. Não gostava, não gosto de estar assim.” (M3)

As seis dificuldades mencionadas fazem parte de um mesmo processo, na qual uma deflagra a outra, e, neste sentido, compreende-se que afeta tanto fisicamente como psicologicamente.

O enfrentamento a essas dificuldades adjunto com a esperança de melhora, emergiram nas falas expressas da seguinte maneira:

“[...] a distância quase me fez desistir, mas meus filhos foram minha motivação. Não sei o que seria deles sem mim. Na verdade, eu não suporto a ideia de abandoná-los.” (M2)

“ir cuidar dos meus animais me ajudava a tirar as coisas ruins da cabeça e quando eu via que conseguia trabalhar me deu forças, deus estava ao meu lado.” (M3)

“Vi como uma missão, pensei que fosse um castigo de Deus por algo. A fé me deu esperanças para superar.” (M4)

“ajudar meu marido na lavoura me ajudava esquecer tudo, até a dor” (M6)

“Foi tranquilo, porque descobri no começo, não tinha perigo.” (M6)

Observou-se que os relatos foram unânimes ao afirmarem a necessidade do suporte familiar no enfrentamento da doença:

“Meus filhos, a família, meu marido, sempre me ajudaram, se não fosse eles não sei o que eu ia fazer, a oração de outras pessoas também, foi muito importante [...]” (M10)

“Minhas filhas e meu marido me ajudavam [...]” (M8)

“Meu filho, minha filha, me levavam, me traziam, sempre me ajudavam. Eles me levavam, me esperavam, me traziam [...]” (M2)

Em relação a família, no momento da realização do tratamento a mesma torna-se necessária, sendo fonte de apoio emocional e social fornecido pelos mesmos:

“Vou de carro, alguém aqui de casa sempre me leva, às vezes meu filho que mora na cidade vem me buscar [...]” (M10)

“Meu marido me ajuda a comer o que o médico passou [...], ele me lembra de usar protetor solar e tomar meus remédios [...].”
(M1)

Ao analisar os depoimentos, referentes às dificuldades e seus enfrentamentos, é perceptível que as entrevistadas encontram forças e auxílio para seguir adiante por meio de suas relações sociais.

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou identificar as dificuldades enfrentadas por mulheres em tratamento oncológico. Identificou-se que a população tinha em média 58 anos de idade, majoritariamente, composta por mulheres casadas, sendo (73%). A maioria das participantes fizeram ou estiveram em tratamento oncológico para câncer de mama. Ainda, observou-se, que o tratamento oncológico vem acompanhado de uma complexidade de experiências, contextos e crenças do indivíduo, além de sintomas que aliado a outras dificuldades alteram a subjetividade das mulheres no sentido de terem de enfrentar um longo processo antes, durante e depois do tratamento, corroborando com outros estudos (BRASIL, 2019; ALBUSOUL *et al.*, 2017; PALMIERI *et al.*, 2013; YOUL *et al.*, 2016; CIPORA *et al.*, 2018).

O câncer de mama prevaleceu na população estudada, reforçado por meio do cenário nacional, sendo a principal neoplasia maligna que aflige as mulheres (BRASIL, 2019). No que se refere ao seu tratamento, a quimioterapia e radioterapia são mais frequentes e vêm acompanhadas de inúmeros sintomas. Concernente aos efeitos colaterais desencadeados pela quimioterapia, é evidente que nos relatos destacaram-se sintomas relacionados aos distúrbios gastrointestinais, como náuseas, dor, comprometimento do apetite, padrão intestinal alterado e aqueles ao tratamento em si, tais como fadiga, dor, distúrbios do sono, ansiedade (BRASIL, 2019), bem como a autoimagem comprometida pela aparência após alopecia. Em relação a radioterapia, foi possível identificar disfagia, queimaduras, entre outras sintomatologias específicas ao local e intensidade aplicada. Como o tratamento cirúrgico pode vir acompanhado destas abordagens, tem-se que, em muitos casos, uma série de sintomas relatados pelas mulheres e corroborados pela literatura, aqueles relativos aos pós-cirúrgicos imediato e tardio (BRASIL, 2019).

A mastectomia traz consigo questões delicadas, pois elas passam a ter mais um problema, além da notícia do câncer, aspectos psicossociais são afetados, devido a

imagem corporal que é alterada e o significado que, por exemplo, as mamas têm para a mulher, como símbolo de feminilidade (BRANDÃO *et al.*, 2021; LIMA *et al.*, 2018), insegurança e baixa autoestima são consequências do processo cirúrgico citado (BARROS *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2019. LÔBO *et al.*, 2014).

