

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO BRASIL *

DR. JORGE DE MARSILLAC (**)

DR. ACHILLES SCORZELLI JUNIOR (***)

Não obstante terem os avanços científicos permitido que se efetue um registro mais perfeito dos casos, a frequência crescente, com que vêm se apresentando as doenças degenerativas, parece ser um fato real.

Estas doenças, que incluem o câncer e outras afecções crônicas, surgem, nesta fase do desenvolvimento social das comunidades, como uma característica nosológica peculiar aos países mais adiantados.

São países que superaram, de certo modo, a etapa das doenças transmissíveis, da alta mortalidade infantil e da baixa longevidade.

Nêles, com efeito, as estatísticas mostram ser muito reduzida a mortalidade causada pelas doenças transmissíveis, muitas das quais foram controladas ou mesmo erradicadas.

A mortalidade infantil, por terem sido eliminadas ou atenuadas as consequências das infecções e da precariedade de assistência médica, limitou-se principalmente a causas congênitas, que ainda escapam aos recursos técnicos da medicina.

Como consequência dos sucessos obtidos, dilatou-se a vida média ao nascer que se situa em torno dos 70 anos.

A população desses países, tendo alcançado maior duração de vida, compõe-se de proporção relativamente elevada de pessoas em idade madura ou velhas.

Lógicamente, passaram as doenças degenerativas a ter maior incidência, pela razão fundamental de ter aumentado substancialmente o número de pessoas expostas a um risco maior de contraí-las.

Conquanto esta razão demográfica não seja a única explicação possível para a elevação que vêm mostrando as doenças degenerativas, constitui, entretanto, um sólido argumento em favor da idéia de que esse acréscimo seja efetivo.

Nos países de baixo desenvolvimento econômico, as características nosológicas e demográficas são, correspondentemente, diversas.

Nêles, a mortalidade de doenças transmissíveis é ainda elevada, embora os novos recursos de tratamento tenham concorrido notavelmente para

* Trabalho apresentado ao VII Congresso Internacional de Câncer.

** Chefe da Secção de Organização e Contrôlo do S. Nac. do Câncer.

*** Diretor da Escola Nacional Saúde Pública.

que pudesse ser rebaixada. Por motivos econômicos, sociais e administrativos, êsses recursos não produzem efeitos tão intensos nesses países quanto nos que são economicamente desenvolvidos.

A mortalidade infantil, ela mesma em grande parte motivada por infecções, principalmente a gastro-enterite decorrente de precárias condições de saneamento, é alta, ao mesmo tempo que a vida média se expressa por valores sensivelmente inferiores aos dos países desenvolvidos.

Sua população é, ainda, constituída, em larga margem por pessoas jovens.

A nosologia dêsses países é em grande parte devida a causas primárias ou decorrentes das doenças transmissíveis, que são problema dominante para suas repartições sanitárias.

As endemias que os acometem atingem extensamente a avultado número de pessoas, mostrando-se como doenças de massa e exigindo, para seu atendimento, métodos de medicina de massa, que se apliquem extensiva e descentralizadamente a tôda a população a ser beneficiada.

Os recursos indicados para êste fim pertencem à medicina de quantidade, que não exige o aprimoramento da medicina de qualidade dos países desenvolvidos.

As estatísticas nos países ditos sub-desenvolvidos são deficientes, pecando, freqüentemente, em quantidade ou em qualidade.

No Quadro seguinte, são mostrados, para ilustração, dados relativos à mortalidade de câncer em alguns países desenvolvidos e sub-desenvolvidos:

Mortalidade de câncer por 100 000 habitantes

ANOS	Chile	Portugal	Espanha	Estados Unidos	Austrália	Inglaterra	Suíça	Holanda
1901	...	...	42,4	66,4	63,3	84,2	127,9	93,7
1902	...	22,8	43,2	66,3	64,1	84,6	125,8	95,0
1903	...	23,5	43,9	70,0	65,7	87,4	129,7	98,9
1904	...	23,6	46,3	71,5	65,1	87,9	128,5	97,9
1105	...	22,3	45,4	73,4	68,5	88,9	129,6	101,2
1906	...	22,5	47,1	69,3	68,3	92,2	129,0	100,7
1907	...	21,7	47,1	71,4	71,3	91,5	122,4	101,9
1908	...	22,5	50,4	71,5	69,6	93,1	128,0	102,8
1909	...	22,7	50,0	74,0	72,8	96,2	126,7	102,6
1910	...	22,8	50,7	76,2	73,3	96,7	123,5	106,4
1911	...	...	51,4	74,2	73,9	99,4	123,8	108,8
1912	...	...	53,9	77,0	76,0	102,7	127,7	109,6
1913	...	25,4	55,2	78,5	74,7	106,5	127,1	109,8
1914	...	25,1	55,6	78,7	74,3	106,9	128,0	107,3
1915	...	25,8	56,7	80,7	74,3	112,1	125,9	109,0
1916	...	27,7	57,5	81,0	80,4	116,6	127,2	108,7
1917	...	27,7	58,9	80,8	81,3	121,0	132,1	109,5
1918	39,2	26,3	58,5	80,8	84,4	121,8	133,4	110,3
1919	38,4	24,8	59,4	81,0	85,1	114,5	134,3	107,5
1920	40,0	27,3	59,2	83,4	84,2	116,1	133,8	112,2
1921	37,0	29,9	59,4	85,5	87,4	121,5	137,4	115,0
1922	36,4	29,3	59,3	86,2	90,7	122,8	138,5	111,9
1923	40,2	32,8	62,9	88,4	89,1	126,6	137,9	113,4
1924	41,2	32,5	63,0	90,4	93,3	129,9	147,2	112,0
1925	42,5	34,1	64,5	92,0	92,2	133,4	144,6	113,3
1926	44,8	35,7	66,2	94,6	94,1	136,1	143,9	115,6
1927	49,1	40,3	66,7	95,2	93,1	137,7	150,1	121,0
1928	51,3	...	68,5	95,7	95,3	142,5	145,0	119,5
1929	56,1	44,5	68,2	95,8	97,8	143,7	149,3	120,8
1930	60,5	46,9	70,3	97,4	94,6	145,4	146,7	122,6
1931	64,4	44,3	70,8	99,0	101,0	144,0	146,5	123,8
1932	63,8	43,9	66,1	102,3	104,5	146,6	151,6	122,4
1933	67,5	46,6	68,5	102,3	105,1	148,0	149,7	124,5
1934	70,4	46,0	68,9	106,4	106,0	151,7	159,4	124,5
1935	66,4	49,0	68,5	108,2	108,7	154,0	161,7	126,2
1936	69,5	48,0	66,0	111,4	111,4	157,5	160,7	130,8
1937	65,8	50,4	67,5	112,4	112,5	158,3	164,8	131,1
1938	69,9	48,2	66,9	114,9	114,9	161,6	176,7	135,9
1939	67,3	46,5	65,2	117,5	116,1	162,8	172,3	133,6
1940	70,0	45,8	65,6	120,0	116,7	172,3	176,0	138,2
1941	73,4	49,6	66,4	120,2	119,2	178,0	173,6	143,1
1942	72,6	45,7	62,0	122,1	118,3	183,3	174,0	144,4
1943	71,1	43,7	63,0	124,5	122,6	189,9	182,9	143,4
1944	76,3	44,8	65,2	129,1	117,3	189,7	178,2	140,5
1945	79,6	45,4	66,8	134,4	120,9	193,3	181,3	132,5
1946	78,3	45,0	68,3	130,1	122,1	185,1	179,2	128,4
1947	80,7	47,7	69,9	132,4	124,9	185,8	177,9	132,3
1948	81,5	49,4	71,8	134,9	125,4	185,8	180,9	136,5
1949	85,6	52,1	73,3	138,7	125,5	187,2	180,3	140,5
1950	76	57,0	75	132	122	189	178	140
1951	77	...	77	132	121	190	185	143
1952	76	...	81	135	123	193	180	144
1953	83	...	82	137	124	193	183	144

