

INSTITUTO	SOCIOAMBIENTAL
data	/ /
cod.	TND00037

Fatores de risco para câncer de mama
em mulheres indígenas Terena de área
rural, Estado do Mato Grosso do Sul,
Brasil

Documento de Trabalho no. 4

Universidade Federal de Rondônia

Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia

Porto Velho – Rondônia

Escola Nacional de Saúde Pública

Departamento de Endemias S. Pessoa

Rio de Janeiro - RJ

Fatores de Risco para Câncer de Mama em Mulheres Indígenas Terena de Área Rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil

Documento de Trabalho no. 4

Marilana Geimba de Lima

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Av.
Senador Filinto Muller 1480, Campo Grande, MS ; e-mail: mgeimba@zaz.com.br

Ilzia Lins Scapulatempo

Departamento de Patologia, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, BR 163,
Caixa Postal 549, CEP 79007-900

Maristela Peixoto

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Av. Senador Filinto Muller 1480, Campo Grande, MS.

Silvia Naomi de Maristela Curado do Amaral

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Av. Senador Filinto Muller 1480, Campo Grande, MS.

Sergio Koifman

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de
Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ,
CEP 21041-210; e-mail: koifman@ensp.fiocruz.br

Porto Velho, maio de 2001

Endereço para contato:

Profa. Ana Lucia Escobar

Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia

Universidade Federal de Rondônia - Centro

Av. Presidente Dutra 2965

78900-500 - Porto Velho – RO

endereço eletrônico: ana@unir.br ou cesir@unir.br

Introdução

A elevação da incidência do câncer de mama no Brasil é um fato marcante no quadro de saúde pública de sua população, onde esta neoplasia já ocupa a primeira causa de câncer em mulheres no país com um todo (Ministério da Saúde, 2000). Na região centro-oeste, a incidência acumulada do câncer de mama em Goiânia, determinada a partir dos dados coletados pelo Registro de Câncer de Base Populacional desta cidade no início da década de 90 (Parkin et al., 1992), foi estimada como sendo da ordem de 6,5%, ou seja, a existência de um risco previsto de desenvolvimento de um caso de câncer de mama em cada 16 mulheres nascidas neste período e que venham a viver até os 80 anos de idade. Cifras ainda mais elevadas, da ordem de 8% de risco, foram observadas na cidade de São Paulo, ou seja, de 1 caso de câncer em cada 12 mulheres ao longo da vida (Koifman & Koifman, 1997).

Esta elevação da incidência do câncer de mama tem sido constatada em diversos países industrializados ou em fase de industrialização, sendo objeto de preocupação dada a incapacidade tecnológica atual de prevenção da doença. Desta maneira, as medidas de sua detecção precoce consistem nos instrumentos atualmente disponíveis de modificação da história natural do câncer de mama, e assim, de controle de sua letalidade, ampliação da sobrevida e da qualidade de vida das mulheres afetadas (Koifman & Koifman, 1999).

À luz dos conhecimentos atuais (Kelsey & Horn, 1993), a estimulação ao processo de divisão celular das células mamárias, regida pelos ciclos ovulatórios ao longo da vida reprodutiva da mulher, poderia conduzir ao surgimento potencial de células mal-formadas, suscetíveis à ação de substâncias carcinogênicas. Desta maneira, aqueles eventos pautados pela ampliação da estimulação hormonal estrogênica, potencializada pela progesterona durante a fase lútea do ciclo, acarretariam um estímulo ao processo de divisão celular das células da mama. A precocidade da menarca, a existência de menopausa em fases tardias da vida reprodutiva, a reduzida paridade, entre outros, constituem eventos marcadores de um processo de estimulação hormonal continuada e que induzem à proliferação das células mamárias (Hardy et al., 1993).

Por outro lado, o desenvolvimento da primeira gravidez parece representar um importante evento no processo de maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas. Desta

forma, a nuliparidade, bem como o retardo na primiparidade, consistiriam em fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. (Apter 1996; Canty, 1997; Tavani et al., 1999). A atenção dos pesquisadores tem sido frequentemente direcionada para a análise da distribuição do câncer de mama e de outras neoplasias em diferentes populações, com o objetivo de estabelecer padrões diferenciais de sua ocorrência, e por conseguinte, identificar possíveis explicações para as diferenças encontradas.

