

## Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de mulheres recentemente diagnosticadas com câncer

Danielly Vincensi\*  
Emelli Fin Hermann\*  
Sandra Emilia Drews Montagner\*  
Eniva Milani Fernandes Stumm\*  
José Antônio Gonzalez da Silva\*  
Juliana Maria Fachinetto\*  
Christiane de Fátima Colet\*

075

### Resumo

No ano de 2018, houve 227.920 óbitos no Brasil por neoplasias, 19.692 referentes à população feminina do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Estima-se que para 2020, 115.780 novos casos de câncer incidam sobre a população feminina brasileira, o que justifica o enfoque principal do presente estudo. Este avaliou a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e familiares de mulheres recentemente diagnosticadas com câncer e o seu local de moradia. Trata-se de um estudo transversal e observacional, o qual a coleta de dados ocorreu no período de agosto 2018 a janeiro de 2019 através da aplicação de um questionário, participaram 143 mulheres recentemente diagnosticadas com câncer, assistidas em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de um hospital geral porte IV (300 ou mais leitos) as quais foram subdivididas em três grupos: Rural, Urbano sem Exposição Rural e Urbano com Exposição Rural. Verificou-se que 51% das mulheres possuíam idade inferior a 60 anos e, comorbidades como: Obesidade, depressão e câncer de mama, demonstraram associação significativa com relação ao local de moradia ( $p=0,035$ ,  $p=0,028$   $p=0,032$ , respectivamente). Conclui-se que apesar do meio urbano disponibilizar maior infraestrutura no diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção à ocorrência do câncer; mulheres urbanas, rurais e expostas ao meio rural, demonstraram ocorrências parecidas para a incidência de alguns tipos de canceres.

**Palavras-chave:** Oncologia. Mulheres. Zona Rural. Zona Urbana.

### INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo<sup>1</sup>. A Organização Mundial da Saúde 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<sup>2</sup>. No ano de 2018, houve 227.920 óbitos no Brasil por neoplasias, com maior incidência na região sudeste. A região Sul ocupou o terceiro

lugar no ranking, com 43.141 óbitos e, destes 19.692 são referentes à população feminina<sup>3</sup>. A cada seis mulheres uma é diagnosticada com câncer, sendo os mais comuns: de mama e colo do útero<sup>4</sup>.

Em países com perfil de baixa e média renda, como o Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal centro de referência no tratamento de câncer, o qual é referência mundial no que se refere a programas de assistência pública, promovendo o acesso igualitário às ações e

DOI: 10.15343/0104-7809.202145075088

\*Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Ijuí/RS, Brasil  
E-mail: danivincensi@hotmail.com

serviços prestados. No entanto, este apresenta algumas limitações, como: a dificuldade de acesso a consultas, o tempo de espera e a falta de condições para internação, e estes fatores podem piorar o prognóstico e a sobrevivência dessa população<sup>5</sup>.

Baseado no enfoque principal do presente estudo, a população feminina representa 49,5% da população mundial; no entanto, formam uma proporção maior entre aqueles com idade superior a 60 anos, com associação maior entre ocorrência de câncer e envelhecimento<sup>3</sup>. No Brasil, para o ano de 2020, é estimado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, as neoplasias mais incidentes na população feminina, sejam o câncer de mama, correspondente à 66.280 novos casos; seguido por colón e reto, estimado em 20.470 casos; colo do útero, que apresenta 16.590 novos casos e o câncer de traqueia, brônquio e pulmão totalizando 12.440 novos casos esperados<sup>6</sup>.

Padrões diferenciais de incidência e mortalidades por câncer são observados entre as comunidades rurais e urbanas em âmbito mundial, visto que o grau de urbanização interfere no prognóstico da doença. No qual, quanto mais urbanizado, maior o acesso à saúde, possibilidade de diagnóstico e tratamento adequados; enquanto, os locais urbanizados

apresentam números elevados e diagnóstico tardio, e por vezes, dificuldade para realizar o tratamento devido à distância de sua moradia até o local indicado para o mesmo<sup>7</sup>. Lidar com o ônus do câncer em mulheres é importante não apenas por seu impacto na saúde, mas também para enfrentar as desigualdades de gênero e reconhecer o papel da mulher, como condição social e econômica e sua importância no seio familiar<sup>3</sup>.

Entretanto, mesmo que a relação da diferença dos locais com câncer seja reconhecida, trabalhos que investigam a influência destes na prevalência do câncer ainda são escassos, principalmente aqueles com população feminina. Dessa forma, este estudo pode buscar novas informações que auxiliem os profissionais de saúde no enfrentamento diário contra o câncer, na prevenção e detecção precoce, auxiliando na implementação de protocolos que ajudem no seu manejo e que contribuam com as agendas nacionais e internacionais, as quais tenham como uma de suas pautas a redução/enfrentamento do câncer.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e familiares de mulheres recentemente diagnosticadas com câncer e o seu local de moradia.

## METODOLOGIA

O presente estudo, apresenta delineamento transversal, quantitativo, descritivo e analítico. A pesquisa transversal consiste em avaliar a população em um único momento no tempo, junto à exposição e o desfecho<sup>8</sup>. O método descritivo permite definir as variáveis estudadas, enquanto o delineamento analítico investiga a associação/relação entre elas<sup>9</sup>. A pesquisa quantitativa enfatiza o raciocínio e aspectos mensuráveis da experiência humana, permite

estabelecer uma teoria a partir de conceitos convertidos em variáveis<sup>9</sup>.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019, em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), situado em um hospital de porte IV (300 leitos ou mais), adscrito à região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O CACON conta com serviços de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia e pesquisa clínica,

que impulsiona este serviço em nível nacional e internacional, considerado referência na avaliação da segurança e eficácia de novos medicamentos para o tratamento do câncer.

