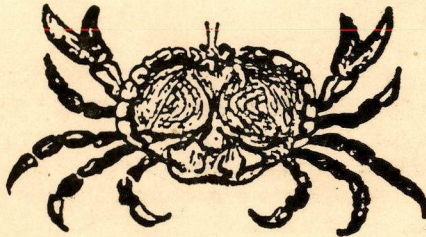


S15c

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Orgão oficial do Serviço Nacional de Câncer

Ex 1



R

Volume 16

Junho, 1959

Número 19

Rio de Janeiro

Brasil

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

Ministério da Saúde

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER

Diretor

PROF. UGO PINHEIRO GUIMARÃES

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Chefe

DR. ANTONIO PINTO VIEIRA

SECÇÃO DE ORGANIZAÇÃO E
CONTRÔLE

Chefe

DR. JORGE DE MARSILLAC

Os artigos originais, enviados à Redação da Revista Brasileira de Cancrologia, serão publicados quando os assuntos nêles versados se ajustarem aos moldes da Revista e após terem sido aprovados pelos editôres. Os originais devem ser datilografados em espaço duplo e acompanhados de pequeno resumo em língua portuguesa, inglesa e francesa.

A Revista adota a ortografia oficial.

Os desenhos serão com tinta nanquim e as fotografias nítidas, numeradas no verso, devendo trazer em papel justaposto, os dizeres correspondentes às mesmas.

Bibliografia — Deverá obedecer à seguinte ordem: — Número da citação de acôrdo com o texto; nome do autor; título do artigo (sublinhado); nome da revista; volume (em algarismos romanos); páginas; mês e ano.

Os autores dos trabalhos originais terão direito a 50 separatas gratuitas.

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA



Orgão oficial do Serviço Nacional de Câncer

(Decreto-lei n.º 3.643, de 2-9-41, art. 4 § 1)

REDADORES PERMANENTES

<i>Alberto Lima de Morais Coutinho</i>	— Cirurgião
<i>Amador Corrêa Campos</i>	— Cirurgião
<i>Amaury Barbosa</i>	— Cirurgião
<i>Antônio Pinto Vieira</i>	— Radioterapeuta
<i>Edésio Maesse Neves</i>	— Citologista
<i>Egberto Moreira Penido Burnier</i>	— Cirurgião
<i>Evaristo Machado Netto Júnior</i>	— Radiologista
<i>Emmanuel Rebello</i>	— Laboratorista
<i>Felix Horácio de Mello Gollo</i>	— Clínico
<i>Feliciano Pinto</i>	— Cirurgião
<i>Francisco Fialho</i>	— Patologista
<i>Georges da Silva</i>	— Cirurgião
<i>Hugo Caire Castro de Faria</i>	— Pesquisador
<i>João Bancroft Vianna</i>	— Cirurgião
<i>João Carlos Cabral</i>	— Radiologista
<i>Jorge de Marsillac</i>	— Cirurgião
<i>Luiz Carlos de Oliveira Júnior</i>	— Cirurgião
<i>Mário Kroeff</i>	— Cirurgião — Fundador do S.N.C.
<i>Moacyr dos Santos Silva</i>	— Clínico
<i>Osolando Júdice Machado</i>	— Radioterapeuta
<i>Sérgio de Barros Azevedo</i>	— Pesquisador
<i>Turíbio Braz</i>	— Cirurgião
<i>Ugo Pinheiro Guimarães</i>	— Cirurgião

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Publicação semestral que aparece nos meses de junho e dezembro de cada ano. Distribuída gratuitamente às instituições médicas do País e do Estrangeiro e aos médicos em geral, de acôrdo com o critério dos editôres.

Solicita-se permuta com Revistas Médicas.

SECÇÃO DE ORGANIZAÇÃO E CONTRÔLE
SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER
Praça Cruz Vermelha, 23
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SUMÁRIO

Organização e Execução da Luta anti-cancerosa no Brasil — *Prof. Ugo
Pinheiro Guimarães*5

Considerações Gerais sobre epidemiologia do Câncer no Brasil — *Jorge de
Marsillac e Achilles Scorzelli Junior* 43

ORGANIZAÇÃO E EXECUÇÃO DA LUTA ANTI-CANCEROSA NO BRASIL

PROF. UGO PINHEIRO GUIMARÃES
Diretor do Serviço Nacional de Câncer

I — INTRODUÇÃO

A necessidade de enfrentar o câncer tem estabelecido por tódã a parte, em especial nos países mais desenvolvidos, a organização de luta anti-cancerosa que abrange, em conjunto, os diferentes aspectos do grave problema médico-sanitário.