A atenção de um dos autores do presente trabalho (MGL) foi despertada para a observação na prática clínica da mastologia quanto à aparente inexistência de casos de câncer de mama identificados na demanda de mulheres Terena e familiares - observação clínica sem confirmação epidemiológica – nos serviços públicos de saúde ginecológica em no Mato Grosso do Sul, paralelamente à constatação de que o mesmo fenômeno não se verificava em relação a casos de câncer em outras localizações anatômicas.

Desta maneira, foi desenvolvido um projeto de investigação para determinar o padrão de distribuição de fatores de risco reprodutivo e outros associados com aquela neoplasia em mulheres Terena, com vistas a sua posterior comparação com o padrão epidemiológico similar descrito na população geral brasileira. Este trabalho apresenta os resultados preliminares de um inquérito realizado para atender aquele objetivo.

Metodologia

A população Terena residente no Estado do Mato Grosso do Sul é constituída de aproximadamente 20 mil pessoas, representando 38% da comunidade indígena daquele Estado e 8,5% de toda a população indígena no Brasil (CEDI/PETI, 1990; Mangolin, 1993). Sua origem esta relacionada aos povos Aruak, sub-grupo Guaná ou Chaná, oriundos das planícies da Colômbia, Venezuela, Equador e Chaco paraguaio, tendo desenvolvido importante papel na formação histórica da região centro-oeste como produtores de bens para os primeiros colonizadores. Após a guerra do Paraguai, para a qual foram recrutados, foram criadas as reservas indígenas, tendo retornado a suas aldeias ou ao trabalho nas fazendas (Oliveira, 1976). Desde então, tem se dedicado a agricultura de subsistência através das culturas de arroz, feijão, milho e mandioca, que constituem a base de sua alimentação (Altonfelder, 1949, Mangolin, 1993). As mulheres dedicam-se a realização de trabalhos domésticos, fiação e confecção de cerâmica, enquanto os homens tem suas

principais atividades voltadas para a caça, pesca e agricultura (Obergh, 1990). Graças a estas atividades, tem conseguido manter um modo de vida relativamente autônomo, dispondo de terras para moradia e plantio, bem como assegurando sua não assimilação e a preservação de sua identidade cultural (Oliveira, 1976).

Tabela 1 – Distribuição etária das amostras de voluntárias, aldeias Terena, municípios de Aquidauana e Anastácio, MS, 1995 e 1997.

Idade (anos)	Amostra de aldeias *		Aldeia Limão Verde	
	N	%	N	%
< 20	48	14,6	--	--
20-29	101	30,6	13	32,5
30-39	73	22,1	13	32,5
40-49	33	10,0	05	12,5
50-59	35	10,6	03	7,5
60-69	17	5,2	05	12,5
> 69	15	4,6	01	2,5
Ignorada	08	2,4	--	--
Total	330	100,0	40	100,0

* amostra de voluntárias das aldeias Taunay, Morrinho, Córrego Seco, Imbiruçu, Ipegue, Água Branca, Lagoinha, Limão Verde, Bananal (município de Aquidauana, MS) e Aldeinha (município de Anastácio, MS).

Um inquérito para traçar o perfil epidemiológico reprodutivo em mulheres Terena foi realizado em 1995 em nove aldeias localizadas no Município de Aquidauana (Taunay, Morrinho, Córrego Seco, Imbiruçu, Ipegue, Água Branca, Lagoinha, Limão Verde e Bananal) e uma aldeia (Aldeinha) no Município de Anastácio, MS. Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), essas contavam em 1993 com uma população total de 3.569 índios nas aldeias localizadas no município de Aquidauana e 328 nas de Anastácio.

A partir de um trabalho de informação prévio realizado por agentes comunitários das aldeias, 330 mulheres se apresentaram como voluntárias para participação, sendo realizada entrevista. Durante esta, foi empregado um instrumento padronizado (questionário) de coleta de dados sobre a idade, estado civil, variáveis reprodutivas, antecedentes pessoais e familiares de câncer e tabagismo. Após a entrevista, foi realizado exame físico da região mamária e coleta de material citopatológico de colo uterino (resultados não apresentados neste trabalho). Ambas atividades (entrevista e exame) foram

desenvolvidas na presença de auxiliar de enfermagem ou agente comunitária indígena para auxílio com o idioma Terena (Tabela 1).