Os dados do Quadro acima, que apresentam aproximação até o primeiro algarismo decimal, foram tomados de Rapport Epidemiologique et Démographique (1). Os que estão apresenta-

dos sem aproximação decimal foram obtidos indiretamente, por estimativa, a partir dos dados divulgados, por sexos, em outro número de Rapport Epidemiologique et Démographique.

Correspondentemente, vem se verificando aumento de proporção de pessoas na velhice nesses países, conforme dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (Rap. épid. demog., Vol. V, N.^{os} 1 e 2), que são reunidos no Quadro seguinte:

Percentual de pessoas de 60 + anos

Países	%	Ano	%	Ano
Chile.....	6,4	1907	5,9	1940
Portugal.....	9,6	1900	9,9	1949
Espanha.....	8,2	1900	10,1	1940
Estados Unidos.....	6,4	1900	11,6	1949
Austrália.....	6,2	1900	12,5	1949
Inglaterra e Gales...	7,5	1900	15,9	1949
Suíça.....	9,3	1900	13,8	1949
Holanda.....	9,2	1900	11,4	1949

(Data aproximada)

Os dados do Quadro anterior mostram, embora para datas diversas, o crescimento da proporção de pessoas de 60 + anos, que se revela mais acentuada nos países desenvolvidos. O Chile assinala, entretanto, baixa nessa percentagem, entre os anos de 1907 e de 1940.

Paralelamente, a vida média atinge, nos países mais adiantados, valores bem maiores do que nos países menos desenvolvidos.

Vida média em diversos países

Países	Vida média ao nascer	Anos
Chile.....	41,83	1940
Estados Unidos..	68,10	1939-1941
Austrália.....	68,28	1946-1948
Inglaterra e Gales	68,78	1950
Suíça.....	64,76	1939-1941
Holanda.....	69,4 M e 71,5 F	

Para o Brasil, a vida média ao nascer foi calculada, para 1949-1951, em 39.3 anos por Mortara (3).

Conforme assinala Stacy May (4) muitas das doenças tidas agora como problemas médicos típicos dos países adiantados serão, provavelmente, classificadas no futuro como doenças tropicais, visto que sua incidência naqueles países terá sido cortada por novos métodos e progressos do conhecimento, sem que um grau de semelhante controle tenha sido estabelecido nas áreas subdesenvolvidas. Da mesma forma, muitas ou mesmo a maioria das doenças agora classificadas como tropicais, constituíram outrora flagelos muito disseminados nas zonas temperadas do mundo ocidental.

Não se deve, contudo, pensar em países subdesenvolvidos sem uma análise de suas condições.

Alguns desses países, como o Brasil, não são homogêneos em toda a extensão de seu território.

Trata-se de um país de mais de 8 e meio milhões de quilômetros quadrados, reunindo, em seu amplo território, diversidades acentuadas quanto a condições geográficas, climáticas, ecológicas, étnicas, econômicas e nosológicas.

Alguns trechos de seu território apresentam grau de desenvolvimento que os aproxima dos países adiantados.

A maior parte de seu território se caracteriza, porém, por condições de subdesenvolvimento.

Com uma expressão desse atraso social, não se dispõe de dados bio-estatísticos para todo o país.

Com algum esforço, seria possível conhecer, aproximadamente, o número total de óbitos, mas, em sua grande maioria, sem determinação da causa de morte.

É que centenas dentre os 2 500 municípios com que conta o País, não dispõe

sequer de um médico. Por outro lado, extensas áreas contam com grande deficiência de assistência médica.

A deficiência de diagnóstico de causa de morte atinge, mesmo, capitais de Estados, conforme mostra o Quadro seguinte:

Percentual de óbitos de senilidade e causas mal definidas, ou não especificadas. — 1956

CAPITAIS	Percentual
Manaus (Amazonas).....	2,2
Belém (Pará)	6,9
São Luiz (Maranhão).....	28,3
Terezina (Piauí).....	3,8
Fortaleza (Ceará).....	30,3
Natal (Rio Grande do Norte).....	11,5
João Pessoa (Paraíba).....	39,7
Recife (Pernambuco).....	3,2
Maceió (Alagoas).....	4,8
Aracaju (Sergipe).....	39,7
Salvador (Bahia).....	2,7
Vitória (Espírito Santo)	7,9
Niterói (Rio de Janeiro).....	1,7
Rio de Janeiro (Distrito Federal)....	1,6
Belo Horizonte (Minas Gerais).....	5,8
Goiânia (Goiás).....	25,4
Cuiabá (Mato Grosso).....	12,7
São Paulo (São Paulo).....	1,2
Curitiba (Paraná).....	3,8
Florianópolis (Santa Catarina).....	20,8
Pôrto Alegre (Rio Grande do Sul)....	7,3

Fonte: Boletim Mensal do Serviço Federal de Bioestatística, Ano XVI — N.º 9 e 10.

Conforme se verifica, algumas das capitais mostram percentuais muito elevados de óbitos incluídos no grupo senilidade e causas mal definidas ou não especificadas, situando-se 6 delas acima de 20%, enquanto que outras assinalam muitos baixos valores.