Acerca da emersão nos depoimentos sobre as dificuldades que interferem na vida diária e em suas atividades no campo, sem dúvida, o adoecimento e seu consequente tratamento, tende a remeter as mulheres a um longo processo de adaptação a uma vida limitada em relação às atividades que desempenhavam no seu cotidiano (MARASCHIN *et al.*, 2020; EBLING *et al.*, 2020).

No lar, suas atribuições são pertinentes a organização familiar, cuidados com a saúde da família, educação dos filhos que são incrementadas por atividades de panificação, produção de doces, queijos, salames, hortaliças, artesanato, entre outros, que ajudam na renda familiar (MARASCHIN *et al.*, 2020; EBLING *et al.*, 2020). Na propriedade, as mulheres rurais na região estudada, tendem a trabalhar em conjunto com familiares e sua produção, além de compor o consumo familiar, também é comercializada em feiras na região (MARASCHIN *et al.*, 2020).

Deixar de ser protagonista nas diversas atividades realizadas na propriedade rural e ter de assumir a posição de expectadora, afeta diretamente o ânimo e a força para seguir no tratamento. Outrossim, ao não conseguirem lidar com suas tarefas diárias com independência, o trabalho como fonte de renda urge uma preocupação para muitas, levando a incertezas e inseguranças quanto ao sustento e renda da família.

Os sintomas, como por exemplo, a dor no braço, no qual as mulheres são impedidas de movimentar ou forçar excessivamente foi um dos mais relatados, pois para as mulheres que moram na área rural dificilmente haverá uma atividade que não se utilize da força braçal, e por ser um lugar mais isolado, é no trabalho e na família que elas encontram a superação da doença e a sensação de ser útil.

Por outro lado, o mesmo foi considerado como uma terapia ou uma forma de esquecer a doença por uns instantes; as mulheres rurais demonstram um prazer muito grande relacionado ao trabalho na terra, e com a criação há um significado na ruralidade do trabalho das mulheres que as tornam parte do processo produtivo realizado na agricultura familiar e isso lhes proporciona um sentimento de autonomia e pertencimento (TONINI *et al.*, 2020). A face do exposto, as questões de satisfações ou desempenhos em relação a suas atividades no lar ou na propriedade formam um complexo do processo

saúde-doença-cuidado que precisa ser melhor estudado com as pesquisas que aprofundem esses estados.

Neste estudo, a maioria tem uma renda familiar de até dois salários-mínimos, o que significa restrições significativas. Assim, frente a um diagnóstico de câncer, modificações tornam-se essenciais e surgem novas necessidades particulares; entre elas o transporte.

Essa questão torna-se um obstáculo importante pois no meio rural, em várias áreas não há um sistema de transporte público regular. Além de gastos financeiros em termos de combustível, pagamento de combustível aos vizinhos para realizar o transporte, mesmo que estes o façam em termos de ajuda, sempre é oneroso. Há empecilhos, também, referentes às condições das estradas rurais e a dependência do deslocamento às condições das vias, posto que em dias chuvosos a lama pode impedir a saída da propriedade a fim de ir até os serviços de saúde. A malha viária no município estudado é extensa e interliga os acessos a cidade, a propriedades e as plantações, o que demanda manutenção constante, portanto, como são obras caras, muitas regiões ficam isoladas e sem acesso.

As falas apresentadas vêm a corroborar com dois estudos realizados em comunidades rurais, um em Honduras (2017) e o outro no continente Africano, no país de Quênia no ano de 2019. Tais estudos, ao questionarem os entrevistados sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde, mencionaram a distância como um obstáculo significativo para as famílias e comunidades. Ter acesso aos serviços de saúde é algo confortável, mas ao mesmo tempo torna-se uma barreira, pois muitos desses serviços, principalmente os especializados em tratamento oncológico, são distantes de áreas como as rurais e não há meios de transportes além dos particulares para se fazer o deslocamento dessas mulheres até os serviços necessários (PRYOR *et al.*, 2017; SAYED *et al.*, 2019).

Todavia, é de suma importância a fortificação de políticas públicas para atender as necessidades dessa população, além da capacitação dos profissionais e equipes de saúde para com a singularidade do meio rural, oferecendo um cuidado humanizado e de acordo com os preceitos éticos e humanitários preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Assim, é necessário o entendimento da ruralidade, ou seja, a cultura, saberes, pertencimento a comunidade local, que podem ser elementos para dar suporte à mulher em tratamento. Sabendo-se que há uma dinâmica nos sintomas durante e após o tratamento oncológico, há momentos em que há necessidade de maior suporte, tendo em vista a inter-relação dos sintomas que são mais proeminentes (ALBUSOUL *et al.*, 2017).