Posteriormente, em 1997, uma segunda amostra de 40 mulheres (15% da população feminina com idade igual ou superior a 20 anos) da aldeia de Limão Verde, município de Aquidauana, foi entrevistada a respeito de hábitos alimentares e prática de atividade física, bem como tendo realizado exame clínico ginecológico. Nesta amostra determinou-se o índice de massa corporal (IMC) a partir da razão entre as medidas de peso e quadrado da altura para cada entrevistada (Anjos, 1992).

Resultados

Na análise da amostra de mulheres das dez aldeias Terena participantes deste estudo, 80% referiram situação matrimonial estável, sendo 15,3% solteiras, 3,9% viúvas e apenas 3 mulheres referiram ser separadas/ divorciadas (0,9%).

Cerca de 86% tiveram pelo menos uma gestação, com uma média de 5 gestações, tendo 42% referido 5 ou mais gestações ao longo da vida (Tabela 2). Entre as que engravidaram (283), 98,6% evoluíram a gestação a termo, sendo observada uma média de 4,6 filhos por mulher, tendo apenas 1,4% referido a prática de abortamento.

Entre as entrevistadas que gestaram, a idade média à primiparidade foi 18,9 anos, tendo ocorrido durante a puberdade em 5,3% destas, em 34% durante a adolescência e em 3,8% após os 28 anos de idade (Tabela 2).

A idade média à menarca foi 12,3 anos, observando-se que em 2,8% das mulheres esta ocorreu antes dos 11 anos de idade, e em 30% a partir dos 13 anos de idade (Tabela 2). Das 51 mulheres que haviam alcançado a menopausa, 36 (70%) o fizeram antes dos 50 anos de idade.

A utilização de métodos anticoncepcionais hormonais foi referida por 13 entrevistadas (4%), tendo 64 (19,4%) referido anticoncepção cirúrgica, e 77% a não utilização de qualquer método. O tabagismo foi referido por apenas 7% das mulheres. Relato de antecedentes familiares de câncer foram mencionados por 29 entrevistadas (8,8%), sendo todos de localização extra-mamária (14 casos de câncer uterino e 15 em outras localizações). Antecedentes pessoais de câncer entre as entrevistadas foram mencionados por 7 mulheres (2,1%), sendo 4 casos de câncer uterino e 1 de tumor genital.

Na análise da amostra de 40 mulheres da aldeia de Limão Verde realizada em 1997, resultados similares foram observados em relação ao número de gestações (média de 3,8 gestações, desvio padrão de 2,6), paridade (média de 3,72 filhos, desvio padrão de 2,6), idade materna à primeira gestação (média de 20,4 anos, desvio padrão de 5,6) e idade à menarca (média de 12,1 anos, desvio padrão de 0,9). A duração média do aleitamento materno foi de 84 meses, a prevalência de tabagismo de 1,5%, tendo sido referidos antecedentes familiares de câncer em parentes de primeiro grau em 25% das entrevistadas, sendo estes também de localização extra-mamária (5 casos de câncer uterino, 4 de boca e 1 leucemia).

Somente duas mulheres referiram uso de anticoncepcional hormonal (com duração de 3 e 4 anos respectivamente), enquanto dezesseis (40%) referiram ter sido submetidas à esterilização cirúrgica. Não houve relatos do consumo e bebidas alcólicas e nem da prática de esportes ou atividades físicas regular neste grupo. O padrão de distribuição do índice de massa corporal (IMC) determinado nesta amostra foi o seguinte: IMC < 19 : 1 mulher (2,5%, I.C. 95% 0,1-14,7); IMC 19-24: 8 mulheres (20,0%, 95% I.C. 9,6-36,1); IMC 25-29 (sobrepeso): 20 mulheres (50%, 95% I.C. 34,1-65,9); e IMC >29 (obesidade): 11 mulheres (27,5%, 95% I.C. 15,1-44,1).