É inegável que um grande espírito estimulante resultou na criação da União Internacional Contra o Câncer, organismo planejado desde o Congresso de Madrid, de 25 de outubro de 1933.

Os esforços já mais ou menos desenhados isoladamente, em diferentes Nações que se filiaram à União, foram através do tempo revelando um caráter normativo, que últimamente patenteara flagrante unidade de vistas, resultante sem dúvida de uma comunhão de princípios científicos, examinados nos Congressos sucessivos desta Entidade Internacional.

Poderíamos sintetizar dizendo que as lutas anti-cancerosas nacionais obedecem ao critério fundamental da apre-

ciação epidemiológica e, nesta base, da estruturação de um largo programa de educação, prevenção, diagnóstico precoce, assistência e investigação.

De acôrdo com os recursos econômicos e culturais de cada País, êste sistema de luta ganha maior amplitude, mantendo-se entretanto, uma notória uniformidade geral de conduta.

Não nos cabe na presente oportunidade fazer apreciações históricas, remontando até o pioneirismo de Hunter, Howard e Withbread, nem focalizar aspectos da luta internacional contra o câncer, e, muito menos esmiuçar o que nela ainda influem as atuais complexidades etiopatogênicas. De acôrdo com o programa do Congresso, lembrando apenas a citada uniformidade de métodos e o salutar papel representado pela União Internacional Contra o Câncer, vamos imediatamente relatar o desenvolvimento da luta anti-cancerosa no Brasil. Mesmo aqui, não nos ateremos a rememorações extensas, procurando focalizar especialmente a situação atual.

* Relatório apresentado ao I Congresso Latino-Americano de Cancerologia, realizado em Buenos Aires em outubro de 1959.

** NOTA — Na preparação do presente Relatório, o Relator contou com a valiosa colaboração do Dr. Jorge de Marsillac. Chefe da Secção de Organização e Contrôlo do Serviço Nacional de Câncer e com a de todos os seus auxiliares dêste setor.

Ver-se-á, a seguir, que existe em nosso País, uma Campanha Nacional Contra o Câncer, resultante de inteira articulação da atividade oficial e da iniciativa privada.

Esta última é contingente de indispensável e valiosa significação. Por seu

lado, o Governo tem contribuído de modo muito ponderável.

Na fase atual, a luta anti-cancerosa que se processa sob a alta inspiração e firmes diretrizes do Ministério da Saúde.

II — EPIDEMIOLOGIA DO CANCER NO BRASIL

O propósito de apurar a extensão da frequência de doenças neoplásicas malignas na população brasileira, primeiro passo a ser dado para articulação de uma luta anti-cancerosa organizada, levou desde cedo investigadores interessados, como Eduardo Rabello, Sérgio de Azevedo, Barros Barreto, Lincoln de Freitas, Eder Jansen de Mello, etc., a fazerem pesquisas estatísticas que buscaram as melhores *data* possíveis.

Últimamente, já criado o S.N.C., fato sôbre o qual logo adiante nos detemos, estas investigações estatísticas foram ampliadas, assim resultando as contribuições recentes de Jorge de Marsillac, Naim Merched e Achilles Scorzelli. Embora os primeiros informes obtidos fôssem, como seria de esperar, ainda imperfeitos, contudo mostraram-se suficientemente elucidativos para alertarem as autoridades responsáveis no sentido de tomarem medidas efetivas de luta anti-cancerosa nacional.

Um balanço objetivo da realidade brasileira e da natureza dos recursos a serem utilizados em face da situação epidemiológica apurada, resultou na criação do Serviço Nacional de Câncer, organismo sanitário federal, controlador, supervisor e mesmo assistencial, instituído em 1941, no Governo do Presidente Getúlio Vargas, por influência de Mário Kroeff.

O inquérito epidemiológico fundamental foi, portanto, preocupação estimuladora e contínua, em nossos dias, como alicerce daquilo que viemos a denominar — Campanha Nacional Contra o Câncer, promovida pelo Ministério da Saúde através do S.N.C. Apesar do feliz incremento desta Campanha, reconhecemos que até agora, as *data* estatísticas obtidas não correspondem inteiramente ao que desejamos. Várias razões específicas justificam esta lacuna.