A amostragem foi do tipo intencional e foram selecionadas 143 mulheres com diagnóstico de câncer, inseridas para iniciar tratamento oncológico junto ao CACON. Estas foram subdivididas em 3 grupos: Grupo Rural (GR) composto por mulheres com residência apenas rural; Grupo Urbano sem Exposição (GUSE), composto por mulheres que residiram exclusivamente na zona urbana ao longo de suas vidas, e; Grupo Urbano com Exposição Rural (GUER), composto por mulheres que atualmente residem na zona urbana, mas em algum que momento residiram no meio rural.

Os critérios para inclusão foram: Mulheres maiores de 18 anos diagnosticadas com câncer, resistentes na zona rural, urbana ou urbana com exposição rural e que ainda não iniciaram o tratamento oncológico. Os critérios de exclusão foram: Apresentar dificuldade ou incapacidade para compreender questões do instrumento de pesquisa.

A abordagem aos participantes da pesquisa foi realizada durante a primeira consulta de acesso ao CACON, anteriormente à terapia, em

sala reservada. Naquele momento, receberam informações sobre a pesquisa e, ao aceitarem integrar-se à população estudada, lhes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual, após leitura e esclarecimento de dúvidas, foi assinado em duas vias, uma em poder da pesquisadora e outra de cada participante

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário, com variáveis de caracterização sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida, comorbidades e tipos de câncer, preenchido pela própria paciente. As variáveis da pesquisa foram inicialmente inseridas em um banco de dados com o uso do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23.0 e analisadas com estatística descritiva e analítica. A análise descritiva foi apresentada como média e desvio padrão, frequência relativa e absoluta, e as associações entre os grupos foi realizada através teste de Qui-quadrado e o exato de Fisher. Para todos os testes, considerou-se como diferença estatisticamente significativa valor de  $p \leq 5\%$  ( $p \leq 0,05$ )<sup>10</sup>.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Cruz Alta, Parecer 2.626.873.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 143 mulheres, e estas foram subdivididas em 3 grupos: Grupo Rural (GR) com 42 (29,4%) mulheres; Grupo Urbano (GUSE) com 14 (9,8%) mulheres; Grupo Urbano com Exposição Rural (GUER) com 87 (60,8%) mulheres. Em relação a população total do estudo, 50,34% tem menos de 60 anos; 53,84% possuem companheiro fixo; 70,63% concluíram o ensino fundamental. A diferença do estado civil das mulheres associado aos diferentes grupos de locais de moradia,

apresentou diferença significativa ( $p=0,0068$ ), diferentemente da variável idade ( $p=0,676$ ) e escolaridade ( $p=0,244$ ) (Tabela 1).

Na Tabela 2, verifica-se entre o total de participantes que: 23,78% apresentaram dificuldade para engravidar, prevalecendo as do GR e do GUER; 9,1 % fazem uso de anticoncepcionais/contraceptivos orais, com frequência mais elevada entre aquelas do GUER; 1,4 % das mulheres realizam reposição hormonal, todas do GR, com diferença significativa ( $p=0,013$ ). Além disso, 33,6%

relatarem aborto familiar e 13,3% malformação fetal familiar, sem associação significativa entre os grupos.

Na Tabela 3, constata-se que as comorbidades: obesidade ( $p=0,035$ ) e depressão ( $p=0,028$ ) associadas aos diferentes locais de moradia, apresentaram significância estatística. Já as demais doenças, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Angina, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Cardiovascular Familiar (DVC), Hipercolesterolemia, Hepatite, Doença Renal, Asma/Bronquite, Artrite Reumatoide,

Trombose, Anemia Familiar, Parkinson, Alzheimer e Tabagismo, não tiveram diferenças significativas entre os grupos ( $p>0,05$ ).

Acerca da incidência dos diferentes tipos de câncer, o principal foi o câncer de mama, relatado por 30,9% das mulheres rurais e 26% das mulheres urbanas, seguido pelo câncer de traqueia, que foi mais frequente entre as do GR (2,4%) e do GUER (9,2%), e o câncer de colo de útero, o qual a prevalência foi maior entre aquelas do GUER (5,7%) e as do GUSE (14,3%). O índice de câncer de mama entre os grupos, foi significativamente significativo ( $p=0,032$ ).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica de mulheres com câncer recentemente diagnosticadas e assistidas em um CACON de um hospital geral, estratificados em rural em urbano. Ijuí, 2019.

	GR n (%) n=42	GUER n (%) n=87	GUSE n (%) n=14	p
<b>Idade (anos)</b>				
≤60	22 (52,4)	45 (51,7)	5 (35,7)	0,676 <sup>&amp;</sup>
≥61	20 (47,6)	42 (48,3)	9 (64,3)	
<b>Estado Civil</b>				
Com companheiro	30 (71,4)	41 (47,1)	6 (46,2)	0,0068 <sup>*&amp;</sup>
Sem companheiro	12 (28,6)	46 (52,9)	7 (53,8)	
<b>Escolaridade</b>				
EFC <sup>a</sup>	37 (88,1)	54 (54,5)	10 (90,9)	0,244 <sup>#</sup>
EFI <sup>b</sup>	3 (7,1)	17 (22,7)	0	
EMC <sup>c</sup>	2 (4,8)	4 (5,3)	1 (9,1)	

Legenda: <sup>a</sup> = Ensino Fundamental Completo; <sup>b</sup> = Ensino Fundamental Incompleto; <sup>c</sup> = Ensino Médio Completo; <sup>&</sup> = Teste de Qui-Quadrado; <sup>#</sup> = Teste de Fischer;  $p \leq 0,05$ ;

OBS: O n de cada variável é relativo ao número de mulheres que responderam à questão. GR- Grupo Rural, GUSE – Grupo Urbano, GUER – Urbano Com Exposição Rural.