Deve-se, entretanto, ressaltar que várias dessas capitais mostram resultados que são apenas aparentemente favoráveis, pois os baixos percentuais que apresentam são decorrentes de ser determinada presuntivamente a causa de morte dos indivíduos falecidos sem

assistência médica, por meio de indagação verbal acêrca dos sintomas apresentados em vida pelo falecido.

Esses sintomas raramente poderiam ser patognomônicos e, além disto, as informações em que é firmada aquela determinação são geralmente prestadas por pessoas alheias à evolução do caso.

No que se relaciona com o câncer, essa conduta é simplesmente reprovável. As estatísticas têm mostrado, com efeito, que o diagnóstico do câncer como causa de morte deixa, por vêzes, a desejar, mesmo quando efetuado em favoráveis condições.

No Brasil, as pessoas falecidas sem assistência médica são, todavia, compulsoriamente autopsiadas em algumas capitais.

Por meio desta providência, pode-se estabelecer, com segurança, o diagnóstico retrospectivo de causa de morte para grande número de doenças.

Atualmente, são as seguintes as capitais em que essa prática é adotada: Terezina, Recife, Salvador, Niterói, Rio de Janeiro (Distrito Federal) e São Paulo.

A verificação de óbitos tem tropeçado, no Brasil, com dificuldades de duas espécies: a raridade de anátomo-patologistas e os preconceitos da população e dos administradores quanto à autópsia.

Mas, algumas capitais cogitam, porém, de instituí-la, havendo esperança que também outras cidades possam ser abrangidas, por terem nelas sido criadas Faculdades de Medicina.

Vê-se, assim, que o Brasil não deve ser excluído da situação apresentada pelos países menos desenvolvidos, embora os dados relativos a algumas partes de

seu território revelem qualidade aprimorada e do mesmo padrão dos países adinutados.

Tratando-se de uma afecção como o câncer, a fidedignidade dos dados fica, todavia, restringida a algumas capitais de Estados e cidades que contam com melhores recursos de diagnóstico.

Estas capitais e cidades não constituem, contudo, uma amostra representativa do país, dada a diversidade de condições que apresentam, em relação às demais áreas.

Neste trabalho, são considerados os dados de capitais dos Estados em que é dividido o país, não tendo sido abrangidas as dos Territórios porque se trata de cidades pequenas.

Não foram incluídas outras cidades de vulto que não são capitais de Estados, para não se dilatar o tempo necessário à obtenção dos dados. Por outro lado, os números seriam tornados mais abundantes, sem que com isto, se modificasse o caráter de não representatividade de amostra com relação ao país.

MORTALIDADE DE CÂNCER NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

A mortalidade de câncer vem mostrando ascensão em várias das capitais brasileiras, principalmente as localizadas no leste meridional e sul do país (Vitória, Niterói, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis e Pôrto

Alegre), as quais, com Belo Horizonte, no centro, apresentam, também, os mais destacados valores.

No Quadro seguinte, são fornecidos os dados relativos ao período de 1940-1956.

Para os anos de 1940-1954, foram aproveitados valores apresentados por L. Freitas Filho (5), relativos a municípios (Manáus, Fortaleza, Recife, Maceió a partir de 1950, Aracajú, Salvador, Vitória, São Paulo, Curitiba, Florianópolis, Pôrto Alegre, Belo Horizonte) e cidades (Belém, São Luiz, Teresina, Natal, João Pessoa, Maceió até 1949, Niterói, Goiânia, Cuiabá), calculados com a população estimada aritmeticamente conforme o crescimento verificado entre os recenseamentos de 1940 e 1950 e completados por A. Scorzelli Jr. (6). Os dados de 1955 e 1956 referem-se a municípios, tendo sido determinados a partir do obituário divulgado pelo Serviço Federal de Bio-estatística (7) (8) e a população calculada por aquele modo.

Para o Rio de Janeiro, (Distrito Federal), os coeficientes foram tomados de A. Scorzelli Jr. (6), no período 1940-1954, calculados com dados fornecidos pelo Serviço Federal de Bio-Estatística e a população estimada aritmeticamente pelo crescimento 1940-1940. Os valores de 1955 e 1956 foram estabelecidos como foi mencionado para as demais capitais.

COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR CÂNCER POR 100 000 HA-
BITANTES NAS CAPITAIS DOS ESTADOS DO BRASIL

CAPITAIS	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Manaus.....	32,1	21,1	24,0	28,3	23,5	38,3	23,0	34,8	31,6	27,9	29,4	30,8	32,8	41,4	38,5	29,4	43,2
Belém.....	55,6	61,2	63,1	53,8	44,6	40,1	49,4	49,8	61,5	44,7	44,8	51,4	68,2	60,3	69,2	70,5	62,2
São Luiz.....	48,0	39,7	39,9	35,5	29,9	23,8	18,3	36,8	37,1	50,3	33,9	37,9	36,9	56,9	63,4	32,1	38,4
Terresina.....	26,1	24,9	31,7	48,1	84,9	32,6	47,1	51,8	54,1	54,3	62,2	62,1	69,3	61,9	44,6	41,0	30,5
Fortaleza.....	26,3	22,4	20,3	25,2	20,4	19,6	25,3	28,8	26,2	23,0	22,9	25,4	33,3	40,3	39,4	38,3	39,7
Natal.....	37,4	39,9	35,8	32,8	57,0	35,7	41,3	47,8	46,5	38,7	50,6	72,6	71,4	54,6	61,4	43,0	61,0
João Pessoa.....	52,2	67,4	83,1	49,7	39,6	47,4	76,8	65,5	44,3	67,3	61,4	46,0	65,4	58,9	83,5	51,5	44,6
Recife.....	67,2	65,2	59,0	63,1	50,3	54,2	51,2	56,7	57,9	58,2	61,2	68,7	67,4	66,7	62,4	69,5	67,7
Maceió.....	52,7	60,0	45,5	35,1	46,9	62,6	64,6	47,2	52,5	54,6	63,6	58,8	64,5	104,9	71,1	60,8	56,5
Aracaju.....	30,7	33,0	41,5	49,5	39,1	26,3	28,4	46,9	41,6	48,4	49,8	59,8	52,3	46,3	51,0	53,9	43,9
Salvador.....	56,5	67,7	57,9	49,9	55,6	53,3	48,7	55,5	59,0	59,6	58,5	61,8	69,5	59,6	68,9	73,5	74,2
Vitória.....	68,7	59,1	62,7	57,6	44,3	62,5	65,8	79,3	66,3	47,7	58,9	77,7	111,4	110,1	124,0	115,2	123,1
Niterói.....	59,0	67,0	73,6	68,9	77,1	61,8	71,7	73,4	71,9	70,4	67,3	78,0	77,7	93,0	84,3	84,4	78,4
Rio de Janeiro.....	67,9	68,6	67,4	71,4	71,6	66,9	68,7	69,9	76,9	75,9	77,4	76,1	82,6	85,2	91,6	98,7	100,7
São Paulo.....	80,3	85,0	89,1	81,8	84,8	79,0	88,0	85,2	89,1	94,1	92,5	93,1	96,8	97,6	103,6	111,1	115,2
Curitiba.....	70,9	55,6	64,0	54,6	87,1	78,2	90,0	83,4	97,2	90,8	82,0	112,9	126,4	114,2	109,8	136,9	140,5
Florianópolis.....	40,7	35,8	51,9	46,9	50,2	55,8	40,8	81,9	59,4	54,0	76,5	72,9	73,3	62,4	58,7	65,2	73,4
Porto Alegre.....	99,2	101,2	105,1	95,0	103,8	107,5	89,4	103,1	105,3	106,9	118,5	112,4	113,9	116,0	123,7	127,6	136,8
Belo Horizonte.....	67,5	82,4	65,6	69,0	76,2	69,8	74,9	74,9	84,3	80,1	86,8	87,3	95,6	105,4	101,4	105,5	104,1
Goiânia.....	27,5	35,2	51,0	13,6	24,3	29,4	16,8	21,7	8,6	24,1	55,2	51,9	71,2	63,2	76,0	24,1	29,3
Cuiabá.....	31,9	67,4	75,8	39,5	43,3	65,1	64,3	62,9	101,1	60,2	59,0	107,3	56,3	91,2	108,8	50,8	43,6