Em síntese, conhecer sua vivência, suas experiências e o contexto em que residem e as influências locais, bem como redes possíveis de apoio nas comunidades, são elementos imprescindíveis para que profissionais elaborem um plano terapêutico domiciliar junto com as mulheres e familiares, a fim de orientá-los quando regressem a seus lares (BARROS *et al.*, 2013).

O significado da doença na vida da mulher e da família, torna-se um desafio que precisa ser considerado pela equipe de saúde a fim ajudá-las no enfrentamento das dificuldades, mesmo que algumas das mulheres entrevistadas afirmem que a única dificuldade é o fato de ter a doença. Para elas o que mais importa é serem curadas, as circunstâncias de como isso será conseguido é algo secundário. Portanto, é preciso considerar a capacitação de profissionais para melhor controle e compreensão dos sentimentos negativos, que em suma maioria não são explicitados, devido a má compreensão de suas emoções (ROSSATO *et al.*, 2014).

Uma das formas de enfrentamento que pode ser potencializado por um trabalho em equipe bem articulado (tanto hospitalar como na atenção primária em saúde), é incluir a família como protagonista no tratamento e no acompanhamento das mulheres. Conhecer o significado da família no contexto da doença e do ambiente em que estas mulheres vivem e conhecer a dinâmica familiar é um dos atributos essenciais a um bom plano terapêutico. É por meio da família e da comunidade que a pessoa em tratamento oncológico adquire um sentimento de amparo, resultado da percepção de sentir-se protegida (GIRARDON-PERLINI; ÂNGELO, 2017; SILVA *et al.*, 2018)

Neste contexto, é notável a essencialidade de uma rede de apoio, como família, amigos e vizinhos para efetivação do tratamento. O mesmo pode ser evidenciado em um estudo realizado no distrito de NorthTongu, na região de Volta, no Gana, sendo observado que os apoios que os entrevistados mais recebiam eram relacionados aos cônjuges, os filhos e líderes religiosos, o que corrobora com a pesquisa realizada (BINKA *et al.*, 2018). Não obstante, o acesso aos serviços de saúde e a questão financeira são barreiras para realização do tratamento, a fim de superar essas dificuldades, a mulher recorre ao suporte da família, amigos e vizinhos, demandando reorganização dos afazeres das pessoas a sua volta, revelando-se outro desafio para mulher e sua rede de apoio (FERREIRA *et al.*, 2010).

Deste modo é fundamental que os profissionais da saúde entendam as circunstâncias das condutas de cuidado dessas mulheres e suas famílias, considerando as

suas barreiras e dificuldades, para assim oferecer um cuidado efetivo. As estratégias de autocuidado para controle dos sintomas, o manejo eficaz daqueles que podem ser amenizados, e a informação quanto aos sintomas podem estar presentes, e quando são mais prováveis de acontecer, vem a ajudar no melhor manejo dos mesmos e proporcionar alívio considerável no sofrimento destas mulheres (ALBUSOUL *et al.*, 2017).

Levando em consideração a extensão territorial, múltiplas culturas e contextos socioeconômicos brasileiros, este estudo apresentou como limitação o pequeno grupo amostral de um contexto específico, o que deve ser considerado para a generalização dos resultados. Contudo, dar voz às mulheres com câncer residentes em cenário rural, um grupo social, vulnerável em múltiplas dimensões, traz contribuições ímpares para o aprimoramento do saber.

A partir da análise das dificuldades enfrentadas por mulheres rurais em tratamento oncológico, visualiza-se subsídios para analisar novas maneiras para promoção, prevenção e proteção, em especial, ao acesso aos serviços intersetoriais de atenção. Ao conhecer a experiência de vida dessas mulheres, as ruralidades implícitas, condutas das equipes de saúde podem ser planejadas conforme suas necessidades. Espera-se assim, contribuir de forma que os serviços de saúde entendam a importância epidemiológica do câncer e sua magnitude social, e ofereçam mais apoio no que toca ao atendimento longitudinal para essas mulheres, possibilitando uma qualidade de vida melhor durante esse período. Além disso, abre espaço para novos estudos, a fim de embasar as práticas profissionais quando relacionadas ao ensino na área da saúde, visando abordar a saúde das mulheres frente ao tratamento oncológico no contexto rural. Portanto, este estudo pode agregar alguns elementos à discussão sobre o tema.

CONCLUSÃO

As mulheres rurais em tratamento oncológico que foram entrevistadas referiram como dificuldades, além da doença em si, os efeitos colaterais, falta de informações, dificuldade no trabalho, implicações na vida diária, situação financeira e transporte.

Como tática de enfrentamento para as inúmeras adversidades, a esperança de melhora adjunto da fé e apoio da família demonstraram-se como pilares de ajuda a essas mulheres.