**Tabela 2**– Eventos fisiológicos pelas participantes com câncer recentemente diagnosticadas e assistidas em um CACON de um hospital geral, estratificados em rural em urbano. Ijuí, 2019.

	GR n (%) n=42	GUER n (%) n=87	GUSE n (%) n=14	p
<b>Dificuldade em engravidar</b>				
Sim	13 (30,9)	21 (24,1)	0	0,233&
Não	29 (69,1)	66 (75,9)	14 (100)	
<b>Uso de anticoncepcionais orais</b>				
Usa	3 (7,1)	7 (8,2)	3 (23,1)	0,078#
Nunca usou	9 (21,4)	32 (37,6)	6 (46,2)	
Já usou	30 (71,4)	46 (54,1)	4 (30,8)	
<b>Menopausa</b>				
Sim	11 (26,2)	24 (27,9)	1 (7,1)	0,625&
Não	31 (73,8)	61 (70,9)	13 (92,9)	
<b>Reposição Hormonal</b>				
Sim	2 (6,5)	0 (0,0)	0	0,013#
Nunca usei	28 (90,3)	61 (92,4)	9 (90)	
Já usei	1 (3,2)	5 (7,6)	1 (10)	
<b>Aborto Familiar</b>				
Sim	14 (33,3)	27 (31,0)	7 (50)	0,572&
Não	28 (66,6)	60 (69,0)	7 (50)	
<b>Prematuridade Familiar</b>				
Sim	9 (21,4)	11 (11,0)	1 (7,1)	0,484&
Não	33 (76,7)	76 (87,4)	13 (92,9)	
<b>Malformação Familiar</b>				
Sim	8 (19,0)	9 (10,3)	2 (14,3)	0,577&
Não	34 (81,0)	78 (89,7)	12 (85,7)	
<b>Câncer Familiar</b>				
Sim	27 (64,3)	56 (64,4)	9 (64,3)	0,988&
Não	15 (35,7)	31 (35,6)	5 (35,7)	

Legenda: & = teste de qui-quadrado; # = teste de Fischer  $p \leq 0,05$

OBS: O n de cada variável é relativo ao número de mulheres que responderam à questão. GR- Grupo Rural, GUSE – Grupo Urbano, GUER – Urbano Com Exposição Rural.

**Tabela 3**– Comorbidades de mulheres com câncer recentemente diagnosticadas e assistidas em um CACON de um hospital geral, estratificados em rural em urbano. Ijuí, 2019.

	GR n (%) n=42	GUER n (%) n=87	GUSE n (%) n=14	p
<b>HAS<sup>a</sup></b>				
Sim	24 (57,2)	46 (53,5)	9 (64,3)	0,787 <sup>&amp;</sup>
Não	18 (42,8)	40 (46,5)	5 (35,7)	
<b>IAM<sup>b</sup></b>				
Sim	4 (9,5)	3 (3,5)		0,109 <sup>#</sup>
Não	38 (90,5)	84 (96,5)		
<b>Angina</b>				
Sim	9 (20,9)	12 (13,8)	3 (21,4)	0,534 <sup>&amp;</sup>
Não	34 (79,1)	75 (86,2)	11 (78,6)	
<b>AVC<sup>c</sup></b>				
Sim	3 (7,2)	5 (5,7)	1 (7,1)	0,990 <sup>#</sup>
Não	39 (92,8)	82 (94,3)	13 (92,9)	
<b>DVC<sup>d</sup> Familiar</b>				
Sim	26 (61,9)	43 (49,4)	7 (50)	0,569 <sup>&amp;</sup>
Não	16 (38,1)	43 (49,4)	7 (50)	
<b>Hipercolesterolemia</b>				
Sim	15 (34,9)	26 (29,9)	5 (37,5)	0,760 <sup>&amp;</sup>
Não	28 (65,1)	61 (70,1)	9 (64,3)	
<b>DM<sup>e</sup></b>				
Sim	5 (11,9)	16 (18,4)	1 (7,1)	0,611 <sup>&amp;</sup>
Não	37 (88,1)	71 (81,6)	13 (92,9)	
<b>Hepatite</b>				
Sim	4 (9,5)	6 (6,0)	0	0,532 <sup>#</sup>
Não	38 (90,5)	81 (93,1)	14 (100)	
<b>Doença Renal</b>				
Sim	4 (9,3)	4 (4,6)	3 (21,4)	0,154 <sup>#</sup>
Não	39 (90,7)	83 (95,4)	11 (78,6)	
<b>Asma / Bronquite</b>				
Sim	6 (14,0)	10 (11,5)	2 (14,3)	0,029 <sup>&amp;</sup>
Não	37 (86,0)	77 (88,5)	12 (85,7)	
<b>Artrite Reumatoide</b>				
Sim	14 (32,6)	26 (30,2)	4 (28,6)	0,973 <sup>&amp;</sup>
Não	29 (67,4)	60 (69,8)	10 (71,4)	
<b>Obesidade</b>				
Sim	2 (4,7)	13 (14,9)	5 (35,7)	0,035 <sup>*#</sup>
Não	41 (95,3)	74 (85,1)	9 (64,3)	
<b>Trombose</b>				
Sim	1 (2,3)	1 (1,0)	0	0,707 <sup>#</sup>
Não	42 (97,7)	86 (98,9)	14 (100)	

continua...

continuação tabela 3...