A tabela 3 apresenta distribuição de freqüências do padrão de consumo alimentar durante as refeições na amostra estudada, evidenciando-se elevada prevalência de consumo de carboidratos em todas as refeições na amostra estudada. Nos intervalos entre refeições, foram obtidos relatos sobre o consumo usual de frutas de estação coletadas na própria aldeia, tais como caju, mamão, banana, laranja e manga.

Tabela 2 – Distribuição de frequências de variáveis reprodutivas selecionadas, amostra de mulheres Terena, Municípios de Aquidauana e Anastácio, MS, 1995.

Variável reprodutiva	N	%
Número de gestações		
Zero	47	14,2
1-2	73	22,1
3-4	73	22,1
5-7	78	23,7
8-10	38	11,5
11 ou mais	21	6,4
Total	330	100,0
Paridade		
1-2	80	28,6
3-4	75	26,9
5-7	74	26,5
8-10	37	13,3
11 ou mais	13	4,7
Total	279	100,0
Idade 1ª gestação		
12-14	14	5,2
15-17	89	33,2
18-24	145	54,2
25-27	10	3,7
28 ou mais	10	3,7
Total	268	100,0
Idade à menarca		
8-10	9	2,9
11-12	206	66,7
13-14	75	24,3
15-17	15	4,9
18 e mais	04	1,3
Total	309	100,0

Discussão

Este trabalho partiu da constatação, baseada em evidências clínicas, mas que carecia de suporte epidemiológico, quanto à não observação de casos de câncer de mama em mulheres Teréna. Esse fato, que poderia também ser devido ao reduzido contingente populacional analisado, estimulou a organização de um inquérito que permitisse analisar a distribuição de fatores de risco associados a tal neoplasia neste grupo populacional.

Este estudo não se baseia em amostra de caráter aleatório. Há, portanto, a possibilidade de ocorrência de possíveis tendenciosidades quanto à percepção de seu estado de saúde, acarretada pelo fator dos indivíduos participantes terem se apresentado voluntariamente. A opção de seleção das participantes decorreu de dificuldades inerentes à realização de um estudo empregando dois idiomas (português e Terena), bem como em função da esperada resistência cultural relacionada a sua implementação numa população

Tabela 3 – Relato de consumo alimentar usual, amostra de mulheres Terena*, aldeia de Limão Verde, Município de Aquidauana, MS, 1997.

Item	Desjejum		Almoço		Jantar	
	N	%	N	%	N	%
Mandioca	13	32,5	30	75,0	12	30,0
Arroz	14	35,0	40	100,0	14	35,0
Feijão	03	7,5	40	100,0	16	40,0
Farofa	01	2,5	06	15,0	--	--
Milho	--	--	12	30,0	04	10,0
Tomate	--	--	06	15,0	--	--
Batata	--	--	03	7,5	08	20,0
Frango	--	--	12	30,0	02	5,0
Carne vermelha	--	--	20	50,0	02	5,0
Abóbora	--	--	06	15,0	--	--
Macarrão	--	--	18	45,0	32	80,0
Extrato de tomate	--	--	06	15,0	20	50,0
Café	20	50,0	--	--	--	--
Açúcar	13	32,5	--	--	--	--
Pão	27	67,5	--	--	--	--
Chá-mate	25	62,5	--	--	--	--
Leite	09	22,5	--	--	--	--
Fruta	02	5,0	--	--	--	--
Bolo	05	12,5	--	--	--	--
Ovo	03	7,5	--	--	--	--
Margarina	01	7,5	--	--	--	--

* n = 40 mulheres

indígena com antecedentes de relações complexas com a sociedade nacional e seus representantes. Outro fator potencialmente importante na introdução de tendências diz respeito à necessidade de recordação de fatos ocorridos há décadas passadas, como a idade à menarca, sobretudo nas mulheres mais idosas.