Sumariamente, podemos apontar: A enorme extensão do território nacional; o volume rapidamente crescente da população; a desigualdade de distribuição dos núcleos populacionais em áreas muito extensas do território; a desproporção entre o número de habitantes e o de profissionais da classe médica, incluindo os sanitaristas; a distribuição irregular destes profissionais nos Estados da Federação, havendo ainda Municípios estaduais onde não existe médico exercendo atividade; a necessidade de, para cada caso de câncer, haver um diagnóstico seguro, na base de laudo histo-patológico; a emissão de atestados de óbito em ocorrências nas quais diagnóstico foi estabelecido sem documentação anátomo-patológica.

Depreende-se desta enumeração que a coleta regular de *data* permanece dificultada; correlatamente, torna-se evi-

dcnte que o precioso auxílio informativo de uma rede hospitalar nacional adequada, mesmo sem apontarmos o número desejável de instalações exclusivamente destinadas a portadores de câncer ou doenças afins, é ponderável entrave numa análise estatística conveniente. As autoridades sanitárias obteriam destas fontes assistenciais, se bem distribuídas, um volume regular de informações de grande utilidade. Mas repitamos, há municípios brasileiros até sem médicos.

Consideradas tais deficiências, registramos que, no material estatístico obtido o defeito essencial de nossas apreciações epidemiológicas, ainda no momento, reside no fato de virmos lançando mão apenas de *data* de mortalidade. E estas mais merecedoras de confiança quando oriundas das Capitais dos Estados brasileiros e uma ou outra Cidade de importância. Isto, naturalmente, como consequência do fato de considerarmos que nestes grupos populacionais há maiores recursos técnicos e, destarte, a emissão de atestados de óbito é mais rigorosamente documentada.

Vem servindo para o balanço epidemiológico nacional no que se refere ao câncer como a outras enfermidades, o registro de mortalidade coletado e analisado no Serviço Federal de Bioestatística. Foi aí que os investigadores buscaram os elementos disponíveis para as apreciações atrás apontadas e ainda os trabalhos de Marsillac, Merched e Scorzelli dêles se aproveitaram.

Muito recentemente o S.N.C. tomou as necessárias providências para a instalação de Uma Seção de Epidemiologia própria, visando sobretudo alcançar índices de incidência e prevalência, com as inferências possíveis para coeficiente de morbidade. Esta Secção foi instala-

da, contando com o pessoal e material adequado e podemos apresentar aqui o mapa e a ficha, com as instruções indispensáveis, que acabam de ser remetidos a tôdas as Entidades votadas à assistência ao canceroso no território nacional, assim como a Instituições que embora não exclusivamente destinadas a tal fim, entretanto, também atendem a portadores de processos neoplásicos malignos (Ver apêndice).

Dêste modo esperamos vir a obter, finalmente, uma informação epidemiológica de objetivo interesse com extensão gradativamente mais ampla. Estaremos então, em posição de avaliar melhormente a frequência das doenças cancerosas em núcleos populacionais, dado que não ficaremos submetidos às indicações insuficientes de mortalidade. Será isto desde já um empreendimento laborioso só terá definitiva expressão quando o progresso econômico e cultural da Nação corrija os inconvenientes atrás citados, que perturbam a apuração estatística. Contudo, com os elementos disponíveis, o que coletarmos através do novo setor do S.N.C., dentro de poucos anos já será mais significativo do que o que atualmente se conseguiu. Só, portanto, um programa como o que inicia o Serviço Nacional de Câncer conseguirá modificar o regimen de apreciação epidemiológica até hoje inteiramente fundado na mortalidade. Contamos, desde já, para o empreendimento, com a colaboração das chamadas Entidades Estaduais filiadas ao S.N.C., sobre as quais adiante falaremos.

Repetimos que se trata de uma árdua labuta. Ainda nos recordamos do comentário de Dublin, em 1937: "Sobre a incidência do câncer, realmente sabemos pouco. O número de pessoas atingi-

das, nos Estados Unidos, não é conhecido." De lá para cá, houve progressos típicos, mas não de todo satisfatórios.