Deve-se, contudo, ressaltar, conforme já foi mencionado, que os dados de várias dessas capitais deixam a desejar quanto à sua qualidade.

Por um lado, o percentual de óbitos incluído em senilidade e causas mal definidas e ignoradas é muito alto, apresentando-se deste ponto de vista, os coeficientes calculados como um valor rebaixado em relação à realidade, por não terem abrangido um número indeterminado de óbitos de câncer não diagnosticados.

Por outro, o diagnóstico de câncer é efetuado apenas clinicamente, sem reunir, em algumas das capitais, por falta

de recursos, as desejadas condições de rigor.

Ademais, trata-se de dados de fato, isto é, classificados por lugar de ocorrência, com a possibilidade, portanto, de estarem onerados pela afluência de doentes de outras regiões em busca dos recursos dos centros maiores.

Com exceção do ano de 1956, cujos percentuais de óbitos de senilidade e causas mal definidas ou não especificadas já foram fornecidas em Quadro anterior, são os seguintes os dados relativos às capitais, no período de 1940-1955:

PERCENTUAL DE ÓBITOS DE SENILIDADE E CAUSAS MAL
DEFINIDAS OU NÃO ESPECIFICADAS

CAPITAIS	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Manaus.....	0,4	0,6	0,2	0,6	1,1	1,1	0,9	1,1	0,7	0,6	..	..	1,3	1,5	0,9	1,2
Belém.....	0,8	0,9	0,8	0,3	0,8	3,6	2,4	3,3	3,7	2,7	1,7	2,2	3,2	1,8	2,0	3,8
São Luiz.....	2,2	1,3	0,6	22,7	29,3	23,7	25,6	20,3	22,4	19,3	19,1	21,4	22,1	25,5	27,2	22,5
Terestina.....	0,8	0,8	2,1	0,6	1,1	1,7	1,5	3,3	2,9	2,2	5,1	4,7	6,0	5,9	6,1	4,1
Fortaleza.....	0,1	6,4	17,0	20,4	23,8	24,0	23,2	24,6	20,1	28,9	..	..	25,6	29,4	29,2	32,7
Natal.....	9,0	9,4	6,2	5,2	4,4	3,3	6,2	2,9	3,4	4,0	6,7	6,4	4,4	10,0	12,4	10,4
João Pessoa.....	1,7	2,9	4,9	5,0	3,5	2,9	1,0	0,2	0,6	3,0	6,8	17,1	34,8	37,0	50,7	42,2
Recife.....	2,4	1,5	1,7	1,7	1,4	4,1	1,4	1,8	2,0	1,9	6,2	6,5	4,3	6,4	7,3	5,2
Maceió.....	3,4	4,3	1,0	0,3	0,7	4,1	4,9	4,5	2,3	3,0	2,9	3,4	..	3,0	3,4	4,4
Aracaju.....	35,5	34,6	27,8	38,9	45,1	38,2	37,0	35,1	35,1	33,8	39,7	39,8	..	37,8	38,0	35,4
Salvador.....	8,2	7,1	6,2	5,2	4,6	5,3	5,2	4,6	6,4	6,4	6,6	6,9	5,2	5,1	5,7	6,8
Vitória.....	13,4	14,3	8,4	9,0	7,1	7,5	8,8	7,1	7,4	5,2	5,0	4,5	4,9	4,0	5,6	7,0
Niterói.....	0,2	2,7	2,2	0,6	0,5	1,1	1,3	1,1	1,5	1,0	2,2	3,4	3,6	2,2	1,8	2,2
Rio de Janeiro.....	1,0	1,1	1,0	0,8	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,0	1,1	1,2	1,2	1,6
São Paulo.....	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,6	0,7	0,4	0,6	4,6	2,4	2,2	1,4	1,7	..	1,3
Curitiba.....	12,6	17,8	16,7	15,5	8,8	7,5	8,2	8,9	8,8	10,3	13,1	9,2	7,7	8,7	4,8	3,9
Florianópolis.....	40,7	41,2	37,0	26,8	33,8	32,9	28,1	31,6	31,8	28,4	..	..	25,8	23,6	20,2	20,0
Porto Alegre.....	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,0	2,4	2,5	7,0	6,9	6,2
Belo Horizonte.....	6,7	6,2	7,9	8,3	7,7	7,6	7,2	7,9	10,6	10,4	9,4	10,2	10,4	8,7	6,7	5,2
Goiânia.....	30,0	33,6	25,8	23,0	36,3	37,8	..	42,8	10,8	50,8	35,5	34,8	32,1	26,5	20,0	30,9
Cuiabá.....	10,5	18,6	15,6	9,2	5,9	6,7	11,0	19,2	15,4	..	..	..	26,8	18,6	0,4	11,9

Conforme se verifica, um apreciável número de capitais brasileiras revelam altos percentuais de óbitos sem diagnóstico ou com imprecisos diagnósticos de causa.