A inexistência de relatos de casos de câncer de mama na população de mulheres Terena de origem rural que geraram as amostras analisadas neste trabalho não deve apontar no sentido de generalizações, uma vez que a ausência de casos desta neoplasia poderia resultar do acaso. Por outro lado, acreditamos ser pouco provável a existência de subnotificação de casos de câncer de mama nestas comunidades em decorrência de dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uma vez que foram observados relatos afirmativos de antecedentes de câncer em outras localizações anatômicas.

Acreditamos que a importância de se descrever o padrão de distribuição dos fatores de risco para o câncer de mama em diferentes grupos populacionais pode vir a aportar algumas evidências de interesse para a compreensão dos mecanismos multicausais envolvidos na história natural desta doença. Desta maneira, os padrões de distribuição de variáveis reprodutivas e da dieta emergentes desta análise apontam para certas considerações importantes de serem destacadas.

Em primeiro lugar, verifica-se que o padrão de variáveis reprodutivas observado (Tabela 2) caracteriza-se um perfil que poderia ser genericamente apontado como protetor (diminuição de risco) em relação ao desenvolvimento do câncer de mama: 2,8% de mulheres com menarca precoce (menos de 11 anos), menopausa com idade média de 47 anos, elevada distribuição de gestações a termo (63% com 3 ou mais gestações), aleitamento materno prolongado (7 anos em média), reduzida nuliparidade (14%), elevada prevalência de primiparidade entre 18 e 27 anos de idade (59%), e prevalência reduzida da última gestação em idade reprodutiva avançada (23% com idade superior a 31 anos de idade).

Inúmeros relatos etnográficos e demográficos sobre os povos indígenas situados no Brasil apontam para o início das práticas reprodutivas em mulheres já na adolescência, não raro por volta dos 13-14 anos, e que se estendem com frequência até os 40-45 anos (Adams & Price 1994; Early & Peters 1990; Flowers 1994). Outro aspecto evidenciado nesses estudos diz respeito à longa extensão do período de aleitamento observado em diversos

grupos. Early & Peters (1990:51) estimaram que as mulheres Yanomámi, devido à alta fecundidade e à prática freqüente de aleitamento, passam, em média, 92% de seu período reprodutivo ou grávidas ou amamentando. Deduz-se, portanto, que as mulheres Yanomámi devem experimentar ao longo de suas vidas uma menor quantidade de ciclos ovulatórios, algo que talvez possa ser comum entre as mulheres de muitos outros grupos indígenas.

Embora o papel do emprego de anovulatórios e a prática de abortamento na história natural do câncer de mama seja controverso (Brinton et al., 1997; Canty, 1997), a prevalência de ambos nas amostras de mulheres Terena analisadas foi reduzida.

Em seu conjunto, os resultados do presente estudo apontam para um baixo padrão de exposição hormonal endógena e exógena nas mulheres Terena ao longo de sua vida reprodutiva em decorrência de uma menor frequência do número de ciclos ovulatórios. Assim, estas apresentam um relativo retardo médio na idade de início de sua vida reprodutiva bem como precocidade em seu término, a qual é frequentemente intercalada por numerosas gestações, seguidas de aleitamento prolongado, eventos estes acompanhados de supressão dos ciclos ovulatórios. Assim, uma mulher Terena não apenas parece usualmente adquirir o efeito protetor do processo de pleno desenvolvimento das células mamárias em decorrência da primeira gestação a termo em idade reprodutiva precoce, como também tende a apresentar redução no número total de ciclos ovulatórios – estimuladores da mitose das células mamárias – ao longo de sua vida.

Portanto, poder-se-ia supor que as mulheres Terena estariam, em média, menos propensas a formação de células mamárias atípicas, passíveis de interagirem com agentes cancerígenos no ambiente, fato este decorrente sobretudo de sua plena maturação advinda de gestações a termo em idade jovem, bem como de uma menor frequência de estímulos contínuos ao processo de divisão celular na mama. .