	GR n (%) n=42	GUER n (%) n=87	GUSE n (%) n=14	p
<b>Anemia Familiar</b>				
Sim	0 (0,0)	1 (1,0)	0	0,885 <sup>#</sup>
Não	43 (100,0)	86 (98,9)	14 (100)	
<b>Parkinson</b>				
Sim	0 (0,0)	1 (1,0)	0	0,885 <sup>#</sup>
Não	43 (100,0)	86 (98,9)	14 (100)	
<b>Alzheimer</b>				
Sim	1 (2,3)	1 (1,1)		0,536 <sup>#</sup>
Não	42 (97,7)	86 (98,9)		
<b>Depressão</b>				
Sim	17 (39,5)	30 (34,5)	5 (35,7)	0,028 <sup>&amp;</sup>
Não	26 (60,5)	57 (65,5)	9 (64,3)	
<b>Tabagismo</b>				
Sim	8 (18,6)	13 (14,9)	2 (14,3)	0,111 <sup>*</sup>
Não	33 (76,7)	53 (60,9)	11 (78,6)	
Já fumou	2 (4,7)	21 (24,1)	1 (7,1)	

Legenda: <sup>a</sup> = Hipertensão Arterial Sistêmica; <sup>b</sup> = Infarto Agudo do Miocárdio; <sup>c</sup> = Acidente Vascular Cerebral; <sup>d</sup> = Doença Cardiovascular; <sup>e</sup> = Diabetes Mellitus; & = teste de qui-quadrado; # = teste de Fischer p<0,05.

OBS: O n de cada variável é relativo ao número de mulheres que responderam à questão. GR- Grupo Rural, GUSE – Grupo Urbano, GUER – Urbano Com Exposição Rural.

**Tabela 4**– Tipos de Câncer de mulheres recentemente diagnosticadas e assistidas em um CACON de um hospital geral, estratificados em rural em urbano. Ijuí, 2019.

	GR n (%) n=42	GUER n (%) n=87	GUSE n (%) n=14	Total (%) n=143	p
<b>Corpo do Útero</b>					
Sim	1 (2,4)	4 (4,6)	0	5 (3,5)	0,722 <sup>#</sup>
Não	41 (97,3)	83 (95,4)	14 (100)	138 (96,5)	
<b>Mama</b>					
Sim	13 (30,9)	26 (26,0)	0	39 (27,3)	0,032 <sup>&amp;</sup>
Não	29 (69,0)	61 (70,1)	14 (100)	104 (74,7)	
<b>Colo de útero</b>					
Sim	0 (0,0)	5 (5,7)	2 (14,3)	7 (4,9)	0,176 <sup>#</sup>
Não	42 (100,0)	82 (94,3)	12 (85,7)	138 (96,5)	
<b>Vulva</b>					
Sim	0 (0,0)	2 (2,3)	0	2 (1,4)	0,728 <sup>#</sup>
Não	42 (100,0)	85 (97,7)	14 (100)	141 (98,6)	
<b>Colo de Reto</b>					
Sim	1 (2,4)	2 (2,3)	2 (14,3)	5 (3,5)	0,127 <sup>#</sup>

continua...



continuação tabela 4...

	GR n (%) n=42	GUER n (%) n=87	GUSE n (%) n=14	Total (%) n=143	p
Não	41 (97,3)	85 (97,7)	12 (85,7)	138 (96,5)	
<b>Traqueia</b>					
Sim	1 (2,4)	8 (9,2)	0	9 (6,3)	0,253 <sup>#</sup>
Não	41 (97,6)	79 (90,8)	14 (100)	134 (93,7)	
<b>Não Melanócitos</b>					
Sim	1 (2,4)	1 (1,1)	0	2 (1,4)	0,263 <sup>#</sup>
Não	41 (97,3)	86 (98,9)	14 (100)	141 (98,6)	

Legenda: & = teste de qui-quadrado; # = teste de Fischer p<0,05

OBS: O n de cada variável é relativo ao número de mulheres que responderam à questão. GR- Grupo Rural, GUSE – Grupo Urbano, GUER – Urbano Com Exposição Rural.

## DISCUSSÃO

Entre os tipos de câncer referidos no presente estudo, verificou-se que, metade deles ocorreram em mulheres, com idade inferior aos 60 anos. A literatura aponta associação entre envelhecimento populacional e aumento dos números de casos câncer<sup>11</sup>. Estes autores referenciam a falta de hábitos saudáveis, tabagismo, má alimentação, sedentarismo, infecções sexualmente transmissíveis e diagnóstico tardio e tratamento precoce, como principais fatores para justificar esse aumento; e, alguns destes, serão discutidos neste artigo. Por outro lado, De Freitas *et al.*<sup>5</sup> explica que o cuidado em saúde é mais evidente na população feminina com idades mais avançadas, sendo estas, mais preocupadas com seu bem estar e saúde e estas ocupam cerca de 60% dos centros de diagnóstico ou especialidades médicas.

A maioria das participantes do estudo reside na zona urbana. Batista *et al.*<sup>12</sup> constataram elevada frequência de mulheres que procuraram a instituição com diagnóstico de câncer em estadiamento avançado; desta forma, não residir próximo a um serviço de saúde, apresentou associação com o diagnóstico tardio já em estado avançado. Esta variável não foi avaliada no presente estudo. O predomínio das pacientes no perímetro urbano pode ser justificado pelos dados do IBGE, que no ano de

2010, demonstrou no município de Ijuí, maior número de mulheres portadoras de neoplasia neste local (91%)<sup>13</sup>.