Aliás, dados mais rigorosos são disponíveis apenas para Terezina, Recife, Salvador, Niterói, Rio de Janeiro e São Paulo, as quais são, por isto, consideradas no Quadro seguinte:

MORTALIDADE DE DOENÇAS INFECCIOSAS, TUBERCULOSE (TÔDAS AS FORMAS) E CÂNCER, POR 100.000 HABITANTES, EM 1955 A 1956.

CAPITAIS	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS		TUBERCULOSE		CÂNCER	
	1955	1956	1955	1956	1955	1956
Terezina.....	201,1	242,4	95,6	114,5	41,0	30,5
Recife.....	288,5	350,2	93,4	103,6	69,5	67,7
Salvador.....	297,9	310,6	159,2	149,2	73,5	74,2
Niterói.....	196,0	195,7	105,9	113,6	84,4	78,4
Rio de Janeiro.....	158,3	155,6	89,6	94,5	98,7	100,7
São Paulo.....	91,5	88,1	36,5	37,4	111,1	115,2

(As causas da morte foram classificadas conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de morte.)

O exame do Quadro acima mostra que, na época atual, a mortalidade de doenças infecciosas e parasitárias, conquanto mais moderada do que no passado, é ainda alta, principalmente nas três primeiras capitais, situadas tôdas elas na área de menor desenvolvimento econômico, embora representem, elas mesmas, centros um tanto adiantados. Niterói, capital do Estado do Rio de Janeiro, muito próxima, aliás do Rio de Janeiro, capital do país, já apresenta, com esta, valores mais baixos do que os daquelas capitais. São Paulo, capital do Estado do mesmo nome, o qual constitui uma grande força econômica dentro do país, evidencia, porém, valor muito baixo.

De certo modo, a tuberculose, uma doença transmissível cuja mortalidade pôde ser substancialmente reduzida, nos últimos anos, em razão, principalmente dos novos recursos de tratamento, mostra análogos resultados. Aqui, ain-

da como um fato marcante, destaca-se a mortalidade acentuadamente baixa de São Paulo, no conjunto das capitais consideradas.

O câncer, em contraposição a êsses aspectos, apresenta mortalidade que cresce de valor no sentido do sul do país. Dêste modo, São Paulo é a capital da mais alta mortalidade, secundado de perto pelo Rio de Janeiro.

Um estudo mais pormenorizado é efetuado para o Rio de Janeiro, capital do país, a qual, com São Paulo, se inscreve entre as cidades mais populosas e adiantadas do mundo.

O Rio de Janeiro, constitui, no Brasil e no mundo, um desses trechos cujo quadro nosológico se caracteriza por uma transição no sentido da etapa já alcançada pelos países mais adiantados.

Sua mortalidade de câncer vem nitidamente ascendendo, enquanto que vem decrescendo a mortalidade de doenças infecciosas e parasitárias, que

surgia em primeiro lugar não muitos anos atrás. Dentre estas doenças, a tuberculose era o mais importante contingente.

Uma idéia desta modificação pode ser obtida do exame da posição ocupada pelas mais importantes causas de morte no obtuário, em diversos anos.

A intervalos de 5 anos, foram os seguintes o número e percentual sobre o total de óbitos, relativos a essas causas.

Nota-se que a tuberculose desceu consideravelmente passando do primeiro para o quinto lugar em ordem de importância, ao passo que se verificava a ascensão das doenças degenerativas, incluídas no aparelho circulatório e o câncer. As infecções do aparelho digestivo perturbações nutritivas, juntamente com as pneumonias, mantiveram-se entre as cinco mais destacadas causas de morte, embora sua relevância tenha, relativamente decrescido.

Nº E PERCENTUAL DE ÓBITOS SÓBRE O TOTAL

Anos	DOENÇAS	N.º de óbitos	Percentual
1925	1 — Diarréia e enterite.....	4.711	18,0 %
	2 — Tuberculose.....	4.382	16,7 %
	3 — Doenças do aparelho circulatório.....	2.159	8,1 %
	4 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	2.158	8,2 %
	5 — Nefrites.....	1.584	6,0 %
1930	1 — Tuberculose.....	4.709	18,9 %
	2 — Diarréia e enterite.....	4.127	16,5 %
	3 — Doenças do aparelho circulatório.....	2.341	9,2 %
	4 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	2.101	8,4 %
	5 — Nefrites.....	1.844	7,4 %
1935	1 — Tuberculose.....	4.846	18,2 %
	2 — Diarréia e enterite.....	3.600	13,3 %
	3 — Doenças do aparelho circulatório.....	2.823	10,6 %
	4 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	2.614	9,8 %
	5 — Nefrites.....	1.931	7,3 %
1940	1 — Tuberculose.....	5.758	18,4 %
	2 — Doenças do aparelho circulatório.....	4.621	14,5 %
	3 — Diarréia e enterite.....	4.096	13,1 %
	4 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	2.867	9,2 %
	5 — Nefrites.....	1.753	5,6 %
1945	1 — Tuberculose.....	6.559	19,6 %
	2 — Doenças do aparelho circulatório.....	5.737	16,7 %
	3 — Gastro-enterite, colite, diarréia e outras doenças da infância.....	3.743	11,2 %
	4 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	3.684	11,0 %
	5 — Nefrites.....	2.220	6,6 %
1950	1 — Doenças do aparelho circulatório.....	6.819	21,7 %
	2 — Tuberculose.....	4.656	15,0 %
	3 — Gastro-enterite, colite, diarréia e outras doenças da infância.....	3.476	11,2 %
	4 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	2.632	8,5 %
	5 — Câncer.....	1.839	5,9 %
1955	1 — Doenças do aparelho circulatório.....	5.934	19,9 %
	2 — Gastro-enterite, colite, diarréia e outras doenças da infância.....	3.757	11,7 %
	3 — Câncer.....	2.654	8,3 %
	4 — Tuberculose.....	2.410	7,5 %
	5 — Pneumonia e bronco-pneumonia.....	2.147	6,7 %

Nos dados do aparelho circulatório foi excluído o reumatismo articular agudo.

É interessante verificar a evolução, no tempo, da mortalidade de câncer em comparação com as das doenças infecciosas e parasitárias e seu mais destacado contingente, a tuberculose.

Mortalidade de doenças infecciosas e parasitárias tuberculose tôdas as formas e câncer, por 100 000 habitantes, no Rio de Janeiro, D. F.