Portanto, entender a ruralidade como um dos determinantes para o processo de melhor manejo dos efeitos colaterais e implicações do tratamento oncológico é o aspecto

fundante de planos terapêuticos domiciliares e precisa ser elaborado conjuntamente entre profissionais de saúde, mulheres em tratamento e suas respectivas famílias, a fim de garantir um atendimento holístico a paciente, tendo em foco o indivíduo como um todo.

REFERÊNCIAS

ALBUSOUL, R. M.; BERGER, A. M.; GAY, L. C.; *et al.* Symptom Clusters Change Over Time in Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 5, p. 880-886, maio 2017.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, junho 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvHQzMQQHjqFt3D534x/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BARROS, A. G.; MELO, M. C. P.; SANTOS, V. E. P. Significados atribuídos ao câncer por um grupo de mulheres. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 129-133, jan/fev. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11467/8995>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BINKA, C.; NYARKO, S. H.; AWUSABO-ASARE, K.; *et al.* “Sempre tentei esquecer a doença e fingir que estava curada”: lidar com o câncer cervical na zona rural de Gana. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 24, 2018. Disponível em: <https://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0277-5>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRANDÃO, B. L.; SILVA, A. C. B.; FRANCISQUINI, I. N.; *et al.* Importância da cirurgia plástica para mulheres mastectomizadas e o papel do Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 36, n. 44, p. 457-465, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020 Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019.

CIPORA, E.; KONIECZNY, M.; KARWAT, I. D.; *et al.* Satisfação com a vida entre mulheres com câncer de mama - fatores demográficos e sociais selecionados. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 25, n. 2, p. 314–319, fevereiro 2018.

EBLING, S. B. D.; SILVA, M. R. S. Consumo de álcool entre mulheres que vivem no contexto rural. **Rev Bras Enferm.** 2020; 73(4): e20190612. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0612>.

FERREIRA, N. M. L.; DUPAS, G.; COSTA, D. B.; *et al.* Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciênc Cuid Saúde.** 2010; 9(2):269-277. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i2.8749

GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; ÂNGELO, M. A experiência de famílias rurais frente ao câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LIMA, A. R. A; BUSS, E.; RUIZ, M. C. S.; *et al.* Possibilidades de formação em enfermagem rural: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 113-119, jan-fev. 2019.

LIMA, M. M. G.; LEITE, K. N. S.; CALDAS, M. L. L. S.; *et al.* Sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1216-24, maio 2018.

LÔBO, S. A.; FERNANDES, A. F. C.; ALMEIDA, P. C.; *et al.* Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paul Enferm.**, Fortaleza, Ceará, v. 27, n. 6, p. 554-559, nov-dez. 2014.

MARASCHIN, M. S.; SOUZA, E. A.; CALDEIRA, S.; *et al.* Condições de vida e saúde das trabalhadoras rurais. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 265, p. 4117-4121, junho 2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril 2017.. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 20 jan 2021.

PALMIERI, B. N.; MOULATLET, E. M.; BUSCHINELLI, L. K. O.; *et al.* Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1414-1462, março 2013.

PRYOR, R.J; MASROOR, N.; STEVENS, M.; *et al.* Rastreio do câncer do colo do útero na zona rural montanhosa de Honduras: conhecimentos, atitudes e barreiras. **Rural and Remote Health**, Honduras, v. 17, n. 2, maio 2017

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 419-437, nov.2010/fev.2011.

ROSSATO, K.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; MISTURA, C.; *et al.* O adoecer por câncer na perspectiva da família rural. **Rev. Enfermagem UFSM**, Nova Palma, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 608-617, março 2014.

SAYED, S.; NGUGI, A. K.; MAHONEY, M. R.; *et al.* Conhecimento, percepções e práticas sobre câncer de mama em uma comunidade rural na costa do Quênia. **BMC Public Health**, v. 19, n. 180, fevereiro 2019.

SILVA, E. M.; PORTELA, R. A.; MEDEIROS, A. L. F.; *et al.* Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 28, p. 1-12, 2018.

TONINI, N. S.; SOUZA, E. A.; GOUVÊA, L. A. V. N.; *et al.* Mulheres do meio rural: percepção quanto ao seu processo de trabalho no campo. **Revista Nursing**, São Paulo, n. 23, v. 270, p. 4826-4830, 2020.

YOUL, P. H.; DASGUPTA P.; YOULDEN, D.; *et al.* Uma revisão sistemática das desigualdades nos resultados psicossociais para mulheres com câncer de mama de acordo com a localização residencial e o status indígena na Austrália. **Psycho-Oncology**, v. 25, n. 1, p. 1157-1167, março 2016.

Recebido em: 01/09/2022

Aprovado em: 30/09/2022

Publicado em: 05/10/2022