

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Letícia Fussinger

**VIVER COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL E O CUIDADO DO
ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Palmeira das Missões, RS
2024

Letícia Fussinger

**VIVER COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL E O CUIDADO DO
ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Campus Palmeira das Missões/ RS, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Orientadora: Prof. Dra. Isabel Cristina dos Santos Colomé
Coorientadora: Prof. Dra. Darielli Gindri Resta Fontana

Palmeira das Missões, RS
2024

Fussinger, Leticia
VIVER COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL E O CUIDADO DO
ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Leticia Fussinger.
2024.
87 p.; 30 cm

Orientador: Isabel Cristina dos Santos Colomé
Coorientador: Darielli Gindri Resta Fontana
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós
Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2024

1. Enfermeiro 2. Atenção Primária à Saúde 3. Câncer 4.
População Rural 5. Pesquisa em Enfermagem I. Cristina dos
Santos Colomé, Isabel II. Gindri Resta Fontana, Darielli
III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, LETÍCIA FUSSINGER, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Letícia Fussinger

**VIVER COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL E O CUIDADO DO
ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Campus Palmeira das Missões/ RS, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Aprovada em 05 de abril de 2024.

**Isabel Cristina dos Santos Colomé, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

**Darielli Gindri Resta Fontana, Dra. (UFSM)
(Presidente/Coorientadora)**

Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM)

Danusa Begnini, Dra. (SES)

Jaqueline Arboit, Dra. (UFSM)

Palmeira das Missões, RS
2024

*Dedico este trabalho aos enfermeiros dos municípios rurais adjacentes da 15ª
Coordenadoria Regional da Saúde que gentilmente me acolheram em suas
unidades de saúde e da mesma forma às pessoas com câncer que me acolheram
em seus domicílios, colaborando de forma marcante e imprescindível para a
realização deste trabalho.*

À Deus, por colocar esse sonho no meu coração e ofertar todo suporte para que se tornasse realidade.

Ao meu pai Sergio, pequeno agricultor e presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais do nosso município (Pinheirinho do Vale), onde busca melhorias e defende os direitos da população que vive no contexto rural.

À minha mãe Elaine por todo amor, cuidado, afeto e por me incluir em suas orações diárias.

Às minhas irmãs Tamara e Natana, por me impulsionarem na busca pelos meus sonhos.

Ao meu amor William, por somar na minha vida e estar ao meu lado em todos os momentos.

Às minhas amigas de longa data, em especial a Jaque, que viveu essa experiência do mestrado comigo, sendo suporte nessa caminhada que vem sendo construída desde a graduação.

Aos meus colegas do mestrado pelas importantes trocas de saberes que serviram de alicerce na construção do conhecimento.

À minha orientadora prof^a Isabel e coorientadora prof^a Darielli pela acolhida e pelas importantes contribuições na elaboração deste trabalho, despertando em mim a busca pelo conhecimento.

À Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, por possibilitar cursar a Graduação e o Mestrado em uma universidade pública e de qualidade, a qual tenho muito orgulho em fazer parte.

Ao Departamento de ciências da Saúde, através dos profissionais que ali desenvolvem seu trabalho foram de fundamental importância no desenvolvimento deste estudo.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você onde você andar”.

(Josué 1:9).

RESUMO

VIVER COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL E O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORA: Letícia Fussinger
ORIENTADORA: Isabel Cristina dos Santos Colomé
COORIENTADORA: Darielli Gindri Resta Fontana

As pessoas com câncer que vivem no contexto rural encontram-se em maior vulnerabilidade quanto às suas condições de saúde, o que se associa com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde se insere na rede de cuidados à pessoa com câncer, sendo o enfermeiro, um importante protagonista do cuidado nesse âmbito. Este estudo tem como objetivo compreender as experiências das pessoas com câncer que vivem no contexto rural e o cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde frente a essas pessoas. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado em municípios rurais adjacentes pertencentes à 15ª Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul, sendo selecionados, 11 municípios para compor o cenário do estudo. Os participantes do estudo foram 18 enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família que atuam nos municípios selecionados e 10 pessoas com câncer que residem no contexto rural, obedecendo ao critério de saturação temática. A coleta de dados deu-se no segundo semestre do ano de 2023, a partir da entrevista semiestruturada, com perguntas abertas. Para a apreciação dos dados obtidos utilizou-se a análise temática. Os resultados da análise dos depoimentos dos participantes foram organizados em duas categorias temáticas, sendo a primeira “A vida como ela é: experiências de pessoas com câncer no contexto rural”, com as subcategorias: “O trabalho antes do adoecimento”, “O impacto do diagnóstico”, “A importância da família, espiritualidade e rede de apoio” e “Aspectos positivos e dificultadores de viver no contexto rural”. A segunda categoria temática “Experiências de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas com câncer no contexto rural” com as subcategorias: “Estratégias de prevenção de doenças e agravos: abordagens clínicas e tradicionais”; “Acompanhamento de saúde: do diagnóstico ao tratamento”, “Aspectos facilitadores e limitadores para o cuidado da pessoa com câncer no contexto rural”. A partir dos resultados encontrados é possível concluir, com base nas estratégias de prevenção de doenças desenvolvidas pelos enfermeiros, que o tradicional modelo campanhista de atenção à saúde foi alvo das ações de prevenção ao câncer, e que o cuidado curativo centrado na doença, ainda é bastante enraizado na assistência prestada. De modo geral, foi possível identificar que as vulnerabilidades na qual se encontram as pessoas com câncer não são acentuadas, visto que se trata de uma população que vive em municípios rurais adjacentes. Sugere-se, portanto, novos estudos sobre o trabalho de enfermeiros em diferentes cenários rurais considerando a extensão territorial do país.

Palavras-chaves: Enfermeiro. Atenção Primária à Saúde. Câncer. População Rural. Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

LIVING WITH CANCER IN THE RURAL CONTEXT AND NURSING CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

AUTHOR: Letícia Fussinger
ADVISOR: Isabel Cristina dos Santos Colomé
CO-ADVISOR: Darielli Gindri Resta Fontana

People with cancer living in the rural context are more vulnerable to their health conditions, which is associated with difficulty in accessing health services. Primary Health Care is part of the network of care for people with cancer, and nurses are an important protagonist of care in this area. This study aims to understand the experiences of people with cancer living in the rural context and the care provided by nurses who work in Primary Health Care in front of these people. It is characterized as a qualitative, exploratory and descriptive study carried out in adjacent rural municipalities belonging to the 15th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul, and 11 municipalities were selected to compose the study scenario. The study participants were 18 nurses who make up the family health teams that work in the selected municipalities and 10 people with cancer who live in the rural context, obeying the criterion of thematic saturation. Data collection took place in the second half of 2023, from the semi-structured interview, with open questions. Thematic analysis was used to evaluate the data obtained. The results of the analysis of the participants' testimonies were organized into two thematic categories, the first being "Life as it is: experiences of people with cancer in the rural context", with the subcategories: "Work before illness", "The impact of diagnosis", "The importance of family, spirituality and support network" and "Positive aspects and difficult to live in the rural context". The second thematic category "Experiences of nurses working in Primary Health Care in the care of people with cancer in the rural context" with the subcategories: "Disease prevention strategies and diseases: clinical and traditional approaches"; "Health monitoring: from diagnosis to treatment", "Facilitating and limiting aspects for the care of the person with cancer in the rural context". From the results found it is possible to conclude, based on the disease prevention strategies developed by nurses, that the traditional campanhist model of health care was the target of cancer prevention actions, and that the curative care focused on the disease, is still quite rooted in the assistance provided. In general, it was possible to identify that the vulnerabilities in which people with cancer are found are not accentuated, since it is a population that lives in adjacent rural municipalities. It is suggested, therefore, new studies on the work of nurses in different rural scenarios considering the territorial extension of the country.

Keywords: Nurse. Primary Health Care. Cancer. Rural Population. Nursing Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Municípios integrantes da 15ª CRS	27
Figura 2 - Aspectos facilitadores e dificultadores experienciados pelas pessoas com câncer que vivem no contexto rural.	41
Figura 3 - Cuidado do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) às pessoas com câncer que vivem no contexto rural.....	48
Figura 4 - Representação do processo de cuidado do enfermeiro frente às necessidades de saúde da pessoa com câncer no contexto rural.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados referentes aos municípios rurais adjacentes da 15ª CRS	29
Tabela 2- Municípios cenários do estudo e dados das entrevistas	33

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
CRS	Coordenadoria Regional da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ENF	Enfermeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERCON	Sistema de Gerenciamento de Consultas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NEPESC	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PM	Palmeira das Missões
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVO	20
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1	O CÂNCER COMO UMA DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL (DCNT)	21
3.2	O CUIDADO NA ENFERMAGEM.....	22
3.3	CONTEXTO RURAL E URBANO COMO DIFERENTES ESPAÇOS SOCIAIS	24
4	PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	30
4.4	COLETA DE DADOS.....	31
4.5	ANÁLISE DADOS.....	34
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
5.1	A VIDA COMO ELA É: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL	36
5.1.1	O trabalho antes do adoecimento	36
5.1.2	O impacto do diagnóstico	37
5.1.3	A importância da família, espiritualidade e rede de apoio	38
5.1.4	Aspectos positivos e dificuldades de viver no contexto rural	39
5.2	EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA APS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL.....	41
5.2.1	Estratégias de prevenção de doenças e agravos: abordagens clínicas e tradicionais	42
5.2.2	Acompanhamento de saúde: do diagnóstico ao tratamento	43
5.2.3	Aspectos facilitadores e limitadores para o cuidado da pessoa com câncer no contexto rural	48
6	DISCUSSÃO	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	80

SUMÁRIO

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	80
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	81
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	82
ANEXOS	85
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	85

APRESENTAÇÃO

A motivação para a realização do estudo na temática da saúde e da ruralidade evidencia-se, inicialmente, pelo fato da pesquisadora ser nativa de um município de pequeno porte, localizado no Norte do Estado do Rio Grande do Sul, na região do Médio Alto Uruguai, que conta com 4.540 habitantes, sendo que mais de 70% da população vive no território rural (IBGE, 2022), o que lhe garantiu aprendizagens significativas do ponto de vista individual, familiar e social no cenário rural.

Esse processo de aprendizado continuou sendo construído durante a graduação em Enfermagem na UFSM/Campus Palmeira das Missões, a partir da participação em atividades relacionadas à área da Saúde Coletiva, aproximação com referenciais teóricos nos quais se problematizou a questão da saúde e da ruralidade, com participação no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC).

No âmbito deste Grupo de Pesquisa, destaca-se a participação como bolsista do projeto de pesquisa intitulado “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, famílias e rede de apoio no cenário rural: Múltiplas vulnerabilidades”. Os resultados deste projeto revelaram inúmeras situações de vulnerabilidade a que as pessoas que vivem no contexto rural estão expostas, além de evidenciar a invisibilidade desta população nas ações de cuidado e políticas públicas.

Em continuidade aos estudos da temática, no Trabalho de Conclusão de Curso da graduação analisaram-se os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de pessoas com deficiência (PCD) que residem no contexto rural. Os resultados deste estudo apontaram que as iniquidades sociais são prevalentes e apresentam um papel dominante no cenário rural (FUSSINGER, 2019).

Somado a isso, há o envolvimento com a temática da oncologia, que advém da inserção em um programa de Residência Multiprofissional com área de concentração em Atenção ao Câncer, vinculado à Universidade de Passo Fundo (UPF), o que proporcionou experiência no cuidado ao paciente oncológico. Essa oportunidade foi ímpar na formação profissional da autora, permitindo aproximar-se do vivido de pacientes oncológicos.

Sendo assim, por se aproximar da linha de pesquisa que a autora desenvolveu no decorrer da sua trajetória acadêmica e profissional, buscou-se fazer interface entre a realidade de vida de pessoas com câncer, a ruralidade e o cuidado ofertado pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS).

Considera-se, ainda, a sustentação teórica e científica proporcionada pelo

mestrando por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (PPGSR/UFSM), um espaço ideal para qualificar e desenvolver a problemática apresentada na linha de pesquisa “Vulnerabilidades da população no contexto da ruralidade”.

Por fim, na condição de enfermeira e pesquisadora, compreende-se a relevância desta pesquisa, no desejo de que os resultados dela originados possam contribuir para acentuar a necessidade da prática fundamentada em evidências no cuidado às pessoas com câncer que vivem no contexto rural.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública, vista a sua extensão epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos novos casos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido. No Brasil, a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, o que na maioria dos países, corresponde a uma das principais causas de morte antes dos 70 anos (BRASIL, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, preveem em seu relatório global, aumento de 60% dos casos de câncer nas próximas duas décadas, com maior índice, cerca de 81%, em países de baixa e média renda, com taxas de sobrevivência mais baixas. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio de 2023 a 2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência (BRASIL, 2020).

Destaca-se que o Ministério da Saúde (MS), na Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considera equivalentes os termos "Atenção Básica (AB)", "Estratégia de Saúde da Família (ESF)" e "Atenção Primária à Saúde (APS)", utilizados no Brasil. Neste estudo, optou-se por utilizar a terminologia APS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A APS fundamenta-se como uma importante proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o primeiro nível de atenção à saúde e se constitui por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

No SUS, a APS é um importante componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Câncer por desenvolver ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à saúde a estes indivíduos e suas famílias (ORTIZ, 2018). Isso se dá pelo fluxo estabelecido nas linhas de cuidado e que garante a continuidade no tratamento oncológico, por meio da regulação para as unidades habilitadas, respeitando o princípio da integralidade, uma vez que é necessário garantir não apenas a detecção precoce do câncer, mas também todo o cuidado que o indivíduo necessita (BRASIL, 2017).

Em relação à oferta de serviços na APS no âmbito rural, esta limita-se frente a iniquidades de acesso geográfico, vulnerabilidade da população, falta de insumos, baixa disponibilidade de profissionais de saúde, precariedade da estrutura física do serviço de saúde, e a ESF de referência para as populações do campo serem localizadas, preferencialmente, nos espaços urbanos. Diante desses fatores locorregionais, necessita-se de maiores investimentos por parte dos sistemas de saúde na atenção à saúde rural (ALMEIDA *et al.*, 2019).

O viver na ruralidade possui características próprias da sua população e do seu território, uma vez que as condições de saúde estão diretamente relacionadas ao ambiente onde as pessoas vivem. Nesse âmbito, os profissionais de saúde que cuidam da população rural, necessitam de um olhar ampliado para as condicionalidades e determinantes de saúde desta população, o que torna imprescindível conhecer o território, questões culturais e o modo de viver nas suas particularidades (WOLLMANN *et al.*, 2022).

Destaca-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial vivem em áreas rurais e remotas e é atendida por 38% da força de trabalho de enfermagem e por menos de 25% da força de trabalho médico (ZHU, 2019). No entanto, visto que o enfermeiro ocupa um lugar ativo no processo de cuidado em contexto rural, há que se refletir sobre a necessidade de qualificação e responsabilização dos enfermeiros para que se possa garantir uma assistência de qualidade.

É importante mencionar que o meio rural brasileiro é constituído dos mais variados tipos de territórios, exigindo formas particulares de intervenção em saúde, tanto no que diz respeito às questões ambientais, tecnológicas e educativas, como de gestão e sustentabilidade das ações. O contexto de trabalho do enfermeiro na APS que atua no território rural é, dessa forma, cercado por especificidades e barreiras, oriundas da sociedade em que a população rural está inserida, bem como pela organização da rede de serviços de saúde oferecida a essa população, o que interfere diretamente na qualidade do cuidado à população, famílias e coletividades (SILVA, 2021).

No âmbito da enfermagem, as teorias que influenciam sua prática fundamentam-se no cuidado como produto central do seu trabalho (COLLIÈRE, 2001). Desse modo, uma possibilidade para evidenciar o cuidado como elemento central do trabalho do enfermeiro é a adoção de modelos assistenciais alternativos ao modelo

biomédico, enfatizando o trabalho comunitário com a promoção e a integralidade da saúde, centralizando o cuidado nas relações humanas e no contexto social onde acontecem (BELLAGUARDA *et al.*, 2013).

O cuidado profissional constrói-se por meio das experiências em que se misturam questões técnicas com o contexto em que ocorrem as práticas de cuidado. Nessa perspectiva, torna-se importante contextualizar o sentido da experiência visto o lugar que ela ocupa na prática do cuidado. De acordo com Bondía (2002), a palavra experiência vem do latim *experiri*, provar (experimental), a experiência é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se prova.

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca, e o sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, receptividade, disponibilidade e abertura. Ou seja, a experiência é blindada pela paixão, padecimento, paciência, atenção, estar presente e se expor, segundo o autor, são incapazes de experienciar aqueles que não se expõem e não se transformam (BONDÍA, 2002).

No que tange ao cenário rural, cabe destacar que as pessoas com câncer podem estar em maior desvantagem quanto às suas condições de saúde, o que se associa com a falta de oportunidades e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que essa população, por vezes, desconhece seus direitos sociais e assistenciais, vivem isoladas com mínimo contato interpessoal, possuem baixa escolaridade e menor acesso à informação e ainda são delimitadas por políticas públicas voltadas à população urbana e que não condiz ao contexto no qual estão inseridas (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017).

No Brasil, apesar de existir uma Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na prática, é possível que não haja articulação com a PNAB, havendo descontinuidade no cuidado em saúde quando se trata de territórios rurais (BRASIL, 2017). De acordo com Silva (2020), o impacto do desconhecimento das políticas reflete na descontinuidade da assistência ao paciente com câncer, situação que dificulta aos profissionais organizarem o cuidado, tanto quanto identificarem os recursos disponíveis.

A UFSM tem realizado seu trabalho no sentido de promover a pesquisa e a extensão voltadas para os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), sendo assim, a autora alinhou seu estudo com o objetivo 3 da agenda, a qual considera

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

Nesta perspectiva, ao consultar a Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS) do Ministério da Saúde de 2018, identifica-se dois eixos de pesquisa que possuem interface com o presente estudo, sendo o eixo 5 “Doenças crônicas não-transmissíveis” e eixo 9 “Programas e políticas em saúde” o qual propõe avaliar a oferta de ações e serviços de saúde da Atenção Básica frente às necessidades da população (BRASIL, 2018).

Com base em uma busca realizada pela autora, com o objetivo de identificar as tendências na literatura disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que abordam a temática do câncer e a população rural, no qual se deu a procura por dissertações e teses nacionais, evidenciou-se que entre os anos de 2018 a 2022 carecem de estudos abordando o cuidado à pessoa com câncer no contexto rural. Entretanto, foram encontrados poucos estudos brasileiros dentro da referida temática que é percebida como um indicativo da escassez de pesquisas na enfermagem que abordem a saúde da pessoa com câncer como núcleo de cuidado do enfermeiro.

Reconhece-se que a produção do conhecimento em saúde nas áreas rurais revela algumas considerações para a prática e a pesquisa de enfermagem. A temática do cuidado às pessoas com câncer atrelado ao meio rural ganha relevância científica e social, por ser a oncologia, uma área de interesse global, e o meio rural, cenário que implora por políticas públicas efetivas com vistas às necessidades de saúde da população que nele vivem.