Quanto ao estado civil, constatou-se que as residentes no meio rural são em maior n<sup>o</sup> casadas ou vivem com companheiro fixo, esta associação é significativa. Silva *et al.*<sup>14</sup> mencionam que o matrimônio é fator de permanência no meio rural e que aquelas que buscam formação escolar, trabalho e realização pessoal migram da zona rural para urbana. A presença masculina, como apoio à paciente com câncer, reflete no prognóstico da doença, faz com que a vivência com o câncer seja menos traumática para a mulher<sup>15</sup>.

Os resultados do presente estudo revelam que a escolaridade das mulheres residentes em áreas urbanas, é maior do que as residentes exclusivamente em áreas rurais; contudo, sem associação significativa. Cardoso *et al.*<sup>16</sup> demonstram em seu estudo que mulheres domiciliadas na área urbana possuem, entre cinco a onze anos de estudo, enquanto as da área rural, até oito anos de estudo.

Um percentual de mulheres deste trabalho relatou dificuldade para engravidar. Existem inúmeros fatores que desencadeiam este problema como: anovulação; idade; bloqueios das tubas uterinas e interrupção da nidação,



problemas hormonais, dentre outros<sup>17</sup>. Um dos fatores apontados por Garcia *et al.*<sup>18</sup> o intensivo uso de agrotóxicos com a infertilidade, sendo que o uso destes agentes pode gerar intoxicação, e conseqüentemente, ocasionar prejuízos agudos e crônicos, como impotência, aborto, malformações, neurotoxicidade, desregulação hormonal, efeitos sobre o sistema imunológico e câncer.

No ano de 2013, segundo o IBGE, a cada mil mulheres entrevistadas, em todo o Brasil, com idades entre 18 e 45 anos, não haviam obtido êxito para iniciar uma gestação, destas 83,9% eram residentes urbanas<sup>19</sup>. Este dado assemelha-se ao do presente estudo quanto a frequência da ocorrência, mas difere quanto ao local de moradia, já que no presente estudo houve predomínio de mulheres residentes no meio rural, ou já expostas ao mesmo.

No presente estudo, parte da amostra que reside no meio urbano, em algum momento tiveram exposição ao meio rural. Para Dutra *et al.*<sup>20</sup>, as fronteiras urbano-rurais estão cada vez mais próximas, o que pode propiciar a exposição de moradores periurbanos à contaminação de agrotóxicos. Sabe-se que, existem algumas variáveis que precisariam ser analisadas, como tempo de exposição, tipo de exposição e cuidados ao expor-se, considerando que a intensidade da exposição pode influenciar neste impacto, neste estudo tais dados não foram investigados.

No decorrer da coleta de dados, poucas entrevistadas faziam uso de anticoncepcionais orais ou de reposição hormonal. Os anticoncepcionais orais e a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), possuem em sua composição hormônios. O estudo de Tian *et al.*<sup>21</sup>, procurou mostrar efeitos da administração de estrogênio e progesterona na proliferação celular e mecanismos subjacentes em células MCF-7 de câncer de mama. A administração de estrogênio ou apenas progesterona foi suficiente para promover a proliferação de células MCF-7, porém a terapia combinada exerceu efeito prejudicial maior, quando comparado ao uso de hormônios isolados.

A terapia de reposição hormonal tem relação

com o câncer de mama, evidenciando um aumento do risco, após o quinto ano de uso da terapia medicamentosa, com maior potencial se for associado ao estrogênio e progesterona<sup>22</sup>. Souza *et al.*<sup>23</sup>, se reportam a contraindicação de terapia hormonal para mulheres com histórico familiar de câncer de mama que, nesses casos, recomenda-se terapêuticas alternativas para alívio dos efeitos do climatério.

O uso de anticoncepcionais orais, ocorrem, na maioria das vezes, em um período distante do surgimento do câncer de mama, e evidências mostram que, mulheres que fizeram uso por tempo inferior a quatro anos, não apresentaram associação significativa com o desenvolvimento do câncer de mama<sup>24</sup>. Quanto ao uso de anticoncepcionais durante o tratamento oncológico, o médico deve avaliar em termos individuais o caso de cada paciente, para alguns a suspensão dessa terapia hormonal é a opção mais segura, sendo um dos motivos, o aumento do risco de trombose e complicações vasculares, optando-se pelo Dispositivo Intrauterino (DIU) ou uso de camisinha, mas no caso do uso desses agentes, o paciente deve ser acompanhado por um profissional qualificado, para que este prescreva o anticoncepcional mais adequado, que não interaja com o tratamento prescrito e possa prevenir os possíveis riscos<sup>25</sup>.

Um percentual das mulheres do presente estudo declarou aborto familiar e malformação fetal, sem associação significativa entre os locais de moradia. De Stefani *et al.*<sup>26</sup> citam fatores de risco envolvidos com tais problemas, pontuam que a idade materna avançada possa ser um fator de risco para o surgimento de aneuploidias, visto que aumenta as chances de erros da divisão meiótica para produção dos gametas femininos com o passar da idade. Também, a raça, doenças pré-existentes, condições socioeconômicas e ambientais das gestantes, podem pré-dispor a incidência de malformações fetais<sup>27</sup>. No presente estudo, não foram avaliadas tais características destas mulheres.

Ainda sobre a má formação fetal, pode-se citar como fatores associados, o uso de álcool, que na gestação, ocasiona restrição do crescimento

fetal e perímetro cefálico menor<sup>28</sup>. Além deste, o cigarro, visto que a nicotina é altamente tóxica, também pode ocasionar aborto espontâneo, baixo peso e parto prematuro<sup>29</sup>.