O segundo aspecto de destaque para ser avaliado diz respeito ao perfil alimentar observado na amostra analisada de mulheres da aldeia de Limão Verde. Embora a compreensão sobre o papel da dieta no desenvolvimento do câncer de mama apresente controvérsias (Howe et al., 1990; Kohmeier & Mendez, 1997), existem evidências de que as gordura animal e o consumo de bebidas alcóolicas (Nagao, 1994; Smith et al., 1994; Haile, 1996; Kohlmeier & Mendez, 1997) atuem como fatores de risco, enquanto o consumo de frutas e , vegetais ricos em fibras e anti-oxidantes desempenhem papel de

fatores de proteção para o câncer de mama (Rose, 1990; Pawlega 1992; Yuan, 1995; Freudenheim et al., 1996). Em relação ao consumo de gordura animal, suspeita-se de um possível ação carcinogênica da dieta rica neste item durante a infância, e sobretudo na adolescência, quando se acentua o processo de divisão celular na mama. Assim, acredita-se que a mesma possa apresentar uma contribuição importante para o câncer de mama, assim como para outras neoplasias endócrinas (próstata, e ovário) onde tais relações estão melhor estabelecidas (Gammon & John, 1993).

Uma segunda visita ao campo revelou que as informações inicialmente fornecidas pelas participantes quanto ao consumo de carne vermelha e frango (Tabela 3) sugeriu terem estas sido artificialmente infladas em decorrência da concepção do que consideravam ser habitual no padrão alimentar da população não indígena. Neste sentido, o padrão alimentar emergente a partir de tais correções é o de uma dieta rica em carboidratos, frutas e legumes, com baixo consumo de gordura animal não comercializada nas aldeias estudadas, bem como a praticamente inexistência do consumo de bebidas alcoólicas. Este perfil alimentar, associado a ausência de uma prática regular de atividades físicas, parece se refletir na elevada prevalência de obesidade observadas na amostra da aldeia de Limão Verde, sendo ambos fatores de risco para o câncer de mama (Swanson et al., 1996; Ziegler, 1997; Magnuson et al., 1998). As elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade entre as mulheres Terena, respectivamente da ordem de, respectivamente 50% (34,1-65,9) e 27% (15,1-44,1), indicando portanto um excesso ponderal em mais de $\frac{3}{4}$ das mulheres analisadas parece assim resultar de um padrão de vida intensamente sedentário, desenvolvido numa comunidade ainda parcialmente inserida enquanto força de trabalho na sociedade de mercado brasileira, e vivendo a partir dos frutos obtidos de uma economia de subsistência com elevado consumo alimentar de carboidratos.

Em resumo, o padrão de distribuição de variáveis reprodutivas e da dieta identificado na amostra analisada de mulheres Terena poderia ser categorizado, em seu conjunto, como de baixo risco para o desenvolvimento de câncer de mama, exceção feita aos níveis de sedentarismo, sobrepeso e obesidade observados. Futuramente, pretende-se avaliar a persistência ou modificação destes padrões em mulheres desta comunidade que migraram para centros urbanos como Campo Grande, MS, e se estas mudanças porventura

existentes, foram também acompanhadas de modificações no padrão de distribuição dos fatores de risco associados ao câncer de mama.

Na atualidade, pouco se conhece sobre as condições da saúde da mulher entre os povos indígenas no Brasil, e particularmente, os aspectos relativos à epidemiologia de certas neoplasias. Neste sentido, o presente trabalho é um dos poucos estudos brasileiros a se deter na análise da distribuição de certos fatores de risco para o câncer em uma comunidade indígena no país. Assim, é de grande importância que se amplie esta área de investigação, documentando as características epidemiológicas da distribuição de câncer nas populações indígenas brasileiras. Este esforço permitirá a criação de mecanismos de intervenção nas condições de vida e de atenção a saúde que venham a possibilitar não apenas a documentação das possíveis razões para sua ocorrência (modificações nos hábitos de vida e exposições ambientais a agentes cancerígenos diversos), mas também viabilizar a implantação de serviços de atenção continuada – como a realização do exame citológico de Papanicolau - capazes de interferir eficientemente na evolução de alguns tipos de câncer.

Conclusões

A análise da distribuição de variáveis reprodutivas através de inquérito de saúde realizado em duas amostras de mulheres indígenas Terena de área rural no Estado de Mato Grosso do Sul revelou a ocorrência de 2,8% de menarca antes dos 11 anos de idade, 71% das mulheres com antecedentes de 3 ou mais gestações (55% com 5 ou mais), idade média a primeira gestação de 19 anos, e 70% com menopausa antes dos 50 anos de idade. Em relação ao padrão de adequação nutricional, foi observada prevalência de sobrepeso (IMC 25-29) e de obesidade, respectivamente, de 50% (95% C.I. 34,1-65,9) e 27% (95% C.I. 15,1-44,1).