2 OBJETIVO

Compreender as experiências das pessoas com câncer que vivem no contexto rural e o cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde frente a essas pessoas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este espaço apresenta o embasamento teórico para o desenvolvimento desta dissertação, contendo conceitos essenciais para sua sustentação, fundamentando

discussões acerca das seguintes temáticas: o câncer como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT); o cuidado na enfermagem e o contexto rural e urbano como diferentes espaços sociais.

3.1 O CÂNCER COMO UMA DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL (DCNT)

O câncer, nome dado a mais de cem doenças, é considerado uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que se origina nos genes de células anormais do organismo, capazes de se multiplicar com potencial invasivo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2030, o câncer será responsável por 21,4 milhões de casos incidentes e 13,2 milhões de mortes. Cerca de 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais, relacionados aos estilos de vida adotados, como hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, hábitos sexuais, medicamentos e radiação solar (INCA, 2015).

As DCNT são vistas como um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (MALTA *et al.*, 2017). Estima-se que, em 2030, 3/4 de todas as mortes no mundo estarão relacionadas às DCNT. Em nível nacional, quase 53 milhões de pessoas tem ao menos uma doença crônica, o maior índice encontrado está na região Sul com 47,7%, seguido da sudeste com 39,8% (INCA, 2015; IBGE, 2015).

A ocorrência do câncer é de etiologia multifatorial, podendo ter origem na combinação de vários fatores de risco, tais como os genéticos, os ambientais e os ligados ao modo de vida (INCA, 2016). Entre os cânceres associados ao melhor nível socioeconômico estão: mama, próstata, cólon e reto, e os relacionados à pobreza: colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral. Essa distribuição pode ocorrer devido à exposição diferenciada da população a fatores ambientais (INCA, 2015). Os tipos de cânceres mais incidentes nos homens são pulmão (16,7%); próstata (15,0%); intestino (10,0%); estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Nas mulheres o de mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (INCA, 2015).

O MS, em 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com DCNT no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 874, cujo objetivo é a redução da mortalidade e da incapacidade causada pela doença e ainda possibilitar a redução da incidência de

alguns tipos de câncer, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

As RAS, por sua vez, são uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção de um determinado território. A organização em redes representa uma garantia do acesso e qualidade à toda população, por meio de oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Sendo assim, é fundamental que os enfermeiros que atuam na APS reconheçam a dimensão que o câncer vem ocupando na esfera da saúde e a importância do seu papel como mediador do cuidado enquanto gestor, principalmente, em territórios que fogem do alcance das políticas públicas de saúde.

3.2 O CUIDADO NA ENFERMAGEM

O conceito de cuidado é amplo e abrange diversos significados, pode-se dizer que o cuidado significa solicitude, dedicação, preocupação, atenção, entre outros. O cuidado também surge na promoção, na preservação e na reabilitação da saúde de uma pessoa e se expressa no contexto individual ou coletivo (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Refletir sobre o cuidado nos remete a pensar sobre o que é o cuidado, quem cuida e por que cuidamos e, nessa perspectiva de compreensão, esse conceito/prática tem diversos significados que, por vezes, são complexos e sem uma concepção definida, o mesmo está inserido na sociedade desde o início da história do ser humano, acompanha sua evolução e está na pauta das discussões nos diferentes contextos coletivos (SILVA *et al.*, 2009).

A prática do cuidado se caracteriza pela relação interpessoal onde há, de um lado, um indivíduo que manifesta comportamentos de cuidar e, de outro, um indivíduo que necessita de cuidados. A relação entre os dois lados é marcada pela expressão de consideração, interesse, respeito, confiança, entre outros aspectos (CASTRO; PEREIRA, 2011).

Na visão de Collière (1989), o cuidado na enfermagem representa uma ramificação muito recente de uma evolução milenária dos cuidados, onde tudo começou com a própria vida e para mantê-la foram necessários desenvolvê-los entre os diferentes seres vivos, sendo que este cuidado se torna complexo de acordo com

a necessidade de cada ser humano. Assim, para a autora, os seres humanos sobrevivem porque se cuidam e cuidam dos seus.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a nenhuma profissão faziam parte das atividades de qualquer pessoa ao cuidar de si mesmo ou de outra pessoa para garantir a continuidade da sua vida e a do grupo. Para a autora, cuidar é "manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação" (COLLIÈRE, 1989, p. 29). A diversificação apontada por ela diz respeito às diferentes possibilidades de responder às necessidades da vida, através de hábitos específicos de cada grupo.

Na primeira metade do século XX, a prática da enfermagem, influenciada pela orientação moral e religiosa, passa a se integrar cada vez mais ao modelo biomédico crescente. Nas três últimas décadas, tem havido um crescimento daquilo que emergiu como sendo o cuidado de enfermagem, numa visão mais ampla e integrada, sendo diversas as teorias que abordam o cuidado (SAVIETO; LEÃO, 2016).

A Teoria do Cuidado Humano, desenvolvida por Margaret Jean Watson, compreende o cuidado por meio de uma relação transpessoal, em que o cuidado se constrói a partir da capacidade de entender o sentimento do outro. Essa teoria entende que o desenvolvimento do comportamento empático se relaciona com o preocupar-se com o estado do sofrimento do outro, por meio de um vínculo afetivo (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Entre outros autores que trabalham com linhas de teoria de enfermagem, pode-se citar Leininger com a Teoria do Cuidado Cultural, a qual vem sendo empregada pela Enfermagem brasileira, compreendendo os fenômenos de saúde e doença relacionados ao vivido de pessoas e/ou grupos populacionais; a Teoria do Autocuidado de Orem, que preza por práticas e atitudes que ofertem às pessoas e/ou grupos populacionais o autocuidado, principalmente no que se diz respeito às condições crônicas de doença que têm gerado aos indivíduos um maior tempo de tratamento (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Um dos filósofos que têm contribuído para o esclarecimento sobre o que se constitui o cuidado é Mayeroff (1971), que desenvolveu uma discussão sobre o significado e a importância do mesmo para as pessoas. Para o autor, embora haja diferenças importantes entre cuidar de uma pessoa ou de uma ideia, existe um padrão comum de ajudar o outro a crescer e se desenvolver.

Alguns trabalhos como o de Waldow (1998), já têm apontado para a fragilidade

deste conceito, uma vez que é entendido e trazido para as discussões como uma técnica, uma ação, um elemento dentro das atividades da enfermeira. Em estudo exploratório realizado com enfermeiras, a autora constatou que talvez o ponto mais crucial de dúvidas acerca do tema cuidar e cuidado na enfermagem seja a concepção equivocada relacionando o cuidar/cuidado como função essencialmente técnica.

A partir disso, o cuidado às pessoas em comunidade rural, em especial às que vivenciam o câncer, precisa de aproximação e relação estreita com o território, além de um cuidado cultural, singular e integral.

3.3 CONTEXTO RURAL E URBANO COMO DIFERENTES ESPAÇOS SOCIAIS

As raízes históricas do espaço rural brasileiro devem ser analisadas de maneira contextualizada, considerando a força e o movimento de diversos elementos geográficos, econômicos, políticos, históricos e culturais que, conjugados, conformam a diversidade de espaços rurais (CARNEIRO; SANDRONI, 2019).

As ruralidades brasileiras expressam-se e distinguem-se tanto no plano espacial quanto na composição social da população composta por sertanejos, ribeirinhos, quilombolas, assentados, pantaneiros, indígenas e tantos outros. Estão presentes, nesses mesmos cenários, outros modos de vida e de organização do espaço decorrentes da presença do agronegócio globalizado, da extração de madeiras e do extrativismo mineral, particularmente o garimpo (LEITE; BRUNO, 2019).

Diferentes valores sociais e culturais traduzem a ruralidade brasileira, que precisa alcançar visibilidade e inserção na agenda das políticas públicas (LEITE; BRUNO, 2019). Estão presentes, também, as discussões de grandes problemas como o da distribuição de terras, as lutas crescentes pela sua posse e as situações difíceis por que tem passado a população rural como um todo. Os pequenos e médios agricultores têm saído do contexto rural devido à falta de oportunidade (BUDÓ, 2000).

É expressiva a quantidade de famílias que se encontram nas faixas de renda mais baixas e que residem nos municípios rurais, nos quais, também, apresentam-se as maiores taxas de analfabetismo entre pessoas com 15 anos de idade ou mais, os domicílios mais desprovidos de saneamento básico, as piores condições de acesso a água potável, esgoto e coleta de lixo. A pobreza torna-se um problema que prevalecem nos municípios do interior das regiões Norte e Nordeste, onde está boa

parte dos municípios rurais brasileiros (IBGE, 2011; SOARES *et al.*, 2020).

Se, por um lado, as populações, as atividades econômicas, as interações sociais e culturais, bem como os impactos ambientais e sociais estão cada vez mais concentrados nas cidades, por outro, novos elementos têm sido ressaltados, trazendo novas perspectivas para o rural. Diversos autores (ABRAMOVAY, 2003; VEIGA, 2003; SPOSITO, 2010) visualizam atividades que tem destacado a recente valorização das regiões rurais devido a diversos fatores como a biodiversidade, o patrimônio paisagístico e o estilo de vida.

No Brasil, o Decreto de Lei n. 311 de 1938 associa a delimitação de zonas rurais e urbanas aos municípios. Contudo, muitas vezes as transformações econômicas e sociais alteram a organização espacial dos municípios sem que a legislação consiga acompanhar em tempo hábil as novas estruturas territoriais e o processo de distribuição espacial das populações e das atividades econômicas, o que pode impactar nas ações de saúde das políticas públicas (SOARES *et al.*, 2020)

A formalização da distinção entre campo e cidade no Brasil só se fez necessária a partir do século XIX quando a urbanização, até então um processo lento, acelerou-se com a Revolução Industrial (DAVOUDI *et al.*, 2002). A partir de então, as análises sobre diferenciação rural-urbano tem se baseado em duas grandes linhas a dicotomia e o *continuum*¹ (ABRAMOVAY, 2000).

A visão dicotômica visa estabelecer uma oposição entre dois polos autônomos, bem delimitados e excludentes, destaca-se que essa divisão, fruto das transformações sociais, levou a duas posições: uma considerada anti urbana na qual a vida rural era idealizada e seu desaparecimento lamentado e outra, pró-urbana, em que a urbanização era considerada o motor do progresso, inovação e modernização (DAVOUDI; STEAD 2002).

As relações entre o espaço rural e o urbano, segundo Rosa (2013), permitem observar as continuidades e as discontinuidades entre os mesmos e refletir o conceito do *continuum*, buscando compreender o rural e o urbano como partes de uma mesma estrutura. Contudo, como aponta Sposito (2010), admitir esse *continuum* não pressupõe o desaparecimento da cidade e do campo enquanto “unidades espaciais distintas”, mas o reconhecimento de zonas de transição entre esses espaços.

¹ O *continuum* rural-urbano significa que não existem diferenças fundamentais nos modos de vida, na organização social e na cultura, determinados por sua vinculação social." (ABRAMOVAY, 2000, p. 16)

A ampla influência do meio social sobre a população rural e urbana altera tanto na estrutura quanto em dinâmica e funcionalidade. Na cidade, observa-se o grande número de pessoas em grupos complexos e multifacetados ao passo que o espaço rural possui hábitos e estilos de vida diferentes, porém a diversidade de contrastes sociais e culturais é menor, apresentando muitas vezes um único grupo religioso, profissional, educativo e linguístico (ZILLMER *et al.*, 2009).

Contudo, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento dos diferentes espaços sociais e as especificidades de cada um deles para o planejamento de ações de saúde que se conectem com as necessidades de saúde da população. Quando se trata de territórios rurais, planejar as ações de saúde às pessoas com câncer torna-se um convite para avaliar o contexto territorial em que elas vivem.

4.0 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para a proposta desta pesquisa, entende-se que a abordagem qualitativa promove melhor compreensão acerca do objeto de estudo à medida que aproxima o pesquisador da realidade explorada. Para tanto, desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório e descritivo. Esta metodologia aborda o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos. A abordagem qualitativa permite ainda a elaboração de enfoques inovadores, análise e desenvolvimento de novas conceituações (MINAYO, 2014).

A utilização desta também se aplica em “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (MINAYO, 2014). Turato (2013) complementa que a abordagem qualitativa caracteriza-se por buscar compreender as experiências humanas vividas pelos participantes, o que é possível a partir da descrição da experiência, tal qual ela é definida pelos mesmos.

A pesquisa exploratória, em sua essência, busca uma maior familiaridade com o objeto do estudo, visando o esclarecimento ou a constituição de hipóteses (GIL, 2022). Segundo o mesmo autor, no que diz respeito à pesquisa do tipo descritiva, esta tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou

fenômeno, ou ainda, visa estabelecer relações entre variáveis.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Para este estudo, optou-se por trabalhar com os municípios da 15ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRS), conforme ilustrado na Figura 1. Esta decisão metodológica cumpre o papel de viabilizar um recorte viável de municípios para compor a proposta qualitativa da pesquisa e também por contemplar a região em que a universidade está inserida.

Figura 1 - Municípios integrantes da 15ª CRS.



Fonte: <https://saude.rs.gov.br/15-crs-palmeira-das-missoes>

Entre os 26 municípios da 15ª CRS, foram selecionados para este estudo os 24 municípios classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como rurais adjacentes, apresentados na Tabela 1.

Segundo a classificação do IBGE (2017) definiu-se cinco tipos de municípios:

urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. O critério utilizado para determinar a tipologia dos municípios é a densidade demográfica, acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação à rede urbana. Deste modo, consideram-se municípios rurais adjacentes àqueles que estão a uma distância próxima de centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços e são unidades populacionais que possuem entre 3.000 e 10.000 habitantes em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 75% (IBGE, 2017).

Vale ressaltar que todos os municípios da Figura 1 são considerados rurais adjacentes, exceto o município de Sarandi e Palmeira das Missões, visto que os mesmos apresentam uma população que excede 10.000 habitantes, assim, esses foram excluídos da amostra. Dos 26 municípios, 18 deles possuem uma população com menos de cinco mil habitantes. Outra característica da região é o PIB per capita que varia entre R\$ 25.000 a R\$ 29.999, inferior ao PIB per capita gaúcho, que é de R\$ 51.701. A economia tem predomínio na produção de grãos e agricultura familiar (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

A diferente caracterização do território rural brasileiro reforça a urgência de estudos que abarquem essa diversidade de ruralidades. A questão da ruralidade e sua dinâmica com espaço urbano vão além de parâmetros, por isso, estudos locais e regionais devem ser desenvolvidos para poder interpretar e propor estratégias para o planejamento e organização do espaço, bem como compreender as relações socioculturais presentes no território, que não são observadas nessa classificação do IBGE (2017).

As pessoas com câncer não realizam tratamento oncológico nos municípios alvo do estudo, havendo a necessidade de deslocamento ao serviço especializado em outro município, localizado distante geograficamente, o que justifica o interesse em conhecer, com mais profundidade, a experiência dos profissionais enfermeiros e de pessoas com câncer que vivem no contexto rural. Portanto, este estudo configura-se como alicerce para auxiliar no planejamento das equipes de saúde dessa região, para a proposição e implementação de ações de saúde a essa população.

Na Tabela 1, além da apresentação dos municípios rurais adjacentes, também é apresentado o número de ESF credenciadas pelo Ministério da Saúde, a população cadastrada em cada município de acordo com o IBGE (2022) e o número de enfermeiros de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

consultado no ano de 2022.

Tabela 1 - Dados referentes aos municípios rurais adjacentes da 15ª CRS

Município	Nº de ESF Credenciadas MS	População IBGE (2022)	Nº de ENF CNE (2022)
Barra Funda	1	2.498	3
Boa Vista das Missões	1	1.933	3
Braga	2	3.266	4
Cerro Grande	1	2.379	3
Chapada	4	9.540	7
Constantina	3	10.385	3
Coronel Bicaco	4	6.144	7
Dois Irmãos das Missões	1	2.090	3
Engenho Velho	1	1.296	2
Gramado dos Loureiros	1	2.014	2
Jaboticaba	2	3.779	4
Lajeado do Bugre	1	2.601	3
Miraguaí	2	4.427	2
Nova Boa Vista	1	2.042	3
Novo Barreiro	1	4.272	7
Novo Xingu	1	1.646	4
Redentora	4	9.738	4
Ronda Alta	3	9.777	8
Rondinha	2	4.991	4
Sagrada Família	1	2.480	5
São José das Missões	1	2.362	1
São Pedro das Missões	1	1.757	3
Três Palmeiras	2	4.716	2
Trindade do Sul	3	7.556	3

Fonte: elaborado pela autora.

Primeiramente, realizou-se um sorteio por meio de uma tabela de números

aleatórios, incluindo os 24 municípios rurais adjacentes e selecionou-se a ordem cronológica dos municípios para constituir o campo da pesquisa. Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de cada município, apresentando o projeto aos respectivos secretários de saúde e, na oportunidade, solicitou o contato telefônico e/ou e-mail dos enfermeiros. Após essa etapa, a pesquisadora realizou contato com os enfermeiros que trabalham nas respectivas unidades de saúde e estendeu o convite para participação voluntária na pesquisa.

No entanto, dos 24 municípios² selecionados, 11 deles compuseram o cenário do estudo, sendo eles: Barra Funda, Chapada, Dois Irmãos das Missões, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguá, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Ronda Alta, Sagrada Família e Três Palmeiras.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família que atuam nos municípios selecionados e pessoas com câncer que residem no meio rural e possuem vínculo com o serviço de saúde de atuação destes enfermeiros.

No segmento de enfermeiros, estabeleceu-se como critério de inclusão: estar atuando na equipe de saúde no período da coleta de dados e atender a população rural em seu território de atuação. Como critérios de exclusão: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza (gestante, doença, férias), no período estabelecido para a geração de dados.

Para o segmento de pessoas com câncer, utilizou-se como critério de inclusão: possuir um diagnóstico de câncer, bem como o conhecimento do mesmo, possuir idade igual ou maior que 18 anos, residir em área rural, ter vínculo com o serviço de saúde e consentir que o processo de coleta de dados ocorra no seu domicílio. Como critério de exclusão elencou-se pessoas que não apresentem condições cognitivas (inconsciência, dificuldade de compreensão e verbalização oral, falta de lucidez ou desorientação alo psíquica) e/ou clínicas (presença de dor, náuseas, vômito ou outros desconfortos) para participar da entrevista e pessoas que não tem conhecimento

² Não foram incluídos nesse estudo os serviços de saúde da área indígena dos municípios de Miraguá, Ronda Alta e Três Palmeiras.

sobre o seu diagnóstico de câncer.

Deu-se um total de 28 participantes, sendo 18 enfermeiros e dez pessoas com câncer. Na categoria dos enfermeiros, quatro atuam em unidades de saúde localizadas no território rural e 14 em unidades de saúde localizadas na área urbana com abrangência do território rural. Cabe destacar que todos os enfermeiros participantes do estudo atuavam, no momento da coleta de dados, com a população do território rural. Isso se justifica porque, dos 11 municípios selecionados para este estudo, nove deles possuem uma população com menos de 5.000 habitantes - a maioria dos municípios dispõe de apenas uma unidade de saúde localizada na área urbana do município.