Em termos de mortalidade por câncer, o confronto de grupos decenais de dados estatísticos, permitiu os trabalhos de Dr. Jorge de Marsillac, Chefe da Seccção de Organização e Contrôlo do S.N.C., Naim Merched e Achilles Scorzelli, que refletem conhecimentos acumulados.

Os coeficientes globais de mortalidade em 1946 e 1956, por 100.000 habitantes, são os seguintes, nas Capitais dos Estados:

CAPITAIS	1946	1956
Manaus	23,4	43,2
Belém	49,4	62,2
São Luiz	18,3	38,4
Terezina	47,1	30,5
Fortaleza	25,3	39,7
Natal	41,3	61,0
João Pessoa	76,8	44,5
Recife	51,2	67,3
Maceió	64,6	56,5
Aracaju	28,4	43,9
Salvador	48,7	74,2
Vitória	65,8	78,4
Niterói	71,7	78,4
Distrito Federal	68,7	100,7
São Paulo	88,0	115,2
Curitiba	90,0	140,6
Florianópolis	40,8	73,4
Pôrto Alegre	89,4	136,8
Belo Horizonte	74,9	104,1
Goiânia	16,8	29,3
Cuiabá	64,3	43,6

Já em 1956 a posição do câncer na mortalidade geral, no Distrito Federal e em São Paulo, era o 3º lugar, de 1950 para cá, variou no obtuário das demais Capitais, entre 11º ao 3º lugar, havendo mudança ascensional em várias delas, especialmente no Sul.

Aditamos os coeficientes globais de mortalidade por 100.000 habitantes, nas Capitais, de 1957 e 1958:

CAPITAIS	1957	1958
Manáus	39,2	51,6
Belém	60,0	67,8
São Luiz	58,0	49,6
Terezina	56,8	67,7
Fortaleza	39,1	42,2
Natal	60,4	73,8
João Pessoa	64,3	67,0
Recife	63,5	61,8
Maceió	102,7	112,6
Aracaju	37,0	36,1
Salvador	75,4	77,1
Vitória	136,3	96,5
Niterói	90,3	—
Distrito Federal	102,1	103,4
São Paulo	117,8	116,3
Curitiba	141,4	164,3
Florianópolis	90,9	—
Pôrto Alegre	139,1	130,5
Belo Horizonte	112,9	121,7
Goiânia	97,2	129,7
Cuiabá	55,1	79,4

No Distrito Federal o coeficiente de mortalidade global por 100.000 habitantes foi nitidamente crescendo, como mostra a tabela abaixo, com dados que vão de 1903 a 1958:

Anos	Nº de óbitos	Coeficientes
1903	258	35,0
1906	294	36,2
1920	511	44,1
1940	1260	71,4
1945	1492	77,9
1952	2068	82,6
1958	2974	103,4

Marsillac, Merched e Scorzelli fizeram investigações estatísticas de mortalidade por sexo, côr, idade e localizações de neoplasias, no Distrito Federal, utilizando *data* bem controladas e chegaram às seguintes conclusões:

"Relativamente ao sexo, nota-se em todo o período, sensível vantagem do sexo feminino sobre o masculino.

Quanto à côr, há grande predominância da branca sobre a parda e desta sobre a preta.

Quanto aos grupos de idade, observa-se que o câncer vai progressivamente aumentando a sua freqüência desde o primeiro grupo de idade até o de 60 e mais anos, decrescendo daí por diante. A partir pois, da idade adulta, o câncer intensifica a sua freqüência, qualquer que seja a sede da lesão."

De qualquer modo, embora feitas as ressalvas interpretativas assinaladas, estes dados denunciam uma situação

que impõe medidas sanitárias adequadas. Suas imprecisões não vão a ponto de torná-los inteiramente inúteis. Sobretudo, porque tudo indica estarem os valores abaixo do que realmente existe. Computadas estas *data* e mais algumas existentes, esta realidade, mais que entrevista e o que autoriza sugerir quanto à incidência e prevalência, é então enfrentada pelo S.N.C., com a denominada Campanha Nacional Contra o Câncer.

III — PLANO DA LUTA ANTI-CANCEROSA PROMOVIDA NO BRASIL, PELA CAMPANHA NACIONAL CONTRA O CÂNCER

A Campanha Nacional Contra o Câncer funda-se na associação de esforços e providências do Governo Federal, dos Estaduais e da iniciativa privada, tudo orientado sob a égide, supervisão e fiscalização do Ministério da Saúde, através do S.N.C.