Anos	Doenças infecciosas e parasitárias	Tuberculose	Câncer
1940	504,6	327,3	67,9
1941	495,3	317,1	68,5
1942	489,2	309,0	67,4
1943	475,7	320,7	71,4
1944	482,2	325,3	71,5
1945	440,2	317,5	66,9
1946	422,5	294,5	68,7
1947	413,0	297,2	69,9
1948	379,8	257,7	76,9
1949	305,7	213,2	75,9
1950	287,6	195,8	77,4
1951	268,7	188,7	76,1
1952	222,1	136,1	82,6
1953	176,3	95,3	85,2
1954	168,8	97,8	81,5
1955	158,3	89,6	98,7
1956	155,6	93,4	100,7
1957	157,9	97,4	102,1

Como se vê, ao passo que baixa a mortalidade de doenças infecciosas e parasitárias, ascende a do câncer. Êste mostra-se, em contraposição à tuberculose, a mais importante causa de morte do passado, de sorte a superá-la a partir de 1955. Deve-se, todavia, ressaltar que os anos de 1956 e 1957, conquanto assinalem mortalidade de tuberculose inferior à do câncer, mostram valores um tanto mais elevados que o ano de 1955, quando a tuberculose atingiu seu menor valor de mortalidade no Rio de Janeiro desde que não conhecidas suas estatísticas.

A mortalidade de câncer no Rio de Janeiro vem ascendendo mais acentua-

damente no sexo masculino do que no feminino.

É o que mostra o Quadro seguinte, com dados tomados de Scorzelli Jr. (9), completados especialmente para êste trabalho. A população foi estimada conforme o crescimento aritmético verificado entre os censos de 1940 e 1950.

MORTALIDADE POR CÂNCER, POR SEXO, POR 100 000 HABITANTES

ANOS	Masculino	Feminino
1942.....	62,0	72,7
1943.....	66,7	76,1
1944.....	68,5	74,7
1945.....	61,7	71,9
1946.....	69,0	68,5
1947.....	66,7	72,9
1948.....	77,1	76,5
1949.....	73,4	78,3
1950.....	75,8	78,9
1951.....	74,4	77,7
1952.....	82,7	82,6
1953.....	90,5	80,3
1954.....	84,7	78,6
1955.....	101,2	96,3
1956.....	107,2	94,5
1957.....	109,6	95,1

Conquanto os dados de mortalidade de câncer exprimam mais precisamente, ocorrência das localizações e formas graves, é interessante verificar quais os coeficientes relativos às localizações mais importantes quanto ao obituário.

No Quadro seguinte, são mostrados os coeficientes por sexo e algumas localizações por 100 000 habitantes, no Rio de Janeiro.

A diversidade de localização do câncer conforme sexos, é a explicação por que o sexo masculino, cujos valores eram inferiores ao do sexo feminino, passou, a partir de 1952, conforme se verifica no Quadro anterior, a superá-lo.

Contribuiu, com certa importância, masculino, o câncer do aparelho respiratório, para a ascensão da mortalidade no sexo

ANOS	MASCULINO				FEMININO			
	Ap. digestivo	Órgãos genitais	Mama	Ap. respiratório	Ap. digestivo	Órgãos genitais	Mama	Ap. respiratório
1942	34,0	3,1	—	6,9	26,0	25,4	9,2	1,7
1943	34,7	6,0	—	7,8	26,6	25,0	12,4	2,2
1944	38,4	4,8	—	8,3	27,6	23,0	9,2	1,9
1945	33,8	4,2	—	8,6	29,9	20,5	9,4	1,9
1946	35,6	2,7	—	9,0	26,6	19,7	8,8	1,9
1947	33,0	3,6	0,1	10,0	25,2	22,2	9,5	3,2
1948	40,1	4,3	0,3	10,1	28,3	22,4	10,8	3,1
1949	38,2	3,6	0,1	10,2	29,1	21,0	11,0	2,3
1950	37,6	4,2	0,3	12,6	29,4	23,9	9,8	3,4
1951	36,3	4,5	0,1	12,6	28,8	22,2	8,7	3,1
1952	42,1	4,9	—	13,3	31,1	20,6	10,4	3,7
1953	42,1	4,1	—	17,0	32,1	18,7	12,8	3,5
1954	38,7	6,4	0,3	14,7	25,5	21,2	11,9	3,6

Consideradas as localizações, por ordem de grandeza dos coeficientes, verifica-se que, no sexo masculino, a predominância coube ao aparelho digestivo, seguido pelo aparelho respiratório.

No sexo feminino, o aparelho digestivo vem em primeiro lugar, em quase todo o período considerado, mas seguido de perto pelo câncer dos órgãos genitais. O câncer do seio apresenta, todavia, coeficientes de mortalidade algo elevados.

A mortalidade de câncer por idade apresenta-se, no Rio de Janeiro, com a distribuição já conhecida, em toda a parte: baixa nas idades inferiores, ascendendo progressivamente no sentido das idades mais altas e subindo acentuadamente na velhice.

Isto, que se verifica para o câncer, de modo geral, ocorre também quando são consideradas suas localizações discriminadamente.

Nos dados do triênio 1949/51, em que no ano central de 1950 ocorreu o último

censo demográfico efetuado no país, verifica-se este aspecto.

Coefficientes de mortalidade de câncer (todas as localizações), por 100 000 habitantes, por idade e sexo.

1949-1951

Idade	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
-1	2,1	1,1	1,6
1-4	8,7	7,5	8,1
5-9	4,5	3,2	3,9
10-14	6,3	3,4	4,8
15-19	6,4	6,6	6,5
20-29	10,1	11,3	10,7
30-39	31,4	42,6	37,0
40-49	102,5	125,4	113,9
50-59	290,8	270,2	280,2
60-69	582,6	416,4	490,2
70 +	911,1	669,5	750,1

A eliminação do câncer como causa de morte não pode ser admitida de modo completo no estado atual de nossos conhecimentos científicos, em que pesem os avanços já efetuados no diagnóstico precoce e tratamento dessa afecção.

O descobrimento e, por conseguinte, o tratamento oportuno e bem sucedido do câncer, é alcançado com maior facilidade para as lesões exteriores do que para as interiores e, no que se relaciona a estas, as possibilidades técnicas de diagnóstico não se acham em estado de igualdade.

As dificuldades técnicas crescem-se às que derivam do comportamento das próprias pessoas acometidas, como uma decorrência de suas condições sociais e culturais, fazendo com que, mesmo despitáveis em princípio, certas localizações sejam ignoradas por tempo apreciável, agravando-se o prognóstico.

Uma indagação, todavia, interessante, é a de qual poderia ser o ganho na vida média se o câncer pudesse ser excluído como causa de morte.

Usando método de Greville (9) (10), foram calculadas tábuas de vida para o Rio de Janeiro, relativas ao triênio 1949-1951.

Assim, para ambos os sexos, a vida média ao nascer, calculada em 53.34 anos subiria para 54.52, com o ganho de 1.18 anos, se excluído o câncer.