Quanto à escolha das pessoas com câncer, deu-se por intermédio dos enfermeiros que aceitaram participar do estudo nos municípios em que a coleta de dados se deu no formato presencial. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os enfermeiros estabeleceram os dez participantes sendo cinco de cada município e organizaram agendamento prévio das visitas domiciliares.

Assim, a coleta dos dados obedeceu ao critério de saturação temática, conforme Minayo (2017) o término da inclusão de novos participantes se dá no momento em que se encontra a lógica interna do objeto de estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se no segundo semestre de 2023, a partir da entrevista semiestruturada, que consiste em uma combinação de perguntas abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se limitar ao questionamento enunciado (MINAYO, 2014).

Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), o qual foi dividido em dois segmentos: o primeiro direcionado aos profissionais enfermeiros contendo perguntas abertas quanto às experiências relacionadas ao cuidado à pessoa com câncer; o segundo direcionado às pessoas com câncer que pertencem às unidades de saúde dos enfermeiros entrevistados e que residem no meio rural, abordando perguntas abertas sobre suas experiências a partir do diagnóstico de câncer.

No que se refere à entrevista semiestruturada, os enfermeiros participantes foram identificados por meio do código "ENF" seguido de número cardinal sequencial,

de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas (por exemplo, “ENF1”, “ENF2”...). Da mesma forma as pessoas com câncer foram identificadas pelo código “C” seguido de número cardial sequencial (por exemplo, “C1”, “C2”...). Para manter sigilo dos municípios envolvidos, acrescentou-se a letra “M” como código corresponde ao município (por exemplo, “M1”, “M2”...).

Quanto às 18 entrevistas aplicadas aos enfermeiros, cinco foram realizadas de forma presencial na unidade de saúde e 13 de forma remota por meio da plataforma de videoconferências do *Google Meet*®, considerando o interesse de cada participante e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo todas as entrevistas realizadas em turno de trabalho dos participantes.

Já as entrevistas realizadas às pessoas com câncer, totalizaram dez pessoas entrevistadas em dois diferentes municípios, todas aconteceram de forma presencial em seus respectivos domicílios. O enfermeiro organizou, em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o agendamento prévio das entrevistas e, na ocasião, o ACS responsável pelo território da pessoa com câncer a ser entrevistada, acompanhou a pesquisadora até os respectivos domicílios.

Para melhor visualização, a Tabela 2 apresenta, de acordo com a ordem cronológica da coleta de dados, os municípios que compõem o estudo (identificado com o código correspondente); o número de enfermeiros entrevistados, número de pessoas com câncer entrevistadas e o formato da entrevista em cada município. É importante lembrar que a coleta de dados das pessoas com câncer ocorreram em dois municípios (M10 e M11) dispostos na tabela respeitando a ordem cronológica.

Para o deslocamento até as unidades de saúde dos municípios, bem como para o domicílio das pessoas com câncer, a pesquisadora utilizou veículo próprio, e a mesma custeou todos os gastos pertinentes à efetivação da coleta de dados. Como destacado anteriormente, como as entrevistas às pessoas com câncer haviam sido agendadas previamente pelos enfermeiros de cada município, todos os participantes encontraram-se em seus respectivos domicílios no momento da coleta de dados, não havendo a necessidade de retornar em outro momento.

A opção por realizar a coleta de dados no domicílio das pessoas com câncer permitiu uma maior aproximação com o território, o ambiente, a cultura, alguns hábitos, interações sociais, família e redes de apoio, sendo possível a visualização de potencialidades e/ou dificuldades para a efetivação do cuidado.

Tabela 2 – Municípios cenários do estudo e dados das entrevistas

Município	Nº ENF entrevistados	Nª de Pessoas com câncer entrevistadas	Formato da entrevista
M1	2	0	Remoto
M2	1	0	Remoto
M3	1	0	Remoto
M4	2	0	Remoto
M5	1	0	Remoto
M6	1	0	Remoto
M7	2	0	Remoto
M8	2	0	Remoto
M9	1	0	Remoto
M10	3	5	Presencial
M11	2	5	Presencial
TOTAL	18	10	-

Fonte: elaborado pela autora.

O vínculo entre os ACS e a população do seu território refletiu na acolhida e confiança, a qual me foi depositada pelas pessoas entrevistadas no momento da visita, o qual merece importante destaque nesse cenário, visto que o ACS é um potente mediador do cuidado e, em sua maioria, reside e compartilha o território da população de sua área de abrangência. Quanto aos desafios que a autora visualizou durante essa experiência, a distância geográfica, precariedade na condição das estradas e possíveis riscos com a exposição a animais seriam os mais relevantes.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura no TCLE pelo participante, o qual, após ser lido na íntegra, foi assinado pelo participante em duas vias, sendo que uma destas ficou em posse do participante e a outra sob a responsabilidade da pesquisadora. Ainda, foram realizadas de forma individual em locais que garantissem a privacidade do participante, sendo audiogravadas com dispositivo eletrônico de gravação de áudio, com duração variável conforme as circunstâncias e explanação do participante, sendo em média, duração de 45 minutos.

Posteriormente, realizou-se a transcrição na íntegra, tendo como finalidade registrar a fala dos sujeitos participantes, assegurando material autêntico para a

análise. Para Minayo (2014), o registro fidedigno, das entrevistas e outras modalidades de coleta de dados cuja matéria prima é a fala, torna-se crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou coletividade estudada.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para apreciação dos dados obtidos utilizou-se a Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo. Esta corresponde a um conjunto de técnicas de pesquisa e procedimentos especializados e científicos que permitem inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados (MINAYO, 2014). Esta análise encontra-se operacionalmente dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A primeira etapa, que é a pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem analisados, retomando as hipóteses e os objetivos da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado. Para isso, primeiramente, foi realizada a transcrição dos dados obtidos e posteriormente realizou-se a leitura flutuante por meio do contato direto e intenso com o material coletado. A Constituição do Corpus exigiu uma sequência de leitura exaustiva para que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro, contendo as características essenciais que respondam aos objetivos do estudo (MINAYO, 2014).

Na segunda etapa, que é a exploração do material, realizou-se o recorte de informações comuns encontradas no material transcrito os quais foram codificados e enumerados os núcleos de sentido, que se referem a palavras, frases e expressões que dão significado ao conteúdo do material e sustentam as categorias analíticas, responsáveis pela especificação do tema (MINAYO, 2014).

A terceira etapa da análise temática, que é o tratamento dos resultados, a autora realizou interpretações, relacionando-as com a teoria do material (MINAYO, 2014).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. Desse modo,

observou-se rigorosamente o que consta na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi registrado na Plataforma Brasil e concomitantemente encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM.

Desta forma, a pesquisa teve aprovação do CEP (ANEXO A) sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 66397722.6.0000.5346, parecer 5.885.356. Após tais trâmites e parecer favorável do referido CEP, foi iniciada a etapa de campo, sendo considerados e seguidos os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A participação no estudo foi totalmente voluntária e o participante não teve ônus financeiro ou de qualquer outra espécie. As informações coletadas serão mantidas em sigilo, a quais destinam-se à construção do conhecimento científico e poderão ser divulgadas em eventos ou publicações sem a identificação dos participantes. Além disso, o termo de confidencialidade (APÊNDICE B) resguardará o sigilo e a privacidade dos participantes do estudo durante todas as fases da pesquisa.

O instrumento de pesquisa por meio de entrevista semiestruturada com perguntas abertas, foi elaborado de forma a respeitar os aspectos éticos e garantir o sigilo e privacidade dos participantes, os quais foram identificados por meio de códigos.

Após esclarecimentos e obtenção do aceite, a todos os participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) assinado em duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora. Nas coletas realizadas em ambiente virtual, a obtenção da assinatura do consentimento de participação deu-se pelo envio do mesmo via e-mail.

Diante disso, os materiais oriundos da geração de dados constituirão um banco de dados que será arquivado em formato digital e impresso, e mantido sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa professora Doutora Isabel Cristina dos Santos Colomé em armário chaveado por um período de cinco anos. Após este período, serão destruídos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos depoimentos dos participantes foi organizada em duas

categorias temáticas, sendo a primeira “A vida como ela é: experiências de pessoas com câncer no contexto rural”, com as subcategorias: “O trabalho antes do adoecimento”, “O impacto do diagnóstico”, “A importância da família, espiritualidade e rede de apoio” e “Aspectos positivos e dificultadores de viver no contexto rural”. A segunda categoria temática é “Experiências de enfermeiros que atuam na APS no cuidado às pessoas com câncer no contexto rural” com as subcategorias: “Estratégias de prevenção de doenças e agravos: abordagens clínicas e tradicionais”; “Acompanhamento de saúde: do diagnóstico ao tratamento”, “Aspectos facilitadores e limitadores para o cuidado da pessoa com câncer no contexto rural”.

5.1 A VIDA COMO ELA É: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL

Essa categoria abrange as vivências das pessoas com câncer que vivem no contexto rural, desde antes do adoecimento, momento da descoberta do diagnóstico, até o processo de tratamento e os desafios que enfrentam por viverem o câncer no contexto rural.

5.1.1 O trabalho antes do adoecimento

Nesse núcleo de sentido, as experiências dos participantes destacam a forma de viver e trabalhar antes das pessoas com câncer adoecerem, sendo possível identificar que o trabalho no meio rural era predominantemente braçal, com exposição a fatores de risco ao adoecimento, plantio de alimentos para o próprio consumo e criação de animais. Também houve relatos do trabalho doméstico remunerado e o comércio, os quais não ganharam destaque, sendo mencionados apenas uma vez.

Eu trabalhava na roça como pequeno agricultor [...] e confesso que eu fui feito mesmo para trabalhar na roça. Sabe por quê? Porque quando eu era pequeno nós não tínhamos opção de estudar, então a gente já aprendia com o pai e a mãe e já ia assumindo, eu fiquei órfão do pai com 17 anos e a minha mãe viúva (lágrimas) eu sou o filho mais velho (lágrimas) [...]. (C2, M10)

Na lavoura, na agricultura, nós plantávamos de tudo, plantava mandiocal, era eu que limpava, meu marido lavrava, envergava e eu plantava e saía trabalhar fora para pagar luz e água porque ali eu não era aposentada ainda, daí eu limpava mandiocal [...]. (C4, M10)

[...] plantava batatal, plantava amendoim, tudo que era de comer nós plantava, criava galinha, criava porco né, porco ainda tem uns aqui no fundo para comer, mas a gente foi levando [...]. (C4, M10)

Carpir, lavrar, roçar, derrubar mato, partir lenha, trilhar, eu fazia de tudo, trabalhei até me aposentar [...]. (C6, M11)

[...] arrancar toco, limpar pedra e de tudo um pouco, pra fazer as terras pra máquina hoje... plantar arvoredo, plantar árvore, destocar as terras, limpar pedra, levar carga de produto pra Palmeira, trilhar, a mulher e as filhas me ajudaram muito, foram uns heróis, porque me ajudaram, porque compramos a terra era assim, de pedra e toco, hoje em dia é de máquina, mas nós sofremos e nós não tínhamos muito recurso, porque um ano que deu pedra, moeu as plantas [...]. (C9, M11)

Tendo em vista a forma de viver e trabalhar nos espaços rurais, as ações de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros às pessoas com câncer nestas comunidades devem compreender o estabelecimento da relação entre o adoecer e o morrer com o estilo de vida, o tipo de trabalho, influenciados diretamente por fatores culturais e a busca por alternativas adequadas para que as pessoas compreendam os fatores que podem levar ao adoecimento à longo prazo.

5.1.2 O impacto do diagnóstico

Os discursos construídos através das vivências possibilitam compreender que receber um diagnóstico de câncer remete à percepção de uma situação difícil impregnada pelo paradigma da morte, gerando mudanças na forma de levar a vida. Percebe-se que a aceitação da doença, o susto do diagnóstico, as incertezas do tratamento e a associação do câncer com a morte foram os efeitos mais prevalentes ao diagnóstico, o que pode justificar o estigma social e cultural.

[...] tem que ter muita fé em Deus, Deus em primeiro lugar foi o que me curou [...] é bem difícil, foi um susto para mim [...]. (C3, M10)

[...] no momento que eu recebi essa notícia eu fiquei triste, mas depois a gente foi vendo que não era uma coisa fácil, que teria que enfrentar todas as quimioterapias, é difícil. A primeira ideia que vem assim, é câncer! Vou morrer! Mas depois eu comecei a pensar não, mas não é isso, tem cura, tem o tratamento né, e não me deixei abalar pelos medos né, pra não dar depressão, me agarrei muito com a minha fé. (C10, M11)

[...] no primeiro dia fiquei apavorada, muito nervosa, pensei meu Deus, porque como eu recebi ali [...] de uma hora pra outra, uma coisa assim [...] vai saber se ele estava só ali, porque não se sabe como ele é agressivo, poderia estar em outra parte do meu corpo. Mas daí depois que eu fiz os exames vi que estava só ali, que daí eu fiz de pulmão, fiz de tudo né, daí vi que estava só ali me tranquilizei, aí o médico conversou bastante comigo, me explicou que a chance de cura era grande, daí eu coloquei na cabeça que eu precisava estar bem, fazer aquele tratamento pra mim vencer né, e daí eu enfrentei, bem tranquilo o tratamento. Mas claro, bem cansativo, porque eu ia e voltava, fiz 25 raios, fiz 5 quimios e fiz 4 braquiterapias que é localizada, foi bem

completo meu tratamento, daí foi cansativo, as viagens, tudo, mas eu consegui fazer o tratamento. (C7, M11)

As pessoas adoecidas por câncer tornam-se mais vulneráveis e sensíveis, necessitam de atenção, compreensão e paciência. Com isso, há uma evidente possibilidade de aproximação do enfermeiro com a pessoa adoecida, pois estas procuram, em geral, nos momentos difíceis e de agravos à saúde, cabendo aqui, um importante e necessário espaço para a criação de vínculo que auxilia no processo de cuidado do enfermeiro às pessoas com câncer.

5.1.3 A importância da família, espiritualidade e rede de apoio

Os dados sinalizam que a presença da família, espiritualidade e rede de apoio destacam-se como fatores que auxiliaram grandemente no enfrentamento da experiência vivida, potencializando os tratamentos exigidos pelo adoecimento por câncer.

Primeiro lugar a família, em segundo a minha comunidade, foi a segunda família. A igreja, meu Deus, para mim eu tinha que ir à igreja todo dia [...]. (C3, M10)

[...] eu recebi ajuda da minha família, apoio, tiveram junto, nunca me deixaram sozinha, nenhuma vez. Tive apoio da unidade básica de saúde, que nem carro, tudo que eu precisei, procurei, fui sempre bem atendida [...]. (C7, M11)

[...] no dia da minha cirurgia as catequistas foram lá na igreja com as crianças rezar por mim [...] foi muita reza [...] e sabe que reza dos outros é muito bom para a gente, comunidade inteira rezaram por mim, então tudo me ajudou a reerguer [...]. (C3, M10)

[...] começar por minha esposa, que sempre me apoiou e quase todos os familiares, vizinhança e nós temos muito parentes [...] a gente não está sozinho. (C2, M10)

[...] aqui na nossa casa era direto fazendo oração, é tudo pela religião né, porque eles diziam que com a oração Deus ia ajudar eu vencer a batalha, eu fiz uma promessa que se eu pudesse melhorar, sair daquela cama, que eu pudesse tomar um banho sozinha, porque eles tinham que me carregar né, pro banheiro e tudo, não podia nem caminhar, e daí, eu disse que se eu melhorasse para poder ajudar as crianças e poder caminhar e poder tomar banho sozinha eu fazia um almocinho para as pessoas que mais me ajudaram naquele momento, das horas difíceis [...] então eu acho que foi um milagre de Deus e a ajuda da medicina [...]. (C4, M10)

É possível constatar que a experiência, mesmo que árdua, também remete aceitar o processo e se permitir viver compartilhar a vida com pessoas que também buscam a cura do câncer. A Associação de Apoio de Pessoas com Câncer

(AAPECAN) é uma rede de apoio que foi mencionada como experiência positiva nesse processo.

[...] eu sempre ponho nas mãos de Deus e vamos à luta [...] a gente toma um choque né? Mas a vida é pra frente, e graças a Deus fizemos 39 sessões de radioterapia, fiquei morando lá na cidade de Ijuí praticamente dois meses, eram cinco vezes por semana, era sábado e domingo né, e segunda de madrugada já voltava pra lá [...] essa foi a experiência difícil né, mas se for por isso também tive um ganho porque lá eu fiquei na AAPECAN, na associação de repouso para as pessoas, também tem psicólogo, trabalhadores, os funcionários da casa são muito organizadas, e nós, um grupo de doentes que estavam hospedados lá, aquela convivência, todas aquelas experiências foi muito boa, muito enriquecedora, eu aprendi muita coisa. (C7, M11)

Contudo, evidencia-se que as pessoas com câncer perceberam o suporte de familiares e amigos, manifestos na forma de afeto, cuidado e carinho, como fonte de amparo e força para enfrentar o adoecimento, assim como o apoio encontrado na espiritualidade foi citado pela quase totalidade das pessoas com câncer. O suporte dos profissionais de saúde por meio das redes de apoio também ganha relevância para o enfrentamento do câncer e acompanhamento de saúde, que geralmente acontece desde o diagnóstico ao tratamento e reabilitação.

5.1.4 Aspectos positivos e dificuldades de viver no contexto rural

Nas experiências das pessoas com câncer, identificam-se aspectos positivos e dificultadores em viver no rural (Figura 2). As falas relacionadas aos aspectos positivos esboçam sentimentos de pertencimento àquele espaço; fortalecimento de laços familiares, sociais e culturais; relação com a natureza; tranquilidade e saúde mental.

Eu me sinto bem, nasci e criei aqui, e como eu falei a minha comunidade é a minha família, eles estão sempre de olho, todo mundo tá de olho se eu tô me cuidando [...]. (C1, M10)

Eu gosto daqui, pra mim eu moraria sempre no interior, eu gosto, é uma paz, eu gosto muito de lidar pra fora [...] acho no começo até agora não me deu depressão porque eu não sou de parar, eu vou pra fora, eu vou na horta, eu lido, vou lá tratar os bichos, galinhas, caminho, isso me ajuda muito e eu gosto, aqui é bom de morar, no interior é bom, gosto muito. (C10, M11)

Eu acho assim que aqui pra mim, no interior é bem tranquilo, é mais sossegado, eu acho assim, mais paz né, e também os cuidados a gente deve ter, fazer tudo certinho, como a doutora pede [...] porque se a gente não fizer o tratamento não dá certo [...] não adianta pular etapas. (C10, M11)

Alguns relatos também apontam sofrimento em residir no contexto rural, mais

precisamente as condições relacionadas ao trabalho atreladas às limitações decorrentes do próprio câncer.