Da mesma forma, a exposição aos agrotóxicos no período gestacional e sua relação com os riscos de más formações fetais, evidenciadas por estudo epidemiológico que aponta que a exposição crônica, está associada, como um fator de risco para a prematuridade do feto<sup>30</sup>. Observa-se ainda, que, em microrregiões que apresentam maior uso per capita de agrotóxicos, há maior índice de Apgar com nota de avaliação considerada insatisfatória (< 8), indicativo de precariedade nas funções vitais do recém-nascido, e ainda, nascimentos antes do término da 22ª semana, que geralmente resulta em morte neonatal<sup>18</sup>. Assim, tais dados sugerem a existência da relação dos riscos gestacionais, à fetos de mães expostas a agrotóxicos.

Morbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares familiares e obesidade mostraram-se frequentes nas entrevistadas. As doenças cardiovasculares possuem alta incidência e independe de sexo, mas no feminino, aumenta significativamente no período do climatério, e constitui problema de saúde pública<sup>31</sup>. Isso havia sido apontado por De Aguiar *et al.*<sup>32</sup> sobre pacientes que, ao diagnóstico do câncer, já possuem algum tipo de comorbidade prévia, entre elas, as mais incidentes são as doenças cardiovasculares.

Sobre a obesidade, esta foi verificada com maior frequência entre aquelas que residem no meio urbano e com exposição rural. Martins-Silva *et al.*<sup>33</sup> pontuam que as zonas rurais e urbanas diferem entre si, em países de rendas média e baixa, comentando em seu trabalho que há maiores índices de obesidade relatados entre os residentes urbanos. entretanto, os mesmos autores relatam valores comparáveis entre as duas situações em países de renda elevada alta, pois a urbanização e o maior acesso à mecanização têm sido sugeridos como fatores importantes para o aumento da prevalência de obesidade em zonas rurais. A obesidade, quando associada ao sedentarismo, demonstra relação direta com o desenvolvimento de algumas

neoplasias; quanto maior o valor do Índice de Massa Corporal (IMC), maior a gravidade e as chances de metástase ou de desenvolvimento do próprio tumor, além de estar relacionado com aumento da mortalidade<sup>32</sup>.

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer, com prevalências que variam de 22% a 29%<sup>34</sup>. Esses resultados vão ao encontro do presente estudo, no qual a depressão acometeu importante parcela da amostra. No Brasil, estudos de base populacional em áreas urbanas, desenvolvidos por Soares *et al.*<sup>35</sup> evidenciaram prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres residentes da zona rural, de 22,1% a 34,2%, apesar da relativa escassez de estudos nacionais, a prevalência de transtornos mentais no sexo feminino variou de 23,3% a 66,9%. As mulheres mais acometidas foram as com menor escolaridade, que sofreram aborto e que se declararam tabagistas, visto que a escolaridade possui uma relação direta com a saúde mental, influenciam em escolhas na vida e na aquisição de novos conhecimentos, que podem contribuir para atitudes e comportamentos mais saudáveis. E como já abordado, tal doença pode estar associada com a exposição aos agrotóxicos.

Fatores biológicos, como a desregulação do eixo hormonal associado ao estresse, e aumento da resposta inflamatória são comuns em pacientes com transtornos depressivos e têm sido considerados como possíveis mecanismos patológicos responsáveis por pior prognóstico de pacientes com câncer<sup>36</sup>. Pacientes com depressão podem aderir pouco aos esquemas de tratamento para o câncer ou podem desenvolver comportamentos prejudiciais à saúde, como o tabagismo<sup>34</sup>.

Uma parte importante da população feminina estudada, relatou o uso de tabaco. Desde o início da década de 50, foi estabelecido a relação entre consumo de cigarros e câncer de pulmão, e continuamente, estudos epidemiológicos têm identificado 20 novas localizações de câncer com vinculações causais ao uso do tabaco<sup>37</sup>.

Globalmente 175 milhões de mulheres com 15 anos ou mais são fumantes atuais<sup>38</sup>. Em 2013 foi realizada pelo IBGE a Pesquisa Nacional de

Saúde (PNS) em parceria com o Ministério da Saúde e a Fiocruz, atualizando os dados sobre prevalência de adultos fumantes brasileiros, no qual as mulheres domiciliadas na zona urbana, representaram 11% da população fumante, número próximo também, para mulheres com moradia no meio rural, as quais representam 10,7%, percentuais que assemelham-se com os achados nesse estudo<sup>39</sup>.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)<sup>39</sup>, o tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão e em cerca de 85% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. Os riscos de ocorrência da doença e a mortalidade causada por esta, são aumentados quanto maior a intensidade da exposição ao tabagismo.

De acordo com o INCA<sup>39</sup>, no ano de 2020, 66.280 novos casos de câncer de mama serão diagnósticos, 29,7% de todas as neoplasias estimadas para o período. Em segundo lugar, estima-se que seja o câncer de colo e reto (9,2%), seguido pelo de colo do útero (7,5%) e de traqueia (5,6%)<sup>6</sup>, o que colabora com os resultados deste estudo, no qual os tipos de câncer mais frequentes foram: de mama, colo de útero e traqueia.

O câncer de mama é o mais incidente, no mundo, na população feminina e mais comum em mulheres de 45 a 65 anos<sup>24</sup>. Principais fatores de risco para câncer de mama são idade, genéticos e fatores endócrinos, e é preconizado que apenas 5 a 10% do total de casos, corresponda, ao caráter hereditário<sup>40</sup>.