Agradecimentos

Os autores agradecem a FUNAI e as Secretarias Municipais de Saúde de Aquidauana e Anastácio, MS pelo apoio técnico e financeiro prestado para o desenvolvimento desta investigação, bem como manifestam sua gratidão ao Prof. Ricardo Ventura Santos pelas valiosas sugestões e revisão crítica do texto.

Resumo: Com o objetivo de avaliar a distribuição de fatores de risco em mulheres indígenas Terena no Estado do Mato Grosso do Sul, duas amostras destas foram entrevistadas, respectivamente em 1995 (330 mulheres voluntárias de dez aldeias Terena de área rural) e em 1997 (40 mulheres da aldeia de Limão Verde). Os padrões de vida reprodutiva, dieta, antecedentes patológicos pessoais e familiares foram levantados, bem como a determinação do índice de massa corporal (IMC). Na maior amostra observou-se que a idade média à menarca foi de 12,3 anos (30% das mulheres referindo-a aos 13 anos ou mais), 86% das mulheres com antecedentes de uma ou mais gestações (42% com 5 ou mais), 71% com antecedentes de 3 ou mais gestações, idade média à primeira gestação de 18,9 anos (3,8% com 28 anos ou mais), aleitamento materno com duração média de 84 meses, e 70% das mulheres menopausadas antes dos 50 anos de idade. O padrão referido de dieta na menor amostra revela elevado consumo de frutas, legumes, raízes e macarrão, com ingestão escassa de carne vermelha e frango, observando-se que 50% (95% I.C. 34,1-65,9) das mulheres apresentaram sobrepeso (IMC 25-29) e 27% (95% I.C. 15,1-44,1) obesidade (IMC > 29). O consumo de bebidas alcóolicas não foi mencionado, e a prática de atividade física não é regularmente realizada. Com exceção desta última, tais resultados revelam, em conjunto, um padrão de risco moderadamente reduzido para o câncer de mama nas amostras analisadas de mulheres Terena do Estado de Mato Grosso do Sul.

Palavras-chave: fator de risco, câncer, mama, índio, Brasil

Referências Bibliográficas

- ADAMS, K. & PRICE, D., 1994 (org.). The Demography of Small-Scale Societies: Case Studies from Lowland South America. *South American Indian Studies*, 4 (special issue).
- ALTONFELDERS, S. F., 1949. Mudança cultural dos Terena. *Revista do Museu Paulista*, Nova Série, 3:271-379.
- ANJOS, L. A., 1992. Índice de Massa Corporal (massa corporal/estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 26:431-436.
- APTER, D., 1996. Hormonal events during female puberty in relation to breast cancer risk. *European Journal of Cancer Prevention*, 5:476-482.
- BLACK, F. L.; PINHEIRO, F. L.; OLIVA, O. et al., 1978. Birth and survival patterns in numerically unstable proto-agricultural societies in the Brazilian Amazon. *Medical Anthropology*, 2:95-127.
- BRINTON, L. A.; GAMMON, M. D.; MALONE, K. E.; SCHOENBERG, J. B. & DALING, J. R., 1997. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 55:197-203.
- CANTY, L., 1997. Breast cancer risk: protective effect of an early first full – term pregnancy versus increased risk of induced abortion. *Oncology Nursing Forum*, 24:1025-1031.
- CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO INDÍGENA/PETI (CEDI/PETI), 1990. *Terras Indígenas do Brasil*. São Paulo: CEDI.
- EARLY, J. D. & PETER, J. F., 1990. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. San Diego: Academic Press.
- FLOWERS, N. M., 1994. Crise e recuperação demográfica: Os Xavante de Pimentel Barbosa. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos e C. E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 213-242, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FREUDENHEIM, J. L.; MARSHALL, J. L. R.; VENA, J. E. et al., 1996. Premenopausal breast cancer risk and intake of vegetables, fruits and related nutrients. *Journal of the National Cancer Institute*, 88:340-348.