[...] meu marido era doente há 40 anos, e eu tinha que enfrentar o sol, eu tinha que enfrentar a chuva, eu tinha que trabalhar pra ele, pra mim e meu filho que estudava, nós temos só um filho e daí nós queria dar estudo pra ele, daí eu enfrentava direto [...] eu trabalhava de noite e de dia, eu esperava ele chegar da faculdade e eu estava lavando roupa e fazendo pão [...]. (C6, M11)

[...] a gente acostumou né [...] o sol que a gente não pode enfrentar muito, só de manhã até as 10 horas, depois de tarde das 3 em diante né, antes não se pode trabalhar, eu tenho que trabalhar só em casa, mas nós alugamos as terras, daí um serviço a menos. (C8, M11)

[...] dificuldade é que eu não posso mais fazer as coisas na idade que eu tô, como era de primeira e por causa dos problemas do câncer eu tenho me cuidado do sol bravo [...]. (C9, M11)

Ao avaliar os depoimentos das pessoas com câncer quando questionadas ao acesso aos serviços de saúde, nota-se que a distância geográfica é a principal dificuldade relatada, sobretudo, conforme o depoimento dos enfermeiros a oferta do transporte é um fator positivo para minimizar essa dificuldade.

Sempre que eu vou lá pedir o carro as meninas me ajeitam, agendam e tudo. (C3, M10)

Pra mim era difícil pra vim, tão difícil não era porque tinha o transporte escolar, naquela época eles deixavam a gente vim junto né, agora eles não deixam, porque a gente pagava dois reais pra ir e dois pra voltar, daí a gente ia no posto né... quando precisava a gente ligava, vinham buscar a gente porque era longe pra vim, e quando eu estava boa vinha bem cedinho a pé, porque pra voltar sempre tinha carona de alguém que trabalhava, e conseguia carona pra ir pra casa. (C4, M10)

[...] a gente vinha com o ônibus, porque a gente não tinha carro, depois a gente comprou, e se precisasse na saúde eles vinham buscar [...]. (C6, M11)

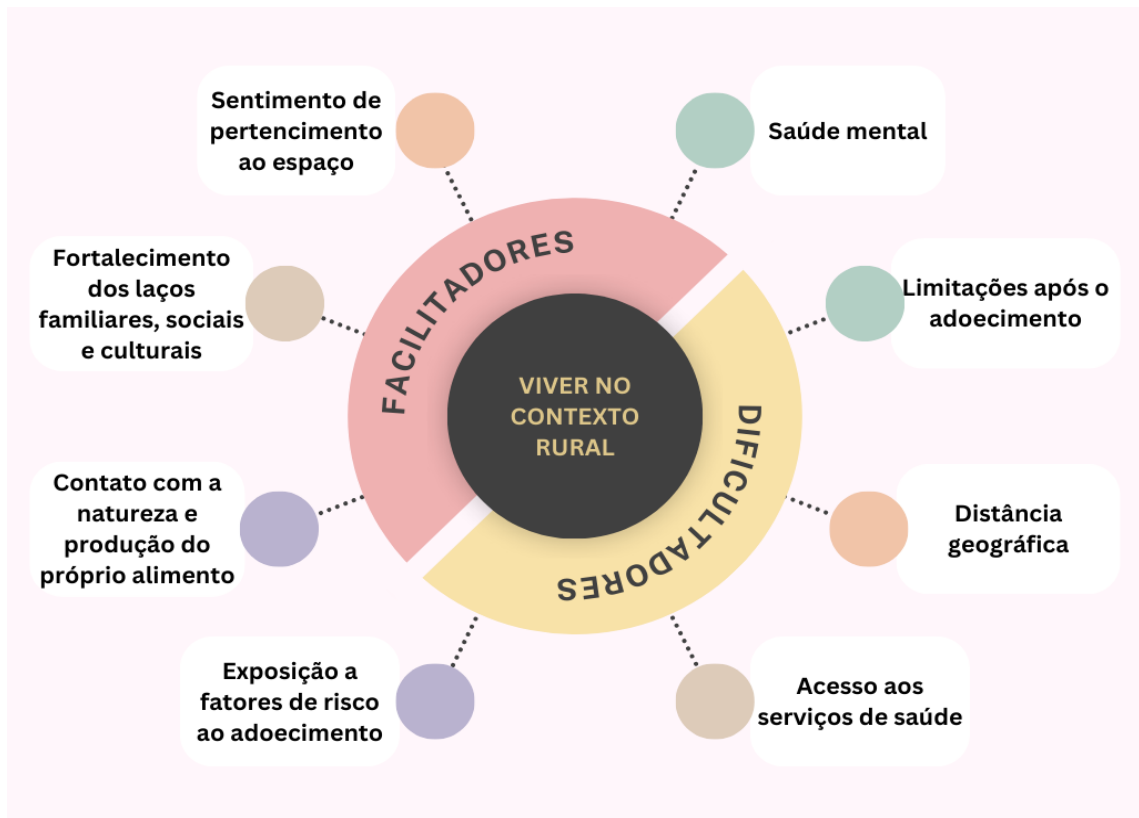
[...] eles vêm me buscar na casa quando precisa sair pra fora né, agora daqui eu vou com o micro né, ir daqui ali pra consultar, alguma coisa, daí eu vou de micro. (C9, M11)

No geral, a ESF é central e de fácil acesso à população rural. As dificuldades acentuam-se na população que localiza-se distante geograficamente da cidade, principalmente aquelas que não possuem nenhum tipo de transporte próprio a distância passa a ser um problema. Muitas pessoas precisam caminhar longas distâncias, até acessar o meio de transporte, em algumas localidades, há a possibilidade da utilização do transporte escolar, que diariamente busca as crianças e adolescentes que residem no meio rural para as escolas da rede pública dos

municípios.

Na Figura 2 abrange as experiências evidenciadas nesta subcategoria relacionadas aos aspectos positivos e dificultadores enfrentadas pelas pessoas com câncer que vivem no contexto rural.

Figura 2. Aspectos facilitadores e dificultadores experienciados pelas pessoas com câncer que vivem no contexto rural.



Fonte: elaborado pela autora.

Evidencia-se, portanto, que as experiências positivas em viver no contexto rural estão relacionadas ao sentimento de pertencimento ao espaço; fortalecimento dos laços familiares, sociais e culturais; contato com a natureza; produção do próprio alimento e benefícios à saúde mental. No entanto, as experiências negativas de viver no meio rural estão relacionadas às limitações após o adoecimento; distância geográfica; acesso aos serviços de saúde e exposição a fatores de risco ao adoecimento.

5.2 EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA APS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM CÂNCER NO CONTEXTO RURAL

Essa categoria temática apresenta a caracterização do cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam na ESF às pessoas com câncer no território rural, na perspectiva das ações de prevenção de doenças e agravos, do acompanhamento de saúde e dos desafios e facilidades para o cuidado às pessoas com câncer que vivem neste ambiente.

5.2.1 Estratégias de prevenção de doenças e agravos: abordagens clínicas e tradicionais

Essa subcategoria expressa que o cuidado realizado pelos enfermeiros em suas respectivas unidades de saúde abrange ações de prevenção ao câncer e promoção da saúde adotando o modelo campanhista com programação para cada mês do ano, as quais são realizadas em grupos como discorrem os depoimentos a seguir:

[...] a gente trabalha nos grupos, enfatizando a questão do câncer de próstata, do câncer de mama, útero, pulmão, de pele, da parte agrícola né [...]. (ENF1, M1)

[...] ação de prevenção e diagnóstico precoce, o principal é o que a gente bate para todos os pacientes, os homens a questão do câncer de próstata, o exame anual, sempre em alusão ao novembro azul, a gente faz uma campanha, uma ação, aqui buscando, digamos assim, mexer com as pessoas, com o público alvo, mesma coisa outubro rosa, câncer de colo de útero [...] essas ações que já são programadas, já estão no calendário de saúde. (ENF3, M2)

[...] cada mês durante o ano são feitos os grupos né, e nesses grupos são trabalhados temas como o câncer de colo retal, câncer de colo do útero, câncer de mama, então cada mês tem algum tema que se torna pertinente nesse grupo. (ENF12, M8)

As ações de saúde preventivas realizadas à população rural, nos seus territórios, se dão principalmente na forma de encontros de grupo, através de reuniões com palestras e orientações, indo ao encontro das pessoas no contexto onde vivem, o que foi destacado nos seguintes relatos:

[...] a gente fazia reuniões nas comunidades do interior e era desenvolvido esse tipo de prevenção, até porque é bastante extenso o nosso meio rural, é bem grande, então assim, tem muito mais pessoas de idade do que jovens, a gente procura sempre falar sobre isso, sobre câncer, principalmente porque a gente é uma região de descendentes europeus. Então tem bastante gente de pele branca, então a gente procura sempre falar sobre esses assuntos [...]. (ENF13, M9)

Paradoxalmente, embora os enfermeiros trabalhem com ações de saúde grupais, a quase totalidade das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, são de cunho clínico, ou seja, na resolução das demandas espontâneas dos problemas de saúde, o que reforça o relato a seguir:

[...] infelizmente a gente tá voltado mais para esse outro atendimento tipo clínico, ele vem ali, consulta, vai embora, a gente não tá no preventivo, no serviço voltado pra esse público, é muito pouca ação. Geralmente quando tem alguma campanha a gente faz [...]. (ENF17, M11)

Também tomou pauta a questão da medicina preventiva e curativa, sendo evidente que, embora realizadas ações de saúde preventivas, o cuidado em saúde está voltado, principalmente, para a medicina curativa. Os depoimentos a seguir empoderam responsabilidade de saúde, chamando a atenção para a importância do trabalho preventivo na área da saúde, porém evidencia-se que o mesmo é desmotivado devido à grande demanda da assistência clínica na unidade de saúde.

[...] o que é uma das grandes preocupações de todos os profissionais né, que ainda, muitos, principalmente em área médica, enfermeiros que fazem muitas residências também, pensam mais na medicina curativa e hoje na modernidade nós precisamos de uma medicina preventiva, nós não vamos querer que o povo adoença, nós temos que prevenir pra diminuir o índice de morbidade e mortalidade. Isso nós precisamos aprimorar mais [...]. (ENF17, M11)

[...] a equipe deveria sair mais de dentro do posto e ir ao encontro dessa população, mas a demanda é grande então fica difícil estar realizando atividades assim, extra unidade básica. Enfim que a gente pudesse estar atendendo paciente oncológico no próprio território dele, fazendo mais visita domiciliar, isso é uma coisa que a gente poderia, deveria ser pensado, mas devido a grande demanda que procura assistência no posto de saúde, principalmente os idosos, esse trabalho contrário, sair em busca, não deixar de ficar com as portas abertas esperando que eles venham [...]. (ENF3, M2)

Percebe-se, portanto, que o cuidado realizado pelos enfermeiros pode ser caracterizado por uma abordagem focada nas campanhas alusivas ao calendário nacional, com tendência à clínica curativa, fragilmente descrita de maneira mais abrangente e relacionada às questões de promoção de uma vida saudável.

5.2.2 Acompanhamento de saúde: do diagnóstico ao tratamento

Os enfermeiros relatam que, diante do diagnóstico e tratamento do câncer das pessoas que vivem no contexto rural, os mesmos prestam um cuidado centrado nas

necessidades de saúde da pessoa e sua família, com base no acolhimento, apoio/suporte, vínculo, empatia, atuando como facilitadores durante esse processo.

De acordo com a fala a seguir, nota-se que o vínculo entre pacientes e profissionais estabelece-se através de orientações durante todo o caminho percorrido pelo paciente desde o diagnóstico até o tratamento no serviço especializado, norteando um cuidado baseado na empatia quando o enfermeiro reconhece as necessidades de saúde do paciente e a sua rede de apoio. Os profissionais têm clareza de que continuam tendo responsabilidade pelos pacientes, independente dos níveis de atenção que necessitem utilizar, e os esclarecem que continuem com o vínculo para o cuidado na unidade de saúde, diante de qualquer demanda ou intercorrência.

[...] porque muitas vezes é pacientes idosos que não tem familiares mais jovens morando perto, são só eles mesmos, então a gente tem que dar uma atenção a mais, tipo até orientar como chega lá, o que tu vai conversar com o médico, e depois o seguimento se dá a partir da primeira consulta onde ele já recebe lá, a gente chama de carteirinha, onde está o controle de consultas e procedimentos que é feito lá no hospital [...] a partir daí a gente faz esse meio campo entre a instituição lá e o acompanhamento deles aqui a nível de Unidade Básica de Saúde. A partir desse momento eu sempre explico eles vão ser pacientes lá e continua sendo nosso aqui, se não eles criam uma separação onde o problema do câncer dele vai ser resolvido só lá, a gente explica que não, que se tiver alguma intercorrência, por exemplo se iniciou tratamento com quimioterapia pode ser que sintam reações adversas mais tardias, tem que procurar a gente aqui [...]. (ENF3, M2)

Em contrapartida, o relato do enfermeiro a seguir reforça a falta de vínculo da pessoa com câncer ao serviço de saúde em nível da APS, sinalizando que o mesmo só acontece quando o usuário busca pelo serviço em caso de sintomas relacionados às reações adversas oriundas tratamento.

[...] na verdade nem sempre são atendidas na nossa ESF, porque elas já vêm somente quando tem alguma reação adversa da quimio ou da radio. Então na verdade é dado mais um suporte com alguma medicação nas reações. (ENF1, M1)

A preocupação do enfermeiro quanto ao entendimento do paciente e familiar sobre o seu tratamento é destacada na fala a seguir, importando-se com o que é absorvido nas orientações repassadas, tendo em vista que o cuidado também é desempenhado nas conversas informais, no acolhimento e na visualização do indivíduo na sua integralidade.

[...] eu até acredito que lá na nossa referência eles são orientados, só que o paciente e o familiar que acompanha vai muito ansioso, vai muito nervoso, acaba não compreendendo, não tem compreensão do que é a doença e o cuidado em casa. Essa parte que eu acho bem importante a gente faz aqui, a gente mais ou menos sabe como funciona, já teve experiência de outros pacientes, mas eles vem lá da primeira consulta, primeira química bem sem informação e eu acredito que não seja porque eles não dão informação lá, é porque o paciente e o familiar não tem entendimento, não tem compreensão, às vezes até por déficit intelectual alguma coisa de entendimento mais técnico ou pelo próprio medo. Eu acho que o medo também prejudica muito isso, e a gente acaba fazendo esse cuidado da ponta que também é importante. (ENF2, M1)

Em relação à contrarreferência do serviço especializado para o serviço de atenção primária, destaca-se uma importante desestruturação e desarticulação da rede na transição do cuidado, o que pode gerar uma descontinuidade do cuidado impactando no processo do tratamento.

[...] a gente encaminha via GERCON né, a gente utiliza dessa rede, desse sistema, o paciente é colocado no GERCON como prioridade conforme o diagnóstico e é marcada a consulta e de lá a gente não tem mais um retorno [...]. (ENF2, M1)

A quase totalidades dos enfermeiros participantes do estudo retratam a desarticulação que ocorre entre a rede especializada com a APS. Os enfermeiros recebem informações sobre o estado de saúde e cuidado do paciente quando o próprio paciente ou familiar vai até a unidade de saúde ou quando o enfermeiro entra em contato com o serviço especializado buscando por informações. Os depoimentos a seguir retratam lacunas nesse processo de transição do cuidado, o que, conseqüentemente, pode prejudicar o processo de cuidado na APS.

[...] infelizmente não. Essa é uma grande lacuna, eu já conversei com várias pessoas, vários profissionais que existem, e inexistente essa contrarreferência, porque muitas vezes a gente quer saber o que o paciente fez, o que está acontecendo e a gente vai conversando com o paciente e muitas vezes eles não sabem nos falar bem certinho, não sabe usar os termos adequados. A gente vai meio que investigando, conversando com outro familiar e tudo mais pra ver o que realmente aconteceu, que tipo de procedimento estão fazendo e tudo mais. Então se houvesse uma contrarreferência com certeza isso faria com que a qualidade do cuidado melhorasse muito. (ENF11, M8)

Essa é a parte mais faltosa na área do serviço [...] pouca coisa vem de contrarreferência para nós. Então existem situações em que a gente tem que entrar em contato com a enfermagem do serviço pra ver o que está em prontuário, porque as vezes é uma comunidade do interior, às vezes a questão da instrução [...] eles não sabem relatar e as vezes não vem descrito a sequência, a gente tem que entrar em contato com o serviço, acho que esse é o ponto mais dificultoso nisso tudo. (ENF6, M4)

A importância da humanização no processo de cuidado às pessoas com câncer

destaca-se no depoimento a seguir, evidenciando que a mesma se compõe no diálogo e na escuta ativa ao que lhe é apresentado.

Eu acho que o importante de tudo pra lidar com essas pessoas é humanização, porque às vezes para eles tudo é novo, e só de ouvirem falar a palavra câncer para eles abala muito, então tem que estar bem humanizado, tem que conversar, tem que ouvir [...]. (ENF7, M5)

A visita domiciliar foi mencionada por todos os enfermeiros em suas experiências com o contexto rural. Neste espaço, a consolidação de relações de vínculo e confiança entre os profissionais de saúde e as pessoas com câncer tende a se potencializar.

[...] a gente tem as visitas, a princípio é conforme a necessidade, se caso a gente vê que tem necessidade de mais visitas primeiro a gente faz a cada 15 dias conforme a necessidade, primeiro e segundo mês conforme a necessidade que eles têm, ou talvez a gente combina com eles para fazerem uma consulta aqui, um acompanhamento aqui. (ENF7, M5)

[...] esse cuidado nosso consiste em visitas domiciliares pra saber como o paciente está, essa busca desse paciente para a unidade, porque muitas vezes eles ficam bastante enfraquecidos e a gente acaba trazendo eles para a unidade para fazer soro, fazer uma medicação para dor [...]. (ENF2, M1)

Os enfermeiros percebem a figura do ACS como um importante mediador do cuidado, visto que os mesmos estão inseridos no território, aspecto que possibilita visualizar de forma mais próxima às necessidades relacionadas à saúde, conforme se evidencia nas falas a seguir:

[...] a gente tem os agentes de saúde que são nossos olhares no meio rural, a gente começa fazendo uma avaliação, mas o maior contato são com nossos agentes de saúde porque são eles que passam as informações direto pro paciente [...]. (ENF17, M11)

[...] eu tenho bastante interação com os agentes de saúde, eles estão mais a frente, como eles fazem a visita cada mês, dois meses, eles fazem a visita nesses pacientes, então assim, eu peço para eles terem uma atenção a mais né [...] como eu tenho eles a gente tem uma conversa assim, todas essas informações eles repassam. (ENF5, M4)

Resgatando os depoimentos anteriores e complementando com os depoimentos a seguir, é possível constatar que o processo de cuidado aos pacientes oncológicos que residem no contexto rural molda-se de acordo com diversos elementos como o acolhimento, a humanização, a escuta ativa, as orientações, atenção às necessidades de saúde para a resolutividade das demandas

apresentadas, encaminhamento ao serviço especializado para efetivar o tratamento oncológico, visita domiciliar, oferta de transporte para o deslocamento, ações de saúde em grupo, atendimento clínico e procedimentos de enfermagem.