Sobre a diferença do cuidado entre as mulheres oncológicas quanto ao seu local de moradia, Ribeiro *et al.*<sup>6</sup> afirmam que, apesar de os estados e capitais mais urbanizados facilitarem o acesso ao sistema de saúde; no entanto, em seu estudo, houve crescimento da mortalidade por câncer de mama tanto nos estados mais urbanizados quanto nos menos urbanizados. Em relação a este estudo, o aumento da taxa de mortalidade por câncer em perímetros mais urbanizados, pode ser explicada a partir da

pesquisa de Hall *et al.*<sup>41</sup>, na Carolina do Norte, que concluíram que o excesso de incidência nos municípios urbanos parece ser explicado pela predominância urbana de hospitais de registro e conseqüentemente, os municípios com esses hospitais podem ter maior incidência por causa do aumento da detecção do câncer de mama.

O INCA explica que o câncer de colo de útero tem como possíveis fatores de riscos: O início da atividade sexual precoce; múltiplos parceiros; o tabagismo e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais<sup>42</sup>. Sobre as neoplasias, Mascarello *et al.*<sup>43</sup> dizem que esta possui o mais alto potencial de prevenção e cura, além de bom prognóstico, quando diagnosticada precocemente, entretanto o diagnóstico tardio pode ser o principal responsável pela manutenção das altas taxas de mortalidade. Fernandes *et al.*<sup>44</sup> afirmam que a incidência de câncer do colo do útero pode ser reduzida em torno de 80% quando o rastreamento citológico for implantado com qualidade. No entanto, cenários com oferta regular de rastreamento do mesmo, demonstram que não houve diminuição expressiva em sua incidência. Mascarello *et al.*<sup>43</sup>, concluem, conforme observado no estudo, que a incidência do câncer foi superior em mulheres com menor nível de escolaridade e de classes sociais mais baixas.

Quanto o câncer de pulmão e traqueia, teve sua incidência aumentada no sexo feminino. Mendonça *et al.*<sup>45</sup> abordam que esse tipo de câncer estabilizou ou diminuiu na população masculina, enquanto, nas mulheres, tem aumento significativamente nos últimos anos. Estima-se que, para 2020, o câncer de traqueia, brônquio e pulmão seja diagnosticado em 12.440 mulheres<sup>6</sup>.

O processo de carcinogênese pulmonar nas mulheres pode ser influenciado por diversos fatores, tais como desordens hormonais e fisiológicas<sup>43</sup>. No entanto, nem todas as pessoas com essas alterações desenvolvem câncer de pulmão, algumas sem nenhum fator de risco conhecido desenvolvem, o que indica a importância das influências genéticas e ambientais<sup>46</sup>.

O câncer compromete a qualidade de vida das mulheres, nos domínios físicos, psicológicos e sociais, principalmente aquelas com 50 anos ou mais, não só pelo fato de terem que lidar com o trauma da perda da feminilidade, mas também com o medo de rejeição de seus

parceiros e a pressão dos compromissos de mãe e dona de casa. Por esse motivo, o apoio de profissionais, e principalmente, da família é importante, a fim de reduzir o sofrimento das mulheres recentemente diagnosticadas com câncer<sup>47</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e familiares de mulheres recentemente diagnosticadas com câncer relacionadas ao seu local de moradia, mostrando que apesar do meio urbano disponibilizar maior infraestrutura no diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção à ocorrência do câncer; mulheres urbanas, rurais e expostas ao meio rural, demonstraram ocorrências parecidas para a incidência de alguns tipos de cânceres. Portanto, conclui-se que o estado civil, o uso de reposição hormonal, e comorbidades como: obesidade, depressão e câncer de mama tem associação com os diferentes locais de moradia.

No entanto, este trabalho apresenta algumas limitações: 1) o número discrepante entre as participantes de cada grupo que não foram controlados pelo estudo; 2) a falta de informações sobre o diagnóstico de câncer das mulheres; 3) a ausência de informações sobre o tempo de exposição ao meio rural e aos agrotóxicos.

Os achados desta pesquisa, contribuem com os dados já existentes na literatura e com os profissionais de saúde, a fim de prevenir agravos e reduzir índices crescentes de câncer nesta população. Recomenda-se novas pesquisas que avaliem as características de mulheres com câncer, que auxiliem na sua prevenção e no seu manejo.

## REFERÊNCIAS

1. Torre LA, Islami F, Siegel RL et al. Global Cancer in Women: Burden and Trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017;26(4):444-457.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Notícias: OMS e IARC lançam relatórios globais sobre o câncer [publicação na web]; 2020 [acesso em 20 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/noticias/oms-e-iarc-lancam-relatorios-globais-sobre-o-cancer>
3. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS. Indicadores de morbidade e fatores de risco - TABNET [publicação na web]; 2018 [acesso em 20 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. Wambalaba FW, Son B, Wambalaba AE et al. Prevalence and Capacity of Cancer Diagnostics and Treatment: A Demand and Supply Survey of Health-Care Facilities in Kenya. *Cancer Control.* 2019;26(1):1073274819886930.
5. Freitas MLF, Nunes MS, Rodrigues PKB et al. História familiar de câncer, perfil sociodemográfico e estilo de vida da população assistida em um programa de prevenção ao câncer. *Unimontes.* 2019;93-100.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [publicação na web]; 2020 [acesso em 20 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
7. Ribeiro MS, Abreu NC, Borges TFF et al. Urbanidade e mortalidade por cânceres selecionados em capitais brasileiras, 1980-2009. *Cad Saúde Colet.* 2013;21(1):23-33.
8. Thiese MS. Observational and interventional study design types; an overview. *Biochemia Med.* 2014;24(2):199-210.
9. Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1ªed. Porto Alegre: Moriá; 2015.
10. Bisquerra, R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.