Para o sexo masculino, êsses valores seriam, respectivamente, 50.36 e 51.26, com o ganho de 0.90 anos.

Para o sexo feminino, a vida média ao nascer subiria de 56.56 anos para 57.94, com aumento de 1.34 anos.

ALGUNS DADOS DE MORBIDADE DO CÂNCER OBTIDOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER DO SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER — Rio de Janeiro — Brasil.

Há vinte anos apenas teve início a luta organizada contra o câncer no Brasil com a criação em 1938, do Centro de Cancerologia, no Rio de Janeiro,

que em 1941, converteu-se em Serviço Nacional de Câncer. Sua função é supervisionar e fiscalizar a Campanha Contra o Câncer em todo o País e auxiliar financeiramente, tôdas as Entidades especializadas e reconhecidas.

Possui o S. N. C. o Instituto Nacional de Câncer, inaugurado em agosto de 1957, à Praça Cruz Vermelha, 23 — Rio de Janeiro. Tem capacidade para 350 leitos, dispõe de magnífica aparelhagem, vários laboratórios e ambulatórios, excelente departamento de Pesquisas, movimentada clínica de Prevenção do Câncer Ginecológico e se destina a prevenção, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas, fazer pesquisas de base bem como a formar suficiente número de técnicos para todo o País.

De 1938 a 1958 foram matriculados, somente no Instituto, mais de 45 000 doentes porém nosso atual trabalho se baseia no que foi observado nos anos de 1952 a 1956. Preferimos excluir o de 1957 porque coincidiu com a mudança para a atual Sede.

Nesses 5 anos foram registrados 19.037 doentes, dos quais somente foram confirmados 8.273. Apesar de nossas limitadas possibilidades de atendimento na antiga clínica, ainda assim verificamos sensível aumento nos números de 1955 para 1956.

Contudo, já podemos afirmar que a procura ultrapassará muito os anteriores, em virtude de maiores facilidades bem como pelo maior conhecimento pela parte da classe médica e mesmo dos leigos dos magníficos recursos do atual Instituto.

Observando-se a localização do câncer nesses 8 273 verificamos que o maior número, como era de se esperar,

foi na pele que ocorreu em 2 016 casos, seguido da mama com 1 451, cervix com 1 383, bôca com 808 e laringe com 292. Sômente estas 5 localizações totalizam 5 962 pacientes, o que equivale a mais de 70% de todos os casos.

Vemos por outro lado, a baixa frequência em nossa estatística, dos casos de estômago, esôfago, fígado, pâncreas e vesícula biliar, colon, reto e ânus, rim bexiga e próstata, bem como os do sistema nervoso.

Sabemos que aquêle primeiro grupo, na realidade, é sempre bem maior do que o outro, contudo, em nossa série a desproporção é exagerada. Acreditamos que alguns fatôres concorram para que isso aconteça, podendo-se mencionar em primeiro lugar o seguinte:

a) O Instituto Nacional de Câncer dispõe de todos os recursos para um pronto diagnóstico bem como de tôdas as armas para tratamento. Nessas condições, somos procurados por grande número de pacientes já alertadas pelas periódicas campanhas populares que fazemos ou então pelos profissionais médicos ou dentistas.

Trata-se quase sempre de tumores já bastante conhecidos não só pelos profissionais como pelos leigos e que exigem, habitualmente tratamento pelas irradiações, pela cirurgia mutiladora ou pela associação cirurgia + radioterapia. Isto tanto diz respeito aos enfermos da cidade do Rio de Janeiro, como àqueles vindos de outras cidades.

Por outro lado, é perfeitamente contrário o que ocorre com o outro grupo que atinge apenas a 2 275 doentes. Os portadores de neoplasia maligna do esôfago, estômago, fígado, pâncreas, vesícula biliar, colon, reto, ânus, rim, bexiga e próstata, são de um modo geral tra-

tados preferentemente pela cirurgia e há vários Hospitais Gerais na cidade altamente qualificados, o que, sem dúvida, atrai um grande número desses doentes. Acresce o fato que, na falta de uma lesão evidente ou palpável, vão ter primeiro aos Hospitais Gerais, onde são diagnosticados e tratados.

Com os doentes que vêm do interior passa-se o mesmo. Enquanto que nos chegam dos lugares mais longínquos os do primeiro grupo fazendo crescer nossas estatísticas, os do segundo permanecem em seus próprios lares ou recolhidos aos pequenos hospitais do interior, sem meios de diagnóstico. Devemos nos lembrar que o Brasil com uma área de mais de 8 000 000 kms, tem apenas uma população de 60 000 000 de habitantes, muito irregularmente distribuída e que, vários de seus municípios do interior longínquo não dispõe de um único médico.

Quanto a procedência verificamos que, aproximadamente, 75% dos doentes são da própria capital do país e que apenas 25% vêm de outras cidades.

As enormes distâncias, a falta de boas comunicações rodoviárias, ferroviárias e marítimas entre a capital do país e os Estados e o espírito criador e generoso de muitos homens, levaram à fundação de várias clínicas ou mesmo excelentes Institutos distribuídos pelos 20 estados brasileiros sendo dignos de menção: O Instituto Central Antonio Candido Camargo e o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo; o Instituto Borges da Costa em Belo Horizonte, o Hospital Mario Kroeff no Rio de Janeiro; o Hospital Aristides Maltez na Bahia, o Instituto de Câncer da Santa Casa de Maceió, estando em fase de conclusão vários outros.

Quanto à raça, domina inteiramente a branca, mas daí não podemos tirar maiores conclusões, primeiro porque esta é a dominante, segundo porque a negra está mais concentrada em outras áreas do país. Serviu-nos apenas para verificar que, realmente, o câncer da pele é muito raro entre os negros.

Quanto à idade, houve predominância dos grupos de idade de 40 a 49 e 50 a 59 em relação àquele com mais de 60 anos. Atribuímos ao fato de que a média de vida do brasileiro ainda é relativamente baixa.

Quanto ao sexo, houve enorme supremacia do feminino (5 368) sobre o masculino (2 905). Atribuímos esta enorme diferença às mesmas causas já apontadas quanto às localizações, isto é, que enquanto somos procurados por enorme número de casos de neoplasias da mama e da cervix, pouco o somos por aqueles do pulmão, estômago, próstata, etc.

Quanto à duração de sintomas, predomina o grupo cujo início da doença data de mais de um ano. Além do elevado número de lesões cutâneas cuja evolução é quase sempre muito lenta, devemos reconhecer que os doentes que nos procuram já o fazem tardiamente, apesar da intensa Campanha Nacional Educativa que é promovida pelo S.N.C. e que conta com a colaboração das demais entidades.