[...] se precisa a gente vai buscar na casa, questão de curativo domiciliar quando precisa, mas no mais é bem tranquilo deles virem para a unidade buscar atendimento. (ENF12, M8)

[...] às vezes varia um pouquinho conforme a necessidade de cada um, tem alguns que é necessário realizar até coleta de exames para acompanhamento ao domicílio, tem outros que já conseguem ir até as suas unidades, até a cidade para realizar essas coletas [...] tem a questão dos curativos, mas demais a gente vê conforme a necessidade de cada um. (ENF6, M4)

[...] então a gente vai até a casa, no domicílio, faz medicação endovenosa, tem caso, quando eles fazem procedimentos, então a gente faz os curativos [...]. (ENF10, M7)

[...] verificar os sinais, a gente olha medicamentos, se está tomando certo, questão de alimentação, se está se alimentando, peso, desde a diurese, como é que está, se está clara, escura, a gente olha tudo, até a questão das vitaminas, até com a questão do tratamento eles ficam mais debilitados, tem bastante queda de cabelo e a gente vai conversando, tentando ajudar do jeito que for. (ENF9, M7)

Os enfermeiros, em sua totalidade, sinalizam a inexistência de protocolos para mediar o cuidado às pessoas com câncer em contexto rural. Evidencia-se que o cuidado molda-se na satisfação das necessidades de cada paciente.

[...] a gente não tem um programa no meio rural que eu posso te falar que é uma coisa detalhada, esquemática, mas sempre que é necessário, a gente está prestando esses cuidados que forem surgindo, que forem demandados. (ENF11, M8)

De acordo com os depoimentos que seguem, é possível identificar que dois enfermeiros, em diferentes municípios, não compreendem o contexto rural como espaço social diferenciado do urbano, reproduzindo ações de saúde indiferentes às pessoas com câncer que residem em contexto rural.

[...] atendimento normal, como qualquer outro paciente. (ENF5, M4)

[...] entre os pacientes com câncer do meio rural e do meio urbano nós não temos, assim, muita diferença [...]. (ENF12, M8)

Embora questões como ausência de protocolos e fluxos de referência e contrarreferência mostrem-se descontínuos, dificultando o processo de cuidado, a humanização nas relações de cuidado deve ocorrer por meio de instrumentos como a

visita domiciliar e atendimento na unidade, instrumentos estes considerados mecanismos que contribuem com os processos de cuidado na ruralidade.

Como as relações entre as pessoas tornam-se muito próximas em municípios rurais, o enfermeiro passa a ser uma referência para o cuidado em saúde nesses territórios e o mesmo, por atuar no palco onde as estratégias de saúde são planejadas e executadas, torna-se protagonista do cuidado. Nessa perspectiva, a Figura 3 integra aspectos visualizados nesta categoria, os quais fortalecem o cuidado do enfermeiro que atua na APS às pessoas com câncer no território rural, sinalizando que o cuidado pode ser a principal e mais importante ferramenta de trabalho do enfermeiro que atua neste cenário.

Figura 3. Cuidado do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) às pessoas com câncer que vivem no contexto rural



Fonte: elaborado pela autora.

5.2.3 Aspectos facilitadores e limitadores para o cuidado da pessoa com câncer no contexto rural

O núcleo de sentido a seguir contextualiza aspectos facilitadores e limitadores do cuidado ofertado pelos enfermeiros às pessoas com câncer em contexto rural.

Com a territorialização, evidenciada nas falas a seguir, o enfermeiro aproxima-se das necessidades de saúde da população. Desse modo, a atenção à saúde nesses

territórios requer conhecer, valorizar e considerar as suas especificidades para melhor organização do seu processo de trabalho, pois, quando esta não reconhece as particularidades do território (modo de vida e produção), atua de modo a reproduzir o modelo urbano.

[...] quando a gente tem uma unidade no interior a nossa área de abrangência é menor e você acaba conhecendo a família por inteiro, não é só o paciente João, a gente sabe quem é o pai do João, sabe quem é o irmão, a gente consegue ter uma compreensão de quem é o outro familiar que já teve doenças relacionadas ao câncer, então a gente consegue alcançar a família toda [...] ter esse conhecimento de quem são nossos pacientes e do que eles adoecem. (ENF2, M1)

A vantagem eu acredito que você conseguir ir na casa dessas pessoas e você conseguir ver o contexto que elas moram, com quem que elas moram, as condições delas em casa, como elas ficam, quem cuida [...] a vantagem de quem mora no rural é que a gente consegue ver o contexto que essa pessoa mora. (ENF16, M11)

A vantagem é que a equipe é Estratégia de Saúde da Família, essa é uma das grandes vantagens que é uma estratégia boa, que a gente trabalha, então a gente tem uma equipe, um médico, um enfermeiro, e os agentes de saúde, essa é uma das facilidades que a gente tem. (ENF15, M10)

Facilita a gente ter transporte do município, que a gente vai, consegue ir até a casa, fazer as consultas domiciliar, as visitas. (ENF9, M7)

Os enfermeiros acreditam que viver no meio rural remete a uma vida mais tranquila que o meio urbano, possibilitando a conexão com a natureza, que pode trazer benefícios à saúde mental, produção do próprio alimento de uma forma mais orgânica e saudável, conforme evidenciado nas falas a seguir:

Acho que facilitador aos pacientes oncológicos é a alimentação deles, que é uma alimentação melhor que o pessoal da cidade, o contato com a natureza, a tranquilidade do interior né, mais essa questão emocional deles, de quem mora no interior ser um lugar mais tranquilo de quem mora na cidade. (ENF12, M8)

Eu acho que uma vantagem é a alimentação saudável né que se tem, quem ainda tem condições de se ter sua horta, plantar sua salada. (ENF14, M10)

Eu acho que facilitador essa questão de conexão com a natureza, alimentação, que pode ser mais saudável, a prática de atividade física também né, em ambientes abertos e tudo mais, e acho que também um pouquinho da diminuição do estresse, porque na cidade acaba tendo mais barulho e no meio rural eu acho que tem possibilidades de se viver de maneira menos estressante, ainda mais se comparar um município rural com cidades maiores [...]. (ENF11, M8)

[...] eu acho que a vantagem é por estar na calmaria do interior, eles estarem em casa, por estarem perto da família [...]. (ENF8, M6)

O fator “acesso” foi de longe o mais comentado, trazendo opiniões divergentes sobre o assunto. Os depoimentos que predominaram na categoria dos enfermeiros compreendem que o acesso aos serviços de saúde é eficaz no seu município. A população rural dispõe de transporte coletivo público ofertado pela SMS, o qual pode ser um benefício quando os usuários não possuem veículos próprios.

[...] o acesso eu acho que é bem tranquilo pra eles, porque eles têm acesso bem fácil até a unidade, tem ônibus no interior, muitos tem veículos próprios e quando isso não acontece, quando eles não conseguem vir de ônibus ou de veículo próprio a gente tem o carro da unidade de saúde, a gente vai buscar eles também, então o acesso acho que é bem tranquilo. (ENF7, M5)

[...] na verdade como nosso município é pequeno não é difícil o acesso, as pessoas elas conseguem vir por meio do transporte próprio né, a maioria tem carro ou a própria secretaria da saúde faz esse transporte, encaminhando para o hospital ou clínica de tratamento. (ENF1, M1)

[...] eu acho que o acesso é fácil, a gente está sempre disponível, tem os agentes de saúde que fazem essa comunicação do paciente com a unidade, acho que esse é um acesso fácil. (ENF14, M10)

Em suma, os aspectos facilitadores do cuidado na ruralidade compreendem a aproximação com o contexto no qual o paciente vive, bem como conhecer os determinantes sociais de saúde, família e rede de apoio; o cultivo de alimentos possibilitando uma alimentação mais saudável comparada com a população urbana; a conexão com a natureza, calmaria, destacando que no meio rural tem-se a possibilidade de viver em contato com menos estressores, o que pode contribuir na saúde mental dessa população; a oferta de serviço de transporte e, em alguns municípios, a disposição de uma ESF no território rural; realização de visita domiciliar e a criação de vínculo com a população.

Por sua vez, também se evidenciam dificuldades no acesso, no que tange a distância geográfica, condições das estradas nas vias públicas, acesso aos meios de comunicação, todavia, estas iniquidades são minimizadas através das ações de saúde e programas que beneficiam essa população.

[...] muitas vezes é o difícil acesso, difícil contato, muitas vezes são pacientes que só se comunicam por telefone e tu sabe que esse interior dependendo do local, da localização não pega telefone mesmo [...] é bem diferente de um paciente que mora aqui dentro da cidade, aqui dentro da cidade o contato é muito mais fácil [...]. (ENF3, M2)

[...] muitas vezes o interior também tem o problema do tempo né, muitas vezes chove, tem barro, o acesso fica difícil [...]. (ENF10, M7)

Fatores limitadores eu acho que é a distância, a gente tem alguns pacientes oncológicos tem dificuldade de pegar a medicação na unidade e tudo mais, mas aí tem essa questão de que a gente leva para o paciente [...] é um município bem pequeno e hoje, por exemplo, a maior distância, o lugar mais longe que nós temos dá 20 minutos, não é uma distância tão grande assim, mas ela se torna empecilho para alguns cuidados. (ENF11, M8)

No entanto, além da acessibilidade, foram citadas as desigualdades econômicas e culturais; a demora ao encaminhar o paciente ao serviço especializado; a baixa alfabetização que dificulta a compreensão do seu estado de saúde e a disponibilidade do transporte. Estes aspectos, respectivamente, podem ser visualizados no contexto das seguintes falas:

[...] as desigualdades socioeconômicas e culturais principalmente, às vezes a gente tem uma dificuldade de agendamento com a oncologia, às vezes demora os encaminhamentos daqui pra gente encaminhar pra fora [...]. (ENF4, M3)

A desvantagem [...] que é o pior pra nós com eles, é a aceitação do tratamento, a maioria aqui não aceita que realmente é câncer, e está precisando de tratamento. (ENF17, M11)

Um ponto que eu vejo também que dificulta a procura deles é a questão da alfabetização. Muito dos nossos pacientes não são alfabetizados, eles não conseguem ler e às vezes eles são aqueles analfabetos que não tem entendimento, escutam uma informação na TV ou no rádio, mas não associam, analfabetos que às vezes sabem ler, mas não sabem interpretar uma notícia, uma informação. Então ainda pra nós aqui na área esse é um ponto ruim. Eu acho bem preocupante, não só a alfabetização de saber ler e escrever, o entendimento de uma notícia, de uma informação, associar a eles. (ENF2, M1)

Quanto à disponibilidade do transporte ofertado pela Secretaria de Saúde dos municípios, que anteriormente foi citado como elemento facilitador, também foi citado como fator limitador nesta categoria. É importante destacar que cada município possui a sua logística na oferta dos serviços e os relatos são de enfermeiros de diferentes municípios.

[...] a nossa grande dificuldade é com o transporte pra levar eles tanto pro serviço de especialidade quanto pra visita, pra tudo, ou seja, a gente tem dificuldade de ir no interior de fazer uma visita capacitada ou tirar um tempo pra fazer isso no rural. (ENF17, M11)

O transporte que é meio ocupado, que a gente teria que ter um carro exclusivo para esse setor e a gente ainda não tem, então dificulta muito a nossa saída da unidade pra ir até lá, quando não tem carro atrasa um pouco o atendimento dos pacientes, essa é uma das dificuldades que é o veículo de transporte. (ENF15, M10)

A parte difícil é a distância mesmo né, então, muitas vezes a gente depende de carro, por mais que a secretaria tenha bastante carros né, nós temos

quatro estratégias, então tem as outras estratégias que também tem necessidades de visitas e entre todo o município nós temos várias pessoas que estão com câncer, então muitas vezes a gente aguarda né, aguarda motorista, muitas vezes o paciente volta da rádio ou quimioterapia, a gente aguarda, marca transporte pra ele ir até lá [...]. (ENF10, M7)

Quando questionados se eles se sentem capacitados em trabalhar com pessoas com câncer no meio rural, dos 18 enfermeiros entrevistados, 14 relatam despreparo e apenas quatro enfermeiros relatam estar preparados para o cuidado à essa população. Entretanto, a totalidade dos participantes pontuam quanto à importância e necessidade de educação permanente e continuada para adquirir mais conhecimento sobre o tema e melhorar o cuidado à essa população.

[...] do que a gente atende na nossa realidade sim, acredito que tenha que melhorar bastante a questão de conhecimento, a gente vai se aperfeiçoando ao longo do tempo, mas dentro da nossa realidade sim. (ENF12, M8)

[...] a gente tem uma noção, do que fazer, do que ajudar, o que tem que ir atrás, mas sempre aparece uma situação, uma coisa que foge do que a gente já viu [...] eu acho que não me sinto capacitado [...]. (ENF8, M6)

Eu acredito que a gente nunca está 100% capacitado né, porque sempre tem uma política nova, um protocolo novo e a gente sempre tem que estar buscando mais conhecimento, sempre estar estudando, até era um ponto que a gente tinha que ter mais capacitações tanto pelas coordenadorias de saúde quanto pelos gestores municipais e estaduais, mais capacitações pra gente poder atender melhor essa população, porque cada vez tá vindo mais intervenções de cuidados, coisas diferentes, mais atualizadas, então eu acho que quanto mais a gente tiver embasado nesse tema, mais conhecimento e melhor capacitado a gente vai estar pra atender melhor a nossa população [...]. (ENF4, M3)

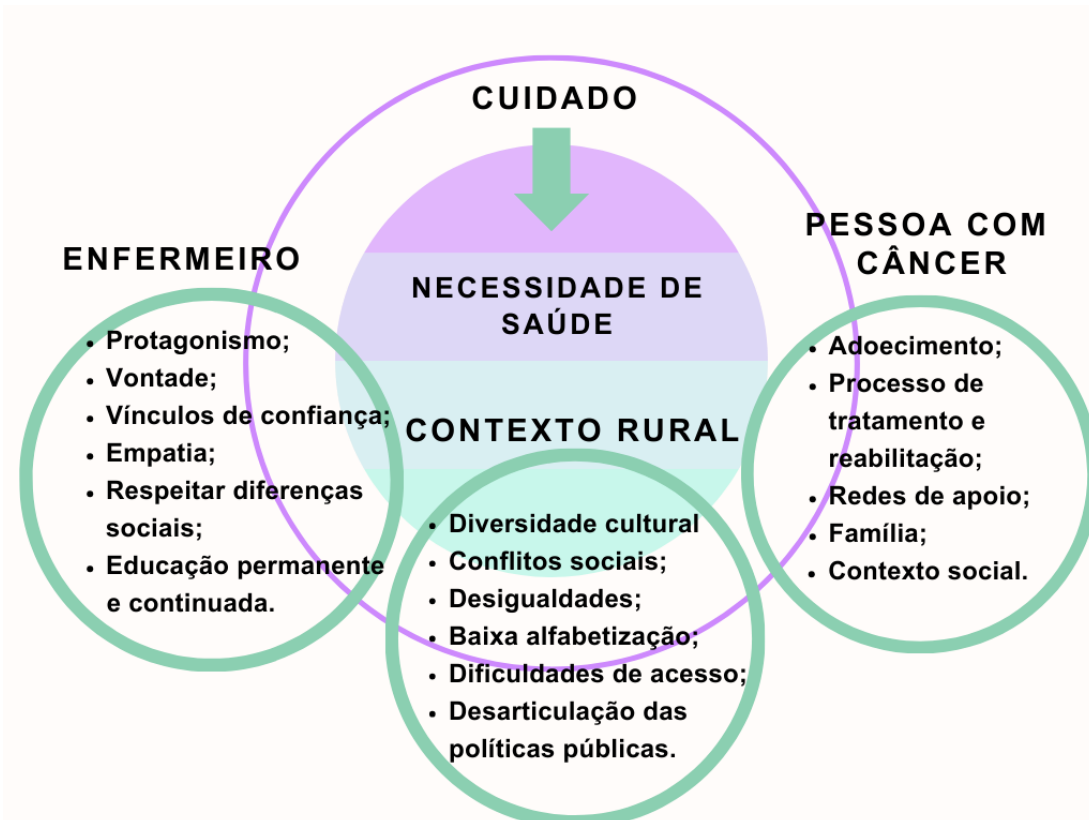
O trabalho realizado pelos enfermeiros nestes municípios sofre influência do meio rural, pois, embora o local de trabalho mais constante dos enfermeiros, a ESF, seja localizada na área urbana, em municípios que não dispõem de ESF rural, o trabalho do enfermeiro deve ser moldado e reproduzido na área rural.

Para ampliar a compreensão, na Figura 4 a autora apresenta, de forma ilustrada, seu entendimento quanto às experiências evidenciadas por meio dos relatos dos participantes do estudo quanto ao cuidado dos enfermeiros que atuam na APS às pessoas com câncer que vivem no contexto rural.

É possível identificar que o cuidado é o elemento central no trabalho dos enfermeiros, esse cuidado está direcionado à satisfação das necessidades de saúde da pessoa com câncer que recebe o cuidado. O enfermeiro, com sua potente ferramenta de trabalho que é o cuidado, posiciona-se na condição de protagonista,

porém para efetivar essa prática atribuída ao mesmo são necessários alguns atributos como vontade, vínculos de confiança com a pessoa cuidada, empatia, respeito às diferenças sociais e atualizar-se constantemente por meio da educação permanente e/ou continuada.

Figura 4. Representação do processo de cuidado do enfermeiro frente às necessidades de saúde da pessoa com câncer no contexto rural.



Fonte: elaborado pela autora.

O contexto rural traz consigo uma diversidade cultural, conflitos sociais e uma série de desigualdades comparadas ao meio urbano. Sendo assim, é primordial que o enfermeiro que atua nesse cenário, a fim de ofertar um cuidado integral de acordo com as necessidades de saúde da população, tenha um olhar sensível ao contexto de vida em que a mesma se insere. Logo, a pessoa com câncer em seu processo de tratamento e reabilitação, quando integrada a uma rede de apoio articulada, inserida em um contexto familiar que ampara o cuidado, vivendo em um contexto social que fortalece o cuidado, pode, então, ser beneficiada de uma melhor qualidade de vida, ao contrário desse retrato, a mesma pode encontrar-se vulnerável para manutenção da saúde.

6 DISCUSSÃO

A representação acerca do câncer evidenciada nesse estudo mostra-se voltada para elementos associados à morte. Considerando que o câncer ainda é visto, pela maioria das pessoas, como uma doença incurável e, portanto, de difícil aceitação, estudos de Tavares (2005) e Fornazari (2010) identificam em diferentes populações, que vários são os significados atribuídos ao câncer, mas, a maioria deles, tem cunho negativo.

Há, juntamente com a descoberta do câncer, a manifestação de sentimentos relacionados à tristeza e angústia em razão do tratamento que muitas vezes é extenso e exaustivo, produzindo alterações corporais e mudanças nos hábitos de vida. Além de questionamentos acerca do diagnóstico, há incertezas diante de uma doença que possui uma expressiva associação com a questão de finitude (CASTRO *et al.*, 2016). No estudo de Pembroke (2020), a recidiva do câncer em algum momento da vida pode tornar o sentimento de medo algo permanente, que permeia a vida da pessoa adoecida mesmo após o término do tratamento.