11. Miranda B, Vidal SA, Mello MJG et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(3):207-211.
12. Batista MG, Da Silva Ramos K, Costa CBA. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento avançado. *RCSNE*. 2017;15(2):77-87.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. SIDRA Tabela 1378 - população residente, por situação do domicílio, sexo e idade, segundo a condição no domicílio e compartilhamento da responsabilidade pelo domicílio [publicação na web]; 2010 [acesso em 25 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1378#resultado>
14. Silva CBC, Schneider SG. Trabalho rural e pluriatividade. Gênero e geração em contextos rurais. Ed. *Mulheres*. 2010:183-208.
15. Ferreira DB, Frago PM, Reis ED et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras de Enf*. 2011;64(3):536-544.
16. Cardoso LSM, Mendes LL, Velásquez-Meléndez G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Estudo transversal de base populacional. *REBEn*. 2013;17(1):86-101.
17. Lima APW, Lourenço JW. Infertilidade humana: comentando suas causas e consequências. *Rev Saúde e Desenvolvimento*. 2016;10(5):110-124.
18. Garcia SD, De Lara TIC. O impacto do uso dos agrotóxicos na saúde pública: revisão de literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2020;8(1):85-96.
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, ainda menstruam e participaram de grupo de planejamento familiar para 2013 [publicação na web]; 2013 [acesso em 25 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://sidra.ibge.gov.br/tabela/5531#resultado>
20. Dutra LS, Ferreira AP. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. *Rev Saúde em Debate*. 2017;41:241-253.
21. Tian JM. Estrogen and progesterone promote cell proliferation of breast cancer, inducing the expression of G1 cyclin. *Braz J Med Biol Rev*. 2018;51(3).
22. Schunemann JE, Souza RT, Dória MT. Hormonal contraception and breast cancer. *Femina*. 2011;39(4):232-235.
23. Souza NRR, Viana MEL, Miranda MLC, Guimarães BCS, Miranda ML, Souza JHK. Relationship between hormone replacement therapy in menopause and the development of neoplasms. *Braz J Surg Clin*. 2019;25(2):135-143.
24. Sabino ECC. O uso de anticoncepcionais orais combinados e sua relação com o câncer de mama [publicação na web]; 2017 [acesso em 25 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11718>
25. Silva S, Boer R, Cruz LAP et al. Fertility and contraception in women with cancer undergoing chemotherapy. *Esc Anna Nery*. 2020;25(1).
26. Stefani RR, Bockmann BS, Baldissera GS et al. Congenital malformations: main known etiologies, population impact and need for monitoring. *Acta méd*. 2018:155-184.
27. Oliveira LMMH, Araujo HMMH, Arimateia GDT et al. Malformações e Abortos Espontâneos no Brasil. *Unicatólica*. 2020;4(2).
28. Freire TM, Machado JC, Melo EV et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras de Ginecol Obstet*. 2005;27(7):376-381.
29. Rodrigues AL, De Souza DR, De Lima Borges J. Consequências do uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe-feto. *DêCiência em Foco*. 2018;2(1):53-62.
30. Cremonese C, Freire C, Meyer A et al. Exposição a agrotóxicos e eventos adversos na gravidez no Sul do Brasil, 1996-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(7):1263-1272.
31. Takamune DM, Maruichi MD, Yu Wei Pai C et al. Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto/Knowledge of risk factors for cardiovascular disease in the climacteric period: pilot study. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2018;56(3):117-121.
32. Aguiar SS, Rodrigues GM, Santos LN et al. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Risco de Comorbidade Cardiovascular ao Diagnóstico de Câncer de Mama. *Rev Bras de Cancerol*. 2019;65(3).
33. Martins-Silva T, Vaz JS, Mola CL et al. Prevalências de obesidade em zonas rurais e urbanas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190049.
34. Bottino SMB, Fragas R, Gattaz WF. Depression and cancer. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2009;36:109-115.
35. Soares PSM, Meucci RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS. *Cien Saude Colet*, 2020;25:3087-3095.
36. Archer J, Hutchison I, Korszun A. Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. *J Oral Pathol Med*. 2008;37:255-270.
37. Lauby-Secretan B, Straif K, Baan R et al. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009;10(11):1033.
38. Drope J, Schluger N, Cahn Z et al. *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. 6ªed, Atlanta, GA: ACS; 2018.
39. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: Dados e números da prevalência do tabagismo [publicação na web]; 2020 [acesso em 25 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>
40. Hankinson S, Tamimi R, Hunter D. *Textbook of Cancer Epidemiology*. 3ª ed. EUA: Oxford Univ Press. 2018.
41. Hall SA, Kaufman JS, Millikan RC et al. Urbanization and breast cancer incidence in North Carolina, 1995–1999. *Ann Epidemiol*. 2005;15(10):796-803.
42. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: Câncer colo de útero tabagismo [publicação na web]; 2020 [acesso em 27 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>
43. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Rev Bras de Cancerol*. 2012;58(3):417-426.

44. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad de Saúde Pública*. 2019;35:e00234618.
45. Mendonça MCB, Marques MCA, Santos MF et al. Aumento da incidência de câncer de pulmão em mulheres. *Cad Med-UNIFESO*. 2020;2(3).
46. De Groot P, Munden, RF. Epidemiology of lung cancer, risk factors and prevention. *Radiol Clin N*. 2012;50(5):863-876.
47. Rahou BH, Rhazi KE, Ouasmani F et al. Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature. *Health Qual Life Out*. 2016;14:64.