Esta Campanha é feita anualmente durante todo o mês de maio e consta de exposições educativas, farta distribuição de material de propaganda e ensinamentos além de conselhos pela imprensa, rádio e televisão.

Já no VI Congresso Internacional de Câncer que se realizou em 1954 no Brasil, em São Paulo, Jorge de Marsillac e Naim Merched, levando em consideração as informações sobre a posição do câncer como causa de morte no Brasil, publicaram dois artigos um intitulado "Câncer e Estatística" (11) focalizando a mortalidade por câncer nas capitais brasileiras e no Rio de Janeiro além de outros fatores de interesse e outro com o título de "Posição do Câncer nas Capitais Brasileiras em Relação a Outras Causas de Morte nos anos de 1950, 1951 e 1952". (12)

No presente trabalho, além dos dados de mortalidade por câncer no país, por si só pouco elucidativos, focalizamos também alguns aspectos de sua morbidade bem como outros aspectos de interesse geral.

O número de que dispomos é somente de um hospital que é o Instituto Nacional de Câncer, porém, o Serviço Nacional de Câncer não tem se descurado de tão importante problema que é o de obter informações de todo o país.

Desde o ano passado, criou-se a Seção de Epidemiologia, cujo mister é se corresponder não só com as entidades especializadas, bem como com todos os Hospitais e profissionais médicos de todo o país, para que venhamos a possuir valiosas informações sobre os vários aspectos de como o câncer se apresenta no Brasil.

Todavia, se esses informes não foram de todo prestados e levando em conta que o câncer se tornou a doença do século, possivelmente nos veremos na contingência de solicitar das mais altas autoridades do Ministério da Saúde que o torne no país como doença de notificação compulsória.

LOCALIZAÇÃO

Pele	2 016
Ôlho e Órbita	58
Seios paranasais e cavidade oral	55
Clândulas salivares	111
Bôca	808
Faringe	188
Laringe	292
Pulmão	118
Tireoide	65
Esôfago	112
Estômago	273
Fígado, pâncreas e vesícula biliar	25
Colon, reto e ânus	153
Mama	1 451
Colo uterino	1 383
Corpo do útero e ovário	152
Vagina e vulva	85
Rins, bexiga e próstata	103
Testículo e pênis	116
Esqueleto e articulações	125
Sistema nervoso	9
Sistema hemolinfopoiético	346
Outras localizações	229
TOTAL	8 273

PROCEDÊNCIA

Capital	6 174
Estados	2 099
TOTAL	8 273

DURAÇÃO DOS SINTOMAS

— de 6 meses	625
6 a 11 meses	1 432
+ anos	6 216
TOTAL	8 273

IDADE

0 a 9	136
10 a 19	210
20 a 29	388
30 a 39	996
40 a 49	1 818
50 a 59	2 221
+ de 60	2 504
TOTAL	8 273

R A Ç A

Branca	6 566
Parda	807
Negra	900
TOTAL	8 273

S E X O

Masculino	2 905
Feminino	5 368
TOTAL	8 273

C I T A Ç Õ E S

Rapport Épidemiologique et Démographique. Vol. V, n.ºs 1 e 2 (1)
 Rapport Épidemiologique et Démographique (2)
 Giorgio Mortara e cols. Pesquisas sôbre a mortalidade no Brasil — Estatística Demográfica n.º 18 — Cons. Nac. Est. 1954 (3)
 Stacy May Economic interest intropical medicine. The American journal of Medicine and Hygiene. Vol. 3, n.º 3, maio de 1954 (4)
 L. Freitas Filho. Vida e Morte nas Capitais brasileiras, 1956 (5)
 A. Scorzelli Junior. A mortalidade no Distrito Federal. 1924-1953 .. (6)
 Serviço Federal de Bioestatística — Boletim mensal (7)
 Serviço Federal de Bioestatística. Boletim mensal (8)
 T. N. E. Greville. Mortality Tables analyzed by cause of death. The Record American Institute of Actuaries. Out. 1958 (9)
 A. Scorzelli Junior — Câncer como causa de morte. Rev. Bras. de Cancerologia. Vol. 13, n.º 15, dez. 1956 (10)
 Jorge de Marsillac e Naim Merched. Rev. Bras. de Cancerologia. Vol. 11, n.º 12, dez. 1954 (11)
 Jorge de Marsillac e Naim Merched. Rev. Bras. de Cancerologia (12)

SUMMARY

Report presented to the VII International Cancer Congress held in July, 1958, at London.

The authors, Dr. Jorge de Marsillac, chief of the Organization and Control Department of The National Cancer Service; and Professor Achilles Scorzelli Jr. Director of the Public Health School, make several remarks about Cancer Epidemiology in Brazil, particularly in Rio de Janeiro, during the period from 1952 to 1956.

They arrive to the same conclusions previously mentioned by others that while a country develops, mortality by infectious diseases decreases and mortality degenerative ones increases.

They point the difficulties of an statistical survey even only of mortality, considering that the non-determined death causes coefficient even in Brazilian main cities, and these difficulties grow extraordinarily in the in interland where there is a great number of regions without a single doctor. The author also emphasize the statistical findings of Cancer National Institute, at Rio de Janeiro, during the same period and point to some cancer localisation, out of rate, and to the reasons that, under their opinions, would be responsible for them.

RÉSUMÉE

Travail présenté au VII Congrès International du Cancer, réalisé à Londres, en Juillet 1958.

Les auteurs, le Dr. Jorge de Marsillac, chef de la Section d'Organisation et Contrôle du Service National du Cancer et le Professeur Achilles Scorzelli Junior, Directeur de l'Ecole de la Santé Publique, font plusieurs considerations sur l'épidémiologie du cancer au Brésil, surtout à Rio de Janeiro, pendant la période comprise entre 1952/1956.

Ils arrivent aux mêmes conclusions déjà citées par d'autres auteurs, selon les quelles, à la mesure que le pays progresse, la mortalité causée par des maladies infectieuses diminue, et la mortalité causée par des maladies dégénératives croit.

Ils montrent les difficultés à faire des statistiques, quelqu'il ne soit que sur la mortalité, en considérant le coefficient très haut des causes de mort mal définies, même dans les capitales brésiliennes, et montrent que ces difficultés augmentent extraordinairement à l'intérieur du pays, ou il y a encore des centaines de municipes sans aucun médecin.

Les auteurs font remarquer les découvertes statistiques de l'Institut National du Cancer, de Rio de Janeiro, dans la même période, et font encore remarquer la disproportion entre quelques localisations du cancer, et les raisons, à leur avis, responsables par celles-ci.