São diversos os estudos em que abordam a espiritualidade, a fé ou a religião como recursos adotados por pacientes com câncer (GAZZONI; CARRETTA, 2018; DIB, 2020). Nesse contexto, as pessoas com câncer que participaram do estudo destacam que a espiritualidade é um dos principais elementos utilizados para o enfrentamento do câncer.

Conforme estudo desenvolvido com pacientes que enfrentavam o processo de morte, cabe destacar que os aspectos religiosos e espirituais são importantes para o enfrentamento de situações estressoras e com potencial de afetar a saúde física e mental. Sobretudo, a espiritualidade mostra-se cada vez mais presente no cotidiano de vida dos indivíduos, fortalecendo-os frente o processo de adoecimento (SOUZA; NASCIMENTO; SPEZANI, 2019).

Outro importante fator de enfrentamento e apoio é a família. A rede de apoio familiar auxilia o indivíduo no enfrentamento da doença e no desenvolvimento da sua autonomia, incluindo o ato de apoio e cuidado, aconselhamento, incentivo de prosseguir no tratamento, dentre outras formas de auxiliar o indivíduo no processo de desenvolvimento pessoal (SOUZA *et al.*, 2021). O câncer, por sua vez, exerce um profundo impacto na vida da pessoa que adoeceu e suas famílias, gerando sofrimento e mudanças na dinâmica familiar diante das necessidades que envolvem o cuidado.

Diante dessa perspectiva, de acordo com a *National Coalition for Cancer Survivorship*, a família também é considerada sobrevivente do câncer, visto que a mesma se envolve no cuidado e compartilha experiências, sejam elas positivas ou negativas, com seu membro da família adoecido por câncer (NEKHLYUDOV, 2017).

Fica evidente, neste estudo, que o apoio familiar, religioso e espiritual apresenta-se como potente suporte no processo de enfrentamento do câncer, pois potencializa de forma positiva a adesão e aceitação da condição de saúde da pessoa com câncer, contribuindo para sua qualidade de vida. No entanto, o contexto singular de cada família, ao vivenciar o adoecimento de um dos seus membros por câncer difere mediante as estratégias que o grupo acessa para se fortalecer durante esse período (BROTTO; GUIMARAES, 2017).

As populações rurais possuem particularidades que as diferenciam de populações de outros contextos, dentre as quais destacam-se a valorização da terra e o contato com animais e a natureza como parte de um complexidade de valores que compreendem o viver, a produção, as relações sociais e o cuidado conectados ao ambiente (VIERO *et al.*, 2016).

Conforme evidenciado, os aspectos positivos em residir no meio rural mencionados pelas pessoas com câncer relacionam-se à qualidade de vida, tranquilidade, calma, contato com a natureza e produção de alimentos para o consumo. O estudo de Carneiro (2022) enfatiza que as políticas públicas voltadas para o meio rural não explorado o acesso à natureza na comunidade, o que poderia ser um potente incentivo quando se trata de lazer.

Cabe mencionar que as pessoas residentes no meio rural são bastante vulneráveis ao adoecimento por câncer devido a exposição laboral. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), observa-se que a ocorrência de câncer é o dobro entre os trabalhadores com ocupação agrícola (0,6%) em relação aos não agrícolas (0,3%). Fatores como esse denotam falhas na rede de atenção à saúde a essa população (IBGE, 2012).

Quando os profissionais da APS fazem-se ausentes e não se envolvem com o usuário que reside no meio rural, sua família e comunidade, estes indivíduos podem estar mais suscetíveis à ocorrência de agravos à saúde e necessitar com maior frequência dos serviços especializados e internações hospitalares (SEHNEM *et al.*, 2020).

Estudos também apontam que no Brasil, o padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nos territórios rurais determina as condições de vida e, conseqüentemente, as condições de saúde daqueles que vivem nestes territórios (KASSOUF, 2005; BEHEREGARAY; GERHARDT, 2010; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). As famílias nas faixas de renda mais baixas residem nos municípios rurais, onde também se apresentam as maiores taxas de analfabetismo e se localizam os domicílios mais desprovidos de saneamento básico (IBGE, 2009; SOARES *et al.*, 2015). Essa desvantagem pode estar associada com a falta de oportunidades e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, haja vista que essa população, por vezes, desconhece seus direitos sociais e assistenciais, vivem isoladas no ambiente doméstico com mínimo contato interpessoal, possuem baixa escolaridade e menor acesso a informação (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017).

Semelhante ao evidenciado nesse estudo, Soares (2020) identifica que as dificuldades de deslocamentos da população rural se encontra pelas condições do transporte escolar utilizado, pela ausência de meio de transporte ou, ainda, aos gastos oriundos do deslocamento. O autor também reforça que o acesso das populações rurais implica em mapear as possibilidades de deslocamento entre território rural e urbano, identificando as especificidades que cada comunidade possui.

A localização geográfica das comunidades rurais interfere na capacidade das populações rurais acessarem cuidados de saúde de forma oportuna. A localização distante implica maior avaliação na opção de busca ou não pelos cuidados em saúde, ponderando-se custos e riscos no transporte. No entanto, identifica-se que os usuários nem sempre referem barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde, uma vez que a dificuldade de os atingir por meio de longas distâncias é comum (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

Nesta vertente, outro estudo avalia que as pessoas que ocupam o papel cuidadores no contexto rural, embora revelassem ter conhecimento da disponibilidade dos serviços de saúde, procuram menos por esses serviços devido à dificuldade de acesso, ficando restrito ou, até mesmo, isolados em seu território (TOMMIS *et al.*, 2014; EHRLICH; EMAMI; HEIKKILA, 2017; LUCKE *et al.*, 2008).

O câncer e seus tratamentos promovem transformações na vida dos pacientes, colocando-os em situações vulneráveis para manutenção da saúde, além da relação familiar, trabalho e convívio social. Somado aos agravantes impostos pela doença, o contexto rural potencializa as vulnerabilidades (RODRIGUES; VIEIRA; SANTOS,

2020).

Visto as vulnerabilidades em quem as pessoas com câncer podem experienciar residindo em contexto rural, é importante mencionar que para o diagnóstico prévio do câncer, bem como o tratamento em tempo efetivo o fator tempo é importante e decisivo, a Lei nº12.732, garante ao paciente oncológico o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias depois de confirmado o diagnóstico (BRASIL, 2012).

O acesso à saúde nas áreas rurais pode refletir em desiguais condições de saúde, principalmente quando as políticas públicas não estão alinhadas às necessidades da população (ARRUDA, 2018). A discussão de acesso precisa ser ampliada para além da oferta de equipamentos e equipes num determinado território, necessitando pensar em estratégias que envolvam as questões culturais, ambientais, étnicas e territoriais. (SOUSA *et al.*, 2021). Realidade semelhante é observada em outros países, como Estados Unidos, no qual o acesso aos serviços de saúde pela população rural também é restrito (BHAT *et al.*, 2020).

O isolamento também compreende a distância de outros serviços de saúde, que também influenciam a prática rural, visto que os profissionais raramente têm oportunidade de realizarem atividades de troca de experiências e, na maioria das vezes, desconhecem as práticas de enfermagem rural produzidas em outros serviços e países. Soma-se a isso o fato de ter que lidar com os recursos limitados, a falta de mão de obra e a infraestrutura precária das organizações de saúde (LIMA, 2020).

A Atenção Primária é responsável, dentre outras demandas, por ações direcionadas ao usuário com câncer e aos seus familiares, devendo fazer-se presente em todas as fases da doença, o que demonstra que o enfermeiro tem um papel importante no atendimento, desde o diagnóstico, tratamento e reabilitação (GOMIDE *et al.*, 2018).

Na APS, o enfermeiro possui diversas funções para o cuidado aos pacientes oncológicos da sua área de atuação, destacando que as principais funções giram em torno dos atendimentos, consultas e realização de procedimento a domicílio. A educação em saúde também se destaca como importante auxílio aos cuidados básicos relacionados ao adoecimento e pode ser ofertada ao paciente e sua família (CHAVES *et al.*, 2020).

Dessa forma, reconhece-se que a APS é o nível de atenção mais próximo dos pacientes, sendo de extrema importância inserir na comunidade os serviços de

promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos. Neste cenário, o enfermeiro tem a oportunidade de ser protagonista do cuidado para com a pessoa com câncer e sua família, ofertando uma comunicação efetiva com a população (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020).

Pessoa (2013) assegura que as ESF não foi implantada adequadamente e de forma suficiente para atender às necessidades de saúde da população do campo, da floresta e das águas conforme preconizado pela política que defende essa população, isso ocorre não só devido à falta de profissionais e dificuldade de acesso às ESF, mas também em função da baixa resolutividade, mediante os principais problemas de saúde dessa população, em sua maioria, relacionados com o trabalho no meio rural, agravados por determinantes sociais como má alimentação, indisponibilidade de água apropriada para o consumo e a falta de saneamento básico.

Em consonância com os relatos dos enfermeiros, os estudos de Roland (2016) identificaram que as atividades desenvolvidas pela enfermagem rural vão desde a função assistencial como visita domiciliar, consulta de enfermagem, atividades de gestão e educativas, como atividades com grupos comunitários. Para isso, o profissional necessita possuir criatividade, comunicação assertiva e conhecimento das desigualdades em saúde presentes nas comunidades, bem como as políticas públicas que norteiam o cuidado a essa população.

Embora o cuidado curativo ganhe destaque nas práticas assistenciais dos enfermeiros, os participantes entrevistados sinalizam que as campanhas de prevenção ao câncer como “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”, preconizadas pelo calendário anual do Ministério da Saúde são as principais ações de saúde utilizadas por eles para prevenção e diagnóstico precoce do câncer.

No Brasil, há predominância do modelo campanhista nas práticas de educação em saúde, que nasceu no século XIX, segundo Berbel e Rigolin (2011), que aposta em práticas unidirecionais como instrumento para modificar comportamentos e hábitos considerados prejudiciais ao indivíduo e à comunidade, contribuindo para reprodução dos discursos hegemônicos das campanhas.

Além disso, o sistema de saúde opera em um modelo de atenção voltado para os sintomas das doenças, aplicando estratégias de comunicação com o público por meio de materiais como cartas, fôlderes, cartazes, entre outros, valorizando ações pontuais que ganham ênfase apenas em um mês do ano (COSTA, 2021).

As campanhas geralmente reforçam os aspectos mais rígidos desta representação social, como a ideia de que o câncer leva necessariamente à morte, deixando de considerar, por exemplo, que existem diferenças importantes entre tipos de câncer e seus tratamentos. Para Ramos (2007), visto a relação da representação social do câncer com a mobilização para a prevenção e o tratamento, os gestores da saúde pública e os profissionais envolvidos nestas campanhas, poderiam assumir esta tarefa de desmistificação do câncer como uma doença única e necessariamente fatal.

Visto que o modelo campanhista é limitado em relação às ações de promoção da saúde, o desafio é romper com esse modelo, ainda bastante utilizado pelos profissionais da saúde. No entanto, é importante conhecer as características das comunidades, trabalhar melhor com a cidadania, fortalecendo a autonomia dos indivíduos e das comunidades, ampliando a participação da sociedade e construção coletiva do cuidado (COSTA, 2021).

O cuidado adequado e oportuno no processo assistencial do câncer preza para que os serviços de saúde estejam organizados de modo a ofertar ações de promoção e prevenção contínuas aos seus usuários, além de intervenções para acompanhamento, cura e ou reabilitação com possibilidade de acesso aos vários pontos da rede de atenção (KRANN; COLUSSI, 2023).

Como se trata de um agravo prevenível, as estratégias de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento em estágios iniciais da doença são fundamentais para aumentar as chances de cura e sobrevida. Realizar ações de rastreamento de câncer na APS é de extrema importância, pois, segundo Silva (2023), na área oncológica o diagnóstico precoce viabiliza um tratamento menos agressivo e mais efetivo na maioria dos casos, o autor também sinaliza quanto a responsabilidade da equipe multiprofissional da APS estar qualificada para identificar sintomas referente ao câncer.

Como afirma Campos (2022), há inúmeras formas de promoção e meios para realização de ações de rastreamentos de câncer na APS, como incentivos à mudança de hábitos de vida mais saudável, direcionados aos diversos fatores de risco do câncer como controle do peso corporal, alimentação saudável, práticas de atividades físicas, cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool e imunização. Além disso, é importante ampliar o acesso aos exames de rastreamento do câncer do colo de útero, bem como a realização da mamografia de rastreamento do câncer de mama.

O plano de cuidados de enfermagem ao usuário da APS na prevenção do câncer tem como prioridade o acolhimento com a postura ética, que integre o usuário como protagonista em seu processo terapêutico, considerando sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos, respeitando seus medos e fragilidades (ESPOSITO *et al.*, 2017). O estudo de Suwankhong (2015) também reforça que os enfermeiros podem prestar apoio e cuidados mais individualizados às pessoas com câncer ao compreenderem e serem sensíveis à sua cultura, experiências e desafios.

Resgatadas as estratégias de prevenção e a importância do diagnóstico precoce do câncer, é de atribuição do enfermeiro da APS o acompanhamento de saúde, onde a pessoa com câncer deve ser assistida desde o diagnóstico ao tratamento e reabilitação. No que tange a continuidade da assistência, os enfermeiros participantes do estudo percebem que é preciso cuidar do paciente com câncer na APS justamente para garantir a resolução das suas necessidades.

Entretanto, para de fato assegurar a continuidade do cuidado, é indispensável que haja troca de informações entre as instâncias de assistência à saúde, tornando a RAS efetiva e determinante. O compartilhamento de informações no itinerário de tratamento oncológico, resulta em atendimento integral e resolutivo, bem como confere ao paciente tranquilidade e segurança em transitar pelos níveis de atenção à saúde. Essa articulação é prevista pela RAS, e tem o potencial de evitar a sobrecarga da atenção especializada (DALSSASSO *et al.*, 2021).

A APS, por sua vez, deve nortear o cuidado em todas as etapas em que o paciente com câncer percorre, apesar de não haver uma sistematização de uma assistência de forma integral no nível primário e de os tratamentos ocorrerem em unidades de alta complexidade, o paciente deve ainda estar sob responsabilidade da APS, ou seja, sendo assistido pelos profissionais da APS, mas mantendo articulações com os serviços especializados (SOUZA *et al.*, 2021).

A APS, ao assumir a responsabilidade pela coordenação e condução do usuário nas RAS, utiliza a coordenação da informação, que se dá por meio da transferência de cuidados entre as equipes de saúde dos diferentes serviços (MALTA; MERHY, 2010). Tal prática possibilita a troca de informações a respeito do estado clínico do usuário, articulando a coordenação da atenção entre a transição de um serviço de saúde da rede.

Para Silva (2023), muitas vezes a continuidade do cuidado é dificultada por haver atritos na comunicação entre os níveis de atenção, não sendo estabelecido o

vínculo necessário entre a APS e o paciente. Dessa forma, há uma desarticulação da rede de atenção, o que dificulta uma ação conjunta dos diferentes níveis de atenção ao usuário com câncer, comprometendo a qualidade do tratamento.

Uma APS bem integrada é condição necessária para que este nível de atenção esteja em condições de coordenar o percurso terapêutico e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços e ações em local e tempo oportunos (RODRIGUES; FONSECA; PENZIN, 2020), o que, conseqüentemente, favorece a qualidade do processo de cuidado.

Nesta perspectiva, a APS deve estar articulada a uma rede de saúde locorregional, em um território delimitado, favorecendo a integralidade, o acesso e a equidade, otimizando recursos e racionalizando gastos. Nesta proposta, espera-se que o usuário busque, inicialmente, as soluções para os seus problemas de saúde em serviços presentes no território de seu município e posteriormente em outros locais pertencentes à rede regional de saúde previamente estabelecida, de acordo com as suas necessidades (RODRIGUES; FONSECA; PENZIN, 2020).

Visto que os municípios rurais adjacentes que compõem o estudo não possuem serviço especializado para o tratamento do câncer, as pessoas com câncer que residem no rural precisam deslocar-se a outros municípios para realizar o tratamento. Entende-se, portanto, que a atenção integral e contínua às pessoas com câncer relaciona-se à integração dos municípios com articulação dos serviços de APS aos demais pontos de atenção secundária e terciária de seu próprio território e/ou de outros municípios que compõem a região de referência.

Nesta perspectiva, para Aleluia (2017), a coordenação do cuidado é considerada como um atributo essencial no acompanhamento de doenças crônicas como o câncer, visto que a efetiva coordenação dos diferentes pontos da rede promove um melhor cuidado às pessoas com câncer.

Em continuidade, no âmbito da APS, principalmente no que tange as populações que residem na área rural, assim como relatado nos depoimentos dos enfermeiros, Soares e colaboradores (2020) também reforçam que os ACS são de extrema importância para reduzir a distância entre o serviço e os usuários, bem como são uma importante ferramenta para que o serviço conheça as reais potencialidades e fragilidades na região, podendo dessa forma atribuir ações voltadas à demandas específicas e como consequência, atuando na resolução efetiva de problemas e melhorando a qualidade de vida da população.

Os enfermeiros também destacam que o ACS é um importante aliado no processo de cuidado. O ACS da zona rural, por meio do seu instrumento principal de trabalho, a visita domiciliar, alcança territórios desfavorecidos geograficamente. Em consonância, diversos autores reconhecem a visita domiciliar base de trabalho do ACS. Por meio das visitas, são realizadas as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como o acompanhamento integral dos indivíduos e famílias do território adscrito (SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019; NUNES *et al.*, 2018; BARRETO *et al.*, 2018).

Samudio (2017), avalia que as atividades desempenhadas pelos ACS, tem a função central de captar as demandas de saúde da população a partir do conhecimento, convívio e vínculo e compartilhar com demais profissionais da equipe de saúde. Nesse cenário, o ACS passa a atuar como um mediador social, um tradutor em via dupla entre o saber popular e o científico.

Para resolução dos problemas em saúde, é imprescindível a consideração do contexto sociocultural das famílias e das comunidades em que eles ocorrem, envolvendo os profissionais da APS no reconhecimento das necessidades de saúde a partir de características étnicas, raciais, comportamentais, entre outras, que influenciam diretamente no perfil de saúde/doença (DAMASCENO; SILVA, 2018).

Identificou-se, através deste estudo, a inexistência de um protocolo específico para o atendimento da população com câncer. Para Oliveira (2021), na ausência de protocolos, é necessário buscar alternativas para oferecer a assistência pertinente às necessidades do público em questão, e sugere a adesão ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual o cuidado é planejado pela equipe interdisciplinar e o próprio paciente, considerando suas necessidades.

O fato do enfermeiro da APS não possuir uma padronização para condução da assistência ao paciente com diagnóstico de câncer, pode contribuir para que em seu manejo, este seja direcionado ao setor especializado sempre que surgir alguma demanda durante o processo de tratamento, visto que, os profissionais podem crer que para esta população de pacientes o cuidado em saúde, seja de fato uma responsabilidade específica do setor oncológico.