- GAMMON, M., John. E.M., 1993. Recent etiologic hypothesis concerning breast cancer. *Epidemiologic Reviews*, 15:163-168.
- HAILLÉ, R.W.; WITTE, J. S.; URSIN, G. et al., 1996. A case-control study of reproductive variables, alcohol, and smoking in premenopausal bilateral breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 37:49-56.
- HARDY, E. E.; PINOTTI, J. A.; OSIS, M. J. D. & FAÚNDES, A., 1993. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: Estudo caso-controlado desenvolvido no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 115:93-102.
- HOWE, G. R.; HIROHATA, T.; HISLOP, T. J. et al., 1990. Dietary factors and risk of breast cancer: Combined analysis of 12 case-control studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 82:561-569.
- KELSEY, J. L., 1993. Breast cancer epidemiology: Summary and future directions. *Epidemiologic Reviews*, 15:256-263.
- KELSEY, J. L. & HORN-ROSS, P. L., 1993. Breast cancer: Magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15:7-16.
- KOIHMEIER, L. & MENDEZ, M., 1997. Controversies surrounding diet and breast cancer. *Proceedings of the Nutrition Society*, 56 (1B):369-382.
- KOIFMAN, S. & KOIFMAN, R. J., 1997. Epidemiological trends of female breast cancer in Brazil. *Breast Cancer Research and Treatment*, vol. 49.
- KOIFMAN, S. & KOIFMAN, R. J., 1999. Incidência e mortalidade por câncer no Brasil. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K. Giffin & S. H. Costa, orgs.), pp. 227-251, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MAGNUSSON, C.; BARON, J.; PERSON, I. et al., 1998. Body size in different periods of life and breast cancer risk in post-menopausal women. *International Journal of Cancer*, 76:29-34.
- MANGOLIN, O., 1993. *Povos Indígenas no Mato Grosso do Sul: Vivemos por Mais 500 Anos*. Campo Grande: Conselho Indigenista Missionário.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2000*. Brasília: Ministério da Saúde.
- NAGAO, M.; USHIJIMA, T.; WAKABAYASHI, K. et al., 1994. Dietary carcinogens and mammary carcinogenesis. *Cancer Supplement*, 74:1063-1069.

- OBERG, K., 1990. A economia Terena no Chaco. *Terra Indígena*, 7:20-40.
- OLIVEIRA, R. C., 1976. Do Índio ao Bugre: O Processo de Assimilação dos Terena. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- PARKIN, D. M. et al., 1992. *Cancer Incidence in Five Continents*. International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publications 120. Oxford: Oxford University Press.
- PAWLEGA, J., 1992. Breast cancer and smoking, vodka drinking and dietary habits. A case-control study. *Acta Oncologica*, 31:387-392.
- PRENTICE, R. L.; KAKAR, F., HURSTINGS, S. et al., 1988. Aspects of the rationale for the women's health trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 80:802-814.
- ROSE, D. P., 1990. Dietary fiber and breast cancer. *Nutrition and Cancer*, 13:1-8.
- SMITH, S. J.; DEACON, J. M. & CHILVERS, C. E., 1994. Alcohol, smoking, passive smoking and caffeine in relation to breast cancer risk in young women. UK National Case-Control Study Group. *British Journal of Cancer*, 70:112-119.
- SWANSON, C. A.; COATES, R. J.; SCHOENBERG, J. B. et al., 1996. Body size and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 143:698-706.
- TAVANI, A.; GALLUS, S.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E.; MONTELLA, M.; DAL MASO, L. & FRANCESCHI, S., 1999. Risk factors for breast cancer in women under 40 years. *European Journal of Cancer*, 35:1361-1367.
- YUAN, J. M.; WANG, Q. S.; ROSS, R. K.; HENDERSON, B. E. et al., 1995. Diet and breast cancer in Shanghai na Tianjii, China. *British Journal of Cancer*, 71:1353-1358.
- ZIEGLER, R. G., 1997. Anthropometry and breast cancer. *Journal of Nutrition*, 127 (Suppl):924S-928S.