Conseqüentemente, esta eventual constatação reflete também um desconhecimento dos profissionais no que diz respeito à PNAB e a da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2017; BRASIL, 2013). Segundo Chaves (2020), os enfermeiros

consideram importante a realização de estratégias voltadas para o manejo ao paciente oncológico na APS, porém não o fazem, e admitem ainda a incipiência quanto aos programas e protocolos do Ministério da Saúde para orientar assistência a esse público.

Nesta linha de raciocínio, conforme se constatou de acordo com as experiências dos enfermeiros nessa pesquisa, o estudo de Ramalho *et al* (2019) soma-se quanto à existência do conhecimento deficiente dos profissionais para trabalhar com pessoas com câncer e acrescenta que os profissionais reconhecem a falta de capacidade técnica em lidar com paciente oncológico, resultando em lacunas na assistência e prejudicando a continuidade do cuidado.

Considerando essas especificidades encontradas na prática da enfermagem no contexto rural, a maneira como as relações entre a enfermagem e os usuários dos serviços de saúde ocorrem é fundamental para a produção do cuidado. O enfermeiro que atua na APS necessita, acima de tudo, direcionar um olhar sensível à população rural, saber ouvir e dialogar de forma palpável ao entendimento do paciente e/ou seus familiares.

Como vimos, a enfermagem possui uma grande responsabilidade no cuidado, onde deve considerar o estabelecimento de uma assistência humanizada, implementando cuidados que vão além da técnica, como por exemplo, o vínculo, amizade, empatia e confiança (ANACLETO *et.al.*, 2020). Por isso, a enfermagem necessita estar preparada e habilitada para desenvolver o cuidado humanizado e continuado que o paciente com câncer necessita em todas as fases do adoecimento, não somente no manejo da ocorrência de agravos à saúde, mas provendo ao paciente a sensação de pertencimento em todo o processo.

Os enfermeiros, com suas experiências, enaltecem a questão do vínculo como um potente facilitador do trabalho com a população rural. O estudo de Oliveira *et al.* (2020) mostra que a relação de vínculo do enfermeiro com a população rural se dá para além dos problemas de saúde, e essa relação favorece o desenvolvimento das práticas de saúde pelo profissional. A população rural, por residir distante da cidade, considera os profissionais de saúde, muitas vezes, como a única alternativa para dar resposta aos seus problemas.

Cabe destacar também o importante e potente papel do enfermeiro na melhoria de saúde da população, no que tange à aproximação com o usuário e a família, o que contribui para a compreensão do contexto social, emocional e familiar, assim como a

consolidação desse trabalho visto como socialmente importante, no sentido de viabilizar ações de saúde resolutivas na comunidade em que se desenvolve. Tendo em vista que a população rural tem uma formação diversificada por características que contemplam especificidades cultural, racial, regional, entre outros, é importante que o enfermeiro considere essas singularidades para atuar de modo efetivo na promoção da saúde (KESSLER, 2018).

Quanto aos fatores limitadores do cuidado às pessoas com câncer em contexto rural, os elementos configuram o predomínio de situações presentes no cotidiano de trabalho dos enfermeiros que influenciam na integralidade do cuidado à essa população.

As dificuldades encontradas nesse estudo para o cuidado à população rural podem ser comparadas ao estudo de Pessoa *et al.* (2018), o qual identificou que o acesso da população do campo à APS está vinculado a condicionalidades como distância das localidades rurais até as unidades; más condições das estradas no meio rural, muitas sem pavimentação; presença de barreiras geográficas; escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde; falta de transporte público para a população, que precisa percorrer grandes distâncias a pé; falta de acesso a meios de comunicação; ausência de ponto de apoio adequado para o atendimento em saúde nessas localidades; falta de acolhimento ao usuário e interrupção frequente do cuidado longitudinal, pela alta rotatividade de profissionais da saúde.

Além da dimensão geográfica, outros desafios dificultam o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, dentre eles as desigualdades sociais e econômicas, culturais, educacionais e estruturais, o que favorece os altos índices de pobreza e analfabetismo, saneamento e acesso insuficiente aos serviços de saúde em todos os seus níveis (BRASIL, 2017).

Os desafios da APS estão relacionados a condições inadequadas da rede física das unidades; ao financiamento insuficiente; às dificuldades de integração com os demais recursos em saúde e a incorporação e fixação de profissionais de saúde qualificados (BOUSQUAT, 2022).

O enfermeiro que atua em área rural deve considerar a necessidade de prestar cuidados às pessoas que desenvolvem atividades laborais com predominância do trabalho braçal e insalubre, realizado em condições climáticas adversas, com a utilização de produtos químicos, muitas vezes nocivos, como agrotóxicos e adubos, o que são fatores que impactam diretamente no processo saúde-doença e no sistema

de cuidado dessa população (LIMA, 2020).

Em relação aos aspectos que influenciam a prática de enfermagem rural, destacam-se o isolamento social, geográfico ou profissional, que exige o desenvolvimento de uma prática independente, com pouco ou nenhum auxílio de outros profissionais. (LIMA, 2020). Aspectos esses também mencionados pelos enfermeiros participantes do estudo.

No entanto, é possível identificar que, no processo de trabalho na APS, o enfermeiro necessita desenvolver várias competências para além da formação. A falta de preparo e a necessidade de capacitações foram identificadas pelos enfermeiros em seus depoimentos. No entanto, é imprescindível que o profissional esteja em constante aperfeiçoamento, fato que reforça a necessidade de capacitações específicas sobre assistência ao paciente oncológico na APS (ROSA *et al*, 2017). A educação permanente e continuada em saúde é considerada uma estratégia que possui um caráter resolutivo e participativo, podendo ser desenvolvido por meio de metodologias ativas, refletindo na qualidade do cuidado à população (JESUS, 2022).

Muito além de protocolos que expliquem como manejar o paciente oncológico na APS, é preciso definir com clareza o papel do enfermeiro. A literatura sinaliza que há diferentes percepções quanto à assistência ao paciente oncológico na APS (ROSA *et al* 2017). Contudo, compreender o fluxo de atendimento do paciente com câncer e a rede de atenção do SUS é crucial para todos os profissionais e para a qualidade do cuidado.

O presente estudo, que abarca os municípios rurais adjacentes, identifica essas inúmeras dificuldades ao cuidado em saúde no contexto rural. Entretanto, estudos de Fausto e Fonseca (2013) sinalizam que, nas áreas rurais e remotas estes desafios são ainda maiores, a oferta de cuidados de uma equipe de APS é diferente em cada território e depende do lugar onde as equipes atuam, refletindo de forma significativa no acesso aos serviços de APS. Dados analisados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) sinalizam haver disparidades importantes no acesso às unidades básicas de saúde.

No entanto, não basta que os serviços estejam presentes nestes espaços, é necessário que disponham de condições estruturais para responder às necessidades de saúde de cada população e estejam conectadas às RAS e aos recursos do SUS. Frente a isso, a PNSIPCFA é um marco histórico e um reconhecimento das condições e dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) da população rural no processo

saúde/doença dessas populações. É considerada como um instrumento norteador do reconhecimento das necessidades de saúde dessas populações (BRASIL, 2013).

O desafio é colocar em prática os princípios do SUS e promover a inclusão da PNSIPCFa no Plano Municipal de Saúde (PMS) para que o cuidado às pessoas com câncer que residem no contexto rural seja norteador por uma política que pondere as diferenças culturais e todas as especificidades que caracterizam os territórios rurais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender as vivências das pessoas com câncer residentes no contexto rural e o cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam na APS a essas pessoas. Considerando a atribuição da APS como porta de entrada nos cenários investigados, evidencia-se que a mesma exerce um papel central no cuidado às pessoas com câncer, sendo essencial a articulação em rede para viabilizar a universalidade do acesso aos outros níveis de atenção.

Dentre os aspectos facilitadores para o cuidado prestado pelos enfermeiros às pessoas com câncer no contexto rural, destaca-se a aproximação com o contexto no qual o paciente vive, o que possibilita o conhecimento dos DSS, família e rede de apoio e a criação de vínculo com a população. Os enfermeiros que atuam em ESF rural experienciam esse cuidado mais próximo, visto que os mesmos se inserem no território em que as pessoas vivem.

As experiências das pessoas com câncer sinalizam aspectos positivos em residir no meio rural, como sentimentos de pertencimento àquele espaço; fortalecimento de laços familiares, sociais e culturais; cultivo de alimentos possibilitando um estilo de vida mais saudável comparado com a população urbana; saúde mental atrelada à possibilidade de conexão com a natureza. No entanto, identificaram-se vivências que denotam sofrimento em residir no contexto rural, relacionadas às condições de trabalho, limitações decorrentes do adoecimento, distância geográfica e deslocamento para acessar os serviços de saúde.

Foi possível identificar, com base nas estratégias de prevenção do câncer desenvolvidas pelos enfermeiros, que o modelo campanhista e o cuidado curativo centrado na doença ainda são bastante enraizados na assistência prestada pelos enfermeiros. Há, outrossim, necessidade de sensibilizar novas concepções do processo de cuidado e novas práticas de saúde mais horizontalizadas e centradas nos

processos de trabalho que integram a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos visando a singularidade do sujeito e a integralidade do cuidado.

De modo geral, foi possível identificar que as vulnerabilidades nas quais se encontram as pessoas com câncer nos territórios rurais no campo do estudo não são acentuadas, visto que se trata de uma população que vive em municípios rurais adjacentes. É importante destacar que se trata de uma população que vive em municípios rurais localizados a uma distância próxima de centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços, resultado que, todavia, poderia ser diferente em uma população que vive em territórios rurais remotos. Ou seja, as vulnerabilidades podem acentuar-se menos ou mais de acordo com cada território, o que sinaliza a importância de estudos loco-regionais que identifiquem a realidade e as necessidades de saúde de cada território.

Esta pesquisa apresenta resultados que podem contribuir com a organização do processo de cuidado na APS em municípios rurais adjacentes. Diante disso, constata-se a necessidade de reavaliar as assimetrias do processo de cuidado ao paciente oncológico na rede de APS.

A apresentação dos resultados para os profissionais de saúde e gestão dos serviços permitirá que estes repensem suas ações, o que poderá resultar na reorganização das práticas de trabalho dos profissionais e em melhorias na perspectiva da rede de atenção à saúde das pessoas com câncer que residem em contexto rural nos municípios rurais adjacentes cenários deste estudo.

Este estudo apresenta a limitação de ter sido realizado em uma área rural específica, com foco em municípios rurais adjacentes, não sendo possível sua generalização, haja vista a diversidade de ruralidades no território brasileiro. No entanto, sugere-se novas pesquisas e projetos de extensão sobre o trabalho de enfermeiros em diferentes cenários rurais, considerando a extensão territorial do país, as diferentes formas de organização da APS em cada município e as especificidades que mudam de acordo com o contexto que impactam o estado de saúde da pessoa com câncer.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Ricardo. (Org.). **O futuro das regiões rurais**. Porto Alegre: UFRGS Ed., 2003. 149 p. (Estudos rurais). ISBN: 8570256957.
- ABRAMOVAY, Ricardo. Do setor ao território: funções e medidas da realidade no desenvolvimento contemporâneo. **Inter-relações entre as transformações demográficas e agenda social**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2360/1/TD_702.pdf. Acesso em 15 fev. 2023.
- ALELUIA, Italo Ricardo Santos *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- ALMEIDA, Lucas da Silva de *et al.* Experiência de um enfermeiro na atenção básica no interior do Amazonas: principais entraves. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 17, p. e1419, 25 nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1419.2019>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016153295>. Acesso em: 23 nov. 2023.
- ANACLETO, Graziela; CECCHETTO, Fátima Helena; RIEGEL, Fernando. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 2, p. 246, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2737>. Acesso em: 19 out. 2023.
- ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213816>. Acesso em: 22 fev. 2023.
- BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, p. 114-129, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s108>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- BEHEREGARAY, Livia Rocha; GERHARDT, Tatiana Engel. Integrality in the Care Provided for Maternal and Child Health in a Rural Context: an experience report. **Saude e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 201–212, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263681017> Acesso em: 11 nov. 2023.
- BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis *et al.* Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de

Eliot Freidson. **Escola AnnaNery**, v. 17, n. 2, p. 369-374, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452013000200023>. Acesso em: 23 nov. 2023.

BERBEL, Neusa Aparecida Navas. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semin. Ciênc. Soc. Hum.**, v.16, ed. esp., p.9-19, 1995.

BHAT, Deepa *et al.* Access to Breast Cancer Treatment and Reconstruction in Rural Populations: Do Women Have a Choice? **Journal of Surgical Research**, v. 254, p. 223-231, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.04.035>. Acesso em: 30 abr. 2023.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 73, 8 ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, abr. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-24782002000100003>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. 2000. - Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.193p. - (Teses em Enfermagem, 39).

BRASIL, ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 4. ed. rev. atual. – **Rio de Janeiro: Inca**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/ensino/cursos/atualizacao/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer> Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. **CnesWeb**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de Estabelecimentos. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 11 out. 2022.

BRASIL. Decreto **Lei n. 311**, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 1, n. 2, p. 147-148, abr. 1939. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-311-2-marco-1938-351501-norma-pe.html>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS. **Indicadores de morbidade e fatores de risco** – TABNET [publicação na web]; 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância**. – Rio de Janeiro: 2017. 128 p. INCA. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176->

9745.RBC.2018v64n1.115. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde** - APPMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874**, de 16 maio de 2013, a qual institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução, n. 466/2012)**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 12 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Anexos IX e XXII. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2016: **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

BROTTO, Aline Maran; GUIMARAES, Ana Beatriz Pedriali. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 43-68, jan. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16777409201700010004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 mar. 2022.

CARNEIRO, Maria José. "Rural" como categoria de pensamento. **RURAIS** (Campinas, Online), v. 2, n. 1, 23 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53000/rr.v2i1.661>. Acesso em: 20 mar. 2024.

CARNEIRO, Maria. Jose; SANDRONI, Laila. Tipologias e significados do " rural": uma leitura crítica (Orgs.). *O Rural Brasileiro na Perspectiva do Século XXI*. Rio de Janeiro: Garamond, 2019.

CASTRO, Elisa Kern Kern de *et al.* Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32324>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CASTRO, Margarete de; PEREIRA, Wilza Rocha. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 486-493, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000300012>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CHAVES, Anne Fayma Lopes *et al.* Percepções de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o cuidado a pacientes oncológicos. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2, p. 91-97, 19 mar. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2880/794> Acesso em: 22 nov. 2022.

COLLIÈRE, Marie Françoise. *Promover a Vida*. Lisboa: Porto, Coimbra; 1999. **Cuidar... a primeira arte da vida**. Lusociência: Paris; 2001.

COLLIÈRE, Marie Françoise. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: **Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**, 1ª Edição. 1989.

CAMPOS, Angélica Atala Lombelo *et al.* Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210103.pt>. Acesso em: 2 maio 2023.

COSTA, Jefferson Silva; CARNEIRO-LEÃO, Ana Maria Dos Anjos. Campanhas sanitárias como instrumentos da educação em saúde no Brasil: algumas reflexões para uma educação popular em saúde. **Revista Sustinere**, v. 9, 8 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.49818>. Acesso em: 12 jan. 2024.

DALSASSO Batista Winter *et al.* “Planejamento da alta e o encaminhamento do paciente oncológico para a atenção primária à saúde contribuem para melhor transição do cuidado”. **Salão Do Conhecimento**, vol. 7, nº 7, outubro de 2021, Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/20843>. Acesso em 12 de fev. 2023.

DAMASCENO, Renata Fiúza; DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, v. 9, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>. Acesso em: 20 mar. 2024.

DAVOUDI, Simon *et al.* Urban-rural relationships: an introduction and a brief history. **Built Environment**, Marcham: Alexandrine Press, v. 28, n. 4, p. 268-277, Jan. 2002. Disponível em: <https://eprints.ncl.ac.uk/56174>. Acesso em 22 jan. 2023.

DIB, Rachel Verdan *et al.* O câncer e suas representações sociais para pacientes oncológicos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e187997134, 15 ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7134>. Acesso em: 20 jan. 2023.

EHRlich, Kethy; EMAMI, Azita; HEIKKILÄ, Kristiina. The relationship between geographical and social space and approaches to care among rural and urban caregivers caring for a family member with Dementia: a qualitative study. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 12, n. 1, p. 1275107, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17482631.2016.1275107>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ESPOSITO, Ana Claudia Cavalcante *et al.* Fatores que levam à negligência quanto aos cânceres da pele não melanoma. **Diagn. tratamento**; 22(2): (2017) 63-66, Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833682>. Acesso em: 20 mar. 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: **Saberes editora**; 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-719656> Acesso em: 21/out 2023.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-37722010000200008>. Acesso em: 20 nov. 2023.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00310520>. Acesso em: 13 nov. 2023.

FUSSINGER, Letícia. Determinantes Sociais de Saúde de Pessoas com Deficiência que residem em contexto rural. 2015. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)** – Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/19990>. Acesso em: 20 set. 2023.

GAZZONI, Cristal; CARRETTA, Marisa Basegio. Espiritualidade: ferramenta de resiliência familiar no enfrentamento do diagnóstico de câncer na criança e adolescente. **Saúde (Santa Maria)**, v. 44, n. 2, 25 ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583425284>. Acesso em: 20 mar. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 21 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>. Acesso em: 19 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. IBGE. **Coordenação de Geografia**. Rio de Janeiro. IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: 2009. v. 30.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**. Ministério das Cidades: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_brasil.shtm. Acesso: 12 de jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). **Ministério das Cidades**: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_brasil.shtm. Acesso: 12 de jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> Acesso em: 20 out. 2023.

INCA. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Notícias: OMS e IARC lançam relatórios globais sobre o câncer [publicação na web]; 2020. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/noticias/oms-e-iarc-lancam-relatorios-globais-sobre-o-cancer>. Acesso em: 20 set. 2023.

INCA. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Atlas on-line de mortalidade. [Rio de Janeiro: INCA, 2020a]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb>. Acesso em: 10 ago. 2023.

JESUS, Tania. Educação permanente em saúde, uma estratégia para a formação e desenvolvimento para o SUS: Relato sobre o laboratório de inovação da ESP/SE. **Revista Sergipana de Saúde Pública**, [S. l.], v. 1, n. 01, 2022. Disponível em: <https://www.revistasergipanadesaudepublica.org/index.php/rssp/article/view/15>. Acesso em: 17 dez. 2023.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, mar. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-20032005000100002>. Acesso em: 11 mar. 2023.

KESSLER, Marciane *et al.* Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>. Acesso em: 20 mar. 2023.

KRANN, Rafaela; COLUSSI, Claudia Flemming. Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 101-115, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313707>. Acesso em: 12 mar. 2023.

LEITE, Sergio Pereira; BRUNO Regina (Orgs.). **O Rural Brasileiro na Perspectiva do Século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2019.

LIMA, Ângela Roberta Alves *et al.* NURSING INTERFACES IN RURAL CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0426>. Acesso em: 20 out. 2023.

LUCKE, Jayne *et al.* Few urban–rural differences in older carers' access to

community services. **Australian Health Review**, v. 32, n. 4, p. 684, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/ah080684>. Acesso em: 20 out. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 17 set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832010005000010>. Acesso em: 19 out. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>. Acesso em: 20 nov. 2023.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82> Acesso em: 20 out. 2022.

NEKHLUDOV Larissa *et al.* Going beyond being lost in transition: a decade of progress in cancer survivorship. **J Clin Oncol**. 2017 [citado em: 03 de ago. 2021]; 35(18):1978–1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5676953/>. Acesso em: 19 nov. 2023.

NUNES, Cristiane Abdon *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade básica dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, spe2, p. 127-144, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s209>. Acesso em: 20 nov. 2023.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de *et al.* Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>. Acesso em: 18 dez. 2023.

OLIVEIRA, Juliana da Silva *et al.* Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: atribuições de enfermeiros e enfermeiras. **Rev. APS**. 2021 abr.-jun.; 24(2): 410-28. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16848> Acesso em: 15 out 2023.

Organização das Nações Unidas. **Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Resolução A/RES/70/1 [internet]. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br>. Acesso em: 14 out. 2022.

ORTIZ, Gabriela Dos Santos Vera; ÁVILA, Livia Keismanas de; COSTA, Evelyn Fabiana. Proposta de instrumento de atenção primária à saúde da pessoa com deficiência. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 63, n. 2, p. 53, 7 ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.2.53>. Acesso em: 23 nov. 2023.

PEMBROKE, Michelle; BRADLEY, Julie; NEMETH, Lynne. Breast Cancer Survivors' Unmet Needs After Completion of Radiation Therapy Treatment. **Oncology Nursing Forum**, v. 47, n. 4, p. 436-445, 1 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/20.onf.436-445>. Acesso em: 30 abr. 2023.

PESSOA, Vanira Matos *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000800009>. Acesso em: 11 set. 2023.

RAMALHO, Marclineide Nóbrega de Andrade *et al.* Acompanhamento de pessoas com câncer por enfermeiros da atenção primária. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 35, n. 4, dic. 2019. ISSN 1561-2961. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3011>. Acesso em: 15 out. 2023.

RAMOS, Conrado; CARVALHO, João Eduardo Coin de; MANGIACAVALLI, Maria Angélica da Silveira Corrêa. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1387-1396, out. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232007000500036>. Acesso em: 20 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Departamento de economia e estatística**. Site oficial da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. 2022. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/pib-anual>. Acesso em: 09 nov. 2023.

RODRIGUES, Barbosa Adriana; VIEIRA, Alves Anderson; SANTOS, Gabriela Chaves Stephany. Medidas de Prevenção e Manejo Adequado do Paciente Oncológico em Tempos de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, Tema Atual, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/21769745.rbc.2020v66ntemaatual.1125>. Acesso em: 23 nov. 2022.

RODRIGUES, Marcia Cristina; FONSECA, Fausto Helena Maria Seidl; PENZIN, Morgana Valéria. Relatório de Pesquisa: Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**. 2020. Disponível em: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/relatorio-de-pesquisa-atencao-primaria-a-saude-em-territorios-rurais-e-remotos-no-brasil/26538/> Acesso em: 22 nov. 2023.

ROLAND, Roberta. Emergency Room Nurses Transitioning from Curative to End-of-Life Care: The Rural Influence. *Online J Rural Nurs Health Care* [Internet]. 2016;16(2):58-85. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v16i2.396>. Acesso em: 15 out. 2023.

ROSA, Luciana Martins da *et al.* Demandas de atendimento de enfermagem e de qualificação em oncologia na atenção básica em saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1-9, 30 out. 2017. Universidade Federal do Parana. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51607>. Acesso em 20 fev. 2024.

ROSA, Lucelina Rosseti. As categorias rural, urbano, campo e cidade: a perspectiva de um continuum. In: SPOSITO, M. E. B.; WHITACKER, A. M. Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural. São Paulo: Expressão Popular, 2013. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/10554> Acesso em: 15 out. 2023.

SAMUDIO, Jania Lurdes Pires *et al.* Agentes Comunitários de Saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 745-769, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075>. Acesso em: 28 mai. 2023.

SANTANA, Vagner Caminhas; BURLANDY, Luciene; MATTOS, Ruben Araujo de. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 159-169, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912012>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>. Acesso em: 23 out. 2023.

SEHNEM, Graciela Dutra *et al.* Acesso à atenção primária em saúde por mulheres residentes na zona rural: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e50985338, 21 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5338>. Acesso em: 23 nov. 2023.

SILVA, Bruno Neves da *et al.* ANÁLISE CONTEXTUAL DO CUIDADO DA ENFERMEIRA RURAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 35, 28 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1066>. Acesso em: 26 set. 2023.

SILVA, Camila Tahis dos Santos *et al.* Desafios para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769246850>. Acesso em: 10 set. 2023.

SILVA, Irene de Jesus *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Estudo Teórico. **Rev. esc. enferm. USP** 43 (3). Set 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SILVA, Leandro Barreto da *et al.* Knowledge of primary health care professionals on health policies for the riverside population. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0080>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SILVA, Santana Lilianny. Assistência da enfermeira à pacientes oncológicos na atenção básica: um olhar sobre a saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). **Centro Universitário Maria Milza**, 2023. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/handle/123456789/2924>. Acesso em: 05 out. 2023.

SOARES, Amanda Nathale *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300332>. Acesso em: 29 abr. 2023.

SOARES, Soares, Rosana Kirsch *et al.* Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 9(2): 221-235, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1718>. Acesso em: 19 out. 2023.

SOUSA, Rodrigo Tobias Lima *et al.* Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2053-2064, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Acesso em: 23 nov. 2023.

SOUZA, Geiza Rocha Macedo *et al.* Atuação da enfermagem na atenção primária à saúde ao paciente oncológico infante juvenil: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.5, p.46399-46411 Mai. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.29514>. Acesso em 5 out. 2023.

SOUZA, Luciária Silva *et al.* Avaliação da funcionalidade familiar em pessoas idosas convivendo com HIV/AIDS. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, v. 11, n. 33, p. 99-106, 29 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.99-106>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SOUZA, Marcela Teixeira de; NASCIMENTO, Camila Araujo; SPEZANI, Renê dos Santos. Influências da espiritualidade e religiosidade na assistência de enfermagem a pacientes que fazem o processo morte-morrer. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, n. 2, p. 32-38, 11 dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1919>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SUWANKHONG, Dusanee; LIAMPUTTONG, Pranee. Social Support and Women Living With Breast Cancer in the South of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 48, n. 1, p. 39-47, 18 nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12179>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SPOSITO, Maria Encarnacao Beltrao; Whitacker, Arthur Magon. (Org.). Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural. 2. ed. São Paulo: **Expressão Popular**, 2010. p. 11-31. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-64398> Acesso em 20 dez 2023

TAVARES, Jeane Saskya C.; TRAD, Leny A. Bomfim. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 426-435, abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000200009>. Acesso em: 12 jun. 2023.

TOMMIS, et al. Rural-urban differences in the effects on mental well-being of caring for people with stroke or dementia. **Aging & Mental Health**, 11:6,743-750. 2014.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001000023>. Acesso em: 11 mar. 2023.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 6ª Edição. 2013.

URSINE, Bárbara Lyrio; PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 109-120, 29 jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0666>. Acesso em: 23 nov. 2022.

VEIGA, Jose Eli. **Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2003. 304 p.

VIERO, Cibelle Mello *et al.* Risk society: the use of pesticides and implications for the health of rural workers. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160014>. Acesso em: 20 jan. 2023.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2ª edição, 1998. ISBN-10: 8532630332

WOLLMANN, Silvana Teresa Neitzke *et al.* Atenção primária em saúde no contexto da ruralidade e os desafios da pandemia do COVID-19: olhar a partir da prática assistencial / Primary health care in the context of rurality and the challenges of the pandemic of COVID-19: looking from the care practice. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 6313-6323, 24 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-426>. Acesso em: 23 nov. 2023.

ZILLMER, Juliana Graciela Vestena *et al.* A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 3, n. 3, p. 749, 3 jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.149-181-1-rv.0303200941>. Acesso em: 18 out. 2023.

ZHU, Anna *et al.* Analysis of strategies to attract and retain rural health workers in Cambodia, China, and Vietnam and context influencing their outcomes. **Human Resources for Health**, v. 17, n. 1, 7 jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0340-6>. Acesso em: 11 out. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRO(A)

1. A sua unidade de saúde se localiza no território rural ou urbano?
2. Em sua área de abrangência da unidade de saúde existem pessoas com câncer?
3. Qual é o município de referência para o tratamento de câncer na sua região de atuação?
4. Como ocorre o cuidado das pessoas com câncer que vivem em contexto rural?
5. Que fatores você considera facilitadores para o cuidado dos pacientes oncológicos que vivem em contexto rural de acordo com sua área de atuação?
6. Que fatores você considera limitadores para o cuidado dos pacientes oncológicos que vivem em contexto rural de acordo com sua área de atuação?
7. O que você entende por rede de atenção às pessoas com câncer?
8. Você recebe algum retorno/contrarreferência ao encaminhar pacientes com diagnóstico de câncer aos serviços especializados?
9. Na sua unidade de saúde são desenvolvidas ações para prevenção e diagnóstico precoce de câncer?
10. Na sua unidade de saúde existe um protocolo específico para o cuidado de pessoas com câncer?
11. Como você avalia o acesso das pessoas com câncer à unidade de saúde?
12. Você se considera capacitado para trabalhar com pessoas com câncer em contexto rural?
13. Você gostaria de falar mais alguma coisa referente à temática?

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PESSOA COM CÂNCER

- 1 Como é viver ou já ter vivenciado o câncer?
- 2 O que tem ajudado ou ajudou você a enfrentar o câncer?
- 3 Quais pessoas lhe ajudam ou ajudaram nessa condição de adoecimento?
- 4 Quando precisa de algum cuidado relacionado ao seu adoecimento e busca pelo serviço de saúde do seu território você considera efetivo o cuidado prestado?
- 5 Enfrenta ou enfrentou alguma dificuldade de acesso ao serviço de saúde?
- 6 Enfrenta ou enfrentou algum tipo de dificuldade por residir no meio rural?
- 7 Como você se sente residindo no meio rural?
- 8 Com o que você trabalha ou trabalhou na maior parte da sua vida?
- 9 Você gostaria de falar mais alguma coisa referente à temática?

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Pesquisa: Viver com câncer no meio rural e o cuidado do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina dos Santos Colomé

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões – Departamento de Ciências da Saúde.

Pesquisadora Mestranda: Letícia Fussinger

Telefone para contato e endereço postal: Av. Independência nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000, Palmeira das Missões/RS. Contato: (55) 99723-4249. Endereço eletrônico: letifussinger@hotmail.com

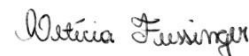
Locais de coleta de dados: Municípios rurais adjacentes que compoem a 15^a Coordenadoria Regional de Saúde.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista semiestruturada, os quais serão gravados presencialmente em uma sala previamente reservada no serviço de saúde em que o participante ocupa ou online por meio da plataforma de videoconferências do Google Meet®. As informações serão utilizadas para execução do presente projeto, para a construção de um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais de análise e para desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 04, Bloco 2 Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões, no endereço Av. Independência, nº 3.751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões/RS por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina dos Santos Colomé. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 09/02/2023, com o número do CAAE 66397722.6.0000.5346

Palmeira das Missões/RS, ___ de _____ de 20 ____.



Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina dos Santos Colomé



Enf^a Mestranda Letícia Fussinger

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM – CEP/UFSM
Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 - Bairro Camobi - Santa Maria/RS -
CEP 97.105-900 Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com - Web:
www.ufsm.br/pro-reitorias/prpqp/cep/

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE**

Pesquisa: Viver com câncer no meio rural e o cuidado do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina dos Santos Colomé
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões –Departamento de Ciências da Saúde.

Pesquisadora Mestranda: Letícia Fussinger

Telefone para contato e endereço postal: Av. Independência nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000, Palmeira das Missões/RS. Contato: (55) 99723-4249.
Endereço eletrônico: letifussinger@hotmail.com

Locais de coleta de dados: Municípios rurais adjacentes da 15^a Coordenadoria Regional de Saúde.

Eu, Prof^a. Isabel Cristina dos Santos Colomé, responsável pela pesquisa “Viver com câncer no meio rural e o cuidado do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” o(a) convido a participar voluntariamente deste estudo que tem como objetivo “Compreender as vivências das pessoas com câncer residentes no contexto rural e o cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde frente a essa doença”.

A sua participação neste estudo será por meio de uma entrevista que poderá ser realizada de forma presencial ou online por meio da plataforma Google Meet® considerando o interesse do participante. Em ambas as possibilidades serão realizadas individualmente, mediante agendamento telefônico prévio. As entrevistas serão gravadas com dispositivo eletrônico de gravação de áudio e posteriormente transcritas. Será disponibilizada a possibilidade de leitura do material resultante da coleta de dados para sua avaliação e validação.

Sua **participação é totalmente voluntária** e não receberá qualquer vantagem financeira ou de qualquer espécie. As informações coletadas destinam-se exclusivamente à construção do conhecimento científico e poderão ser divulgadas em eventos ou publicações sem a identificação dos participantes. Além disso, assegura-se pleno **sigilo e anonimato** aos participantes e instituições do estudo durante todas as fases da pesquisa e compromete-se resguardar todos os dados oriundos desses.

Na entrevista em ambiente virtual, a obtenção de seu consentimento de participação dar-se-á pelo envio de convite e TCLE via e-mail. O pesquisador se responsabiliza pela obtenção, armazenamento e transferência adequados dos dados obtidos virtualmente. Portanto, assim que for concluída a coleta de dados, o pesquisador fará o *download* para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, compartilhado ou “nuvem”.

Os pesquisadores responsabilizam-se por ponderar entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, respeitados todos os princípios bioéticos. Este estudo apresenta **riscos mínimos** que podem ser associados às interpretações ou recordações das situações vividas que possam gerar desconforto.

Para minimizar os riscos será feita uma abordagem inicial com exposição do tema, questão de pesquisa, objetivos e etapas da pesquisa (coleta de dados, gravações e transcrições). No entanto, caso ocorra qualquer desconforto ou o participante não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, esta será suspensa momentaneamente/definitivamente, podendo ser reagendada para um novo encontro. Caso haja necessidade, os participantes terão acesso aos serviços de saúde locais, onde será garantido o atendimento com acompanhamento das pesquisadoras.

Estabelece-se assegurar nenhum constrangimento, físico, intelectual ou moral decorrente da participação. Serão respeitados sua dignidade e autonomia, concedendo-se o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem aviso ou justificativa em relação a sua decisão. É seu direito também solicitar indenização por qualquer dano comprovadamente decorrente da participação na pesquisa. Será assegurada também assistência imediata e integral, sem ônus de qualquer espécie, prestada para atender complicações e danos decorrentes da pesquisa.


Os **benefícios** tem potencial para qualificar o cuidado às pessoas com câncer e suas famílias que residem no meio rural, acredita-se que o estudo possa contribuir no processo de formação acadêmica e favorecer construções teóricas a partir da problematização da prática. Da mesma forma, os resultados deste estudo poderão contribuir na sensibilização dos profissionais enfermeiros para ações de cuidado que incluam as pessoas com câncer e suas famílias e considerem as particularidades que envolvem o modo de viver no meio rural.

Os dados serão armazenados na Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões (sala 04, Bloco 2 Enfermagem), no endereço Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões/RS. Todos os documentos serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da Prof^a. Isabel Cristina dos Santos Colomé e da mestrandia Letícia Fussinger. Após esse período os dados serão fotocopiados e salvos em arquivo digital para consultas posteriores e, também, subsidiar novas pesquisas.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Palmeira das Missões, _____, de _____ de 20__.

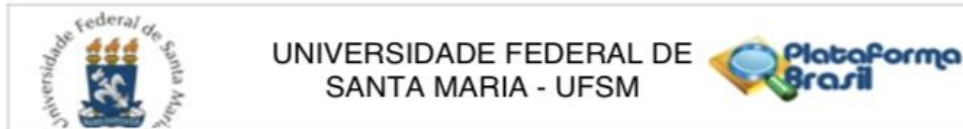


Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVER COM CÂNCER NO MEIO RURAL E O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Isabel Cristina dos Santos Colomé

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66397722.6.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

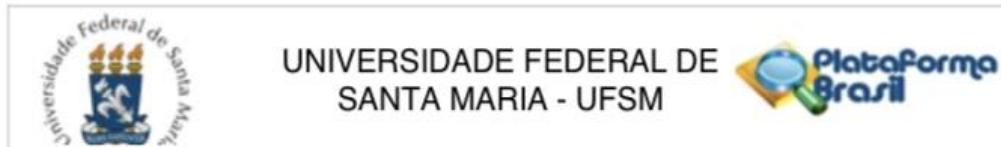
Número do Parecer: 5.885.356

Apresentação do Projeto:

Pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da UFSM – campus Palmeira das Missões.

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "No Sistema Único de Saúde (SUS), a APS é um importante componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Câncer por desenvolver ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à saúde a estes indivíduos e suas famílias (ORTIZ, 2018). O objetivo do estudo é compreender as vivências das pessoas com câncer residentes em contexto rural e o cuidado de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo. Projeta-se desenvolver a pesquisa em municípios classificados como rurais adjacentes (IBGE, 2010) do Estado do Rio Grande do Sul pertencentes à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os participantes do estudo serão enfermeiros que compõem as equipes de Atenção Primária à Saúde que atuam nos municípios selecionados e pessoas com câncer que residem no meio rural e possuem vínculo ao serviço de saúde de atuação destes enfermeiros. Projeta-se coletar os dados a partir da entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas e fechadas. Para apreciação dos dados obtidos será utilizada a Análise de Conteúdo do Tipo Temática, que compreende a etapa de Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Este estudo será desenvolvido seguindo as recomendações previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 5.885.356

de Saúde do Ministério da Saúde, respeitando desta forma, as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os resultados do estudo podem contribuir para fomentar discussões na implementação de estratégias de cuidado às pessoas com câncer, fornecendo subsídios para a construção do conhecimento em saúde, o que poderá auxiliar no planejamento de ações de saúde na região estudada e, também, de regiões com características semelhantes."

No projeto constam, ainda, revisão bibliográfica, descrição da metodologia, instrumento de coleta de dados, cronograma e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as vivências das pessoas com câncer residentes no contexto rural e o cuidado prestado pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde frente a essa doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tendo em vista as características do projeto, os riscos e benefícios estão descritos adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2060990.pdf	03/02/2023 18:04:30		Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 5.885.356

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZA.pdf	03/02/2023 18:03:55	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	03/02/2023 18:03:22	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/02/2023 18:03:02	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	03/01/2023 12:14:45	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/01/2023 12:07:49	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Outros	projeto_72301.pdf	03/01/2023 12:05:42	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CONFIDE.pdf	03/01/2023 12:05:04	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/12/2022 19:01:59	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 09 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br