O Exmo. Sr. Presidente da República, Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira, em pronunciamento irradiado pela Agência Nacional ao povo brasileiro, sustentou o mérito desta diretriz, consequência de avaliação objetiva dos fatores em jôgo.

A prática tem demonstrado, de modo incontestável, a validade do conceito normativo adotado pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde.

Visa esta Campanha, dentro dos princípios de luta anti-cancerosa preconizados internacionalmente, como atrás assinalamos, um intenso e contínuo movimento educacional — resultado da por nós chamada Campanha Nacional Educativa Contra o Câncer, — de prevenção, diagnóstico precoce e assistência, de preparo de técnicos especializados,

culminando, com os recursos disponíveis bem avaliados, na pesquisa.

O entrosamento integral da ação oficial e da iniciativa privada, muito particularmente a de caráter filantrópico, não constitui, por certo, originalidade de organização anti-cancerosa brasileira. Adotamo-lo e ele nos convém, como se poderá avaliar pelos resultados obtidos no Brasil. Existe, em verdade, entrosamento oficial e privado nos Estados Unidos, na Inglaterra, etc., mas o tipo brasileiro, com a ação do Serviço Nacional de Câncer, é um pouco diverso daqueles.

A ação oficial isolada, digamos, monopolizadora, seria impraticável entre nós, dada a extensão da Campanha e a reconhecida impossibilidade material do Governo em arcar com todo o ônus inevitável. E a associação democrática de governantes e governados, numa luta sanitária dêste vulto é, em verdade, caracterização de uma guerra total contra o ameaçador flagelo.

O significativo papel permanente do Governo na luta anti-cancerosa traduz-se pela existência do Serviço Nacional

de Câncer do Ministério da Saúde, criado por um Decreto-lei de 2 de setembro de 1941.

Suas atribuições estão claramente definidas neste Decreto, ainda em vigor.

Reza o dispositivo legal:

“Art. 2º — Ao Serviço Nacional de Câncer compete organizar, orientar e controlar, em todo o País, a campanha contra o câncer, a qual terá principalmente em mira a realização do seguinte:

a) a investigação sobre a etiologia, a epidemiologia, a profilaxia, o diagnóstico e a terapêutica da doença;

b) a execução das adequadas providências preventivas, de natureza individual e coletiva;

c) propaganda intensiva da prática dos exames periódicos de saúde para obtenção do diagnóstico precoce da doença;

d) tratamento da doença e vigilância dos doentes após o tratamento.

Art. 3º — Incumbe ao Serviço Nacional de Câncer orientar e coordenar a ação das repartições estaduais e municipais, destinadas ao combate ao Câncer e, bem assim, das instituições de iniciativa particular, que realizarem quaisquer atividades concernentes a este problema, animando e auxiliando a criação e manutenção de dispensários, ambulatórios e hospitais ou centros de cancerologia e de outros serviços, que tenham por finalidade a luta contra a doença.”

Em outro Decreto-lei, que se seguiu ao da criação do Serviço e promulgado em 4/7/1944, sob a forma de Regimento do S.N.C., ficou estabelecido, como complemento do anterior, no artigo 2º e seu parágrafo único, que o S.N.C.

disporia de uma função assistencial distribuída, na Capital da República, pelo Instituto de Câncer.

A existência do S.N.C., nos termos da lei, passava a ser então, de grande importância normativa, propiciando uma coordenação de luta anti-cancerosa nacional, realmente necessária ao País e estimulante de atividades honestamente conduzidas através da Nação.

Concedeu o Governo da República, desde logo, verbas consideradas razoáveis para início das tarefas do Serviço que foi pôsto sob a direção de Mário Kroeff. Congregou o ilustre Diretor, um grupo de cancerólogos competentes para pôr em movimento o programa de ação.

Procurou, então, o Serviço recém-criado a indispensável colaboração da iniciativa privada, estimulando algumas Instituições já existentes e fomentando a criação de outras, nas diferentes Unidades da Federação.

A alta compreensão da comunidade médica brasileira e o elevado sentimento filantrópico de personalidades leigas estaduais, mais ou menos rapidamente propiciaram a criação de Entidades de luta anti-cancerosa nos Estados da República. Um ou outro Governo estadual considerou vantajoso constituir organismos locais próprios. Entretanto, a tendência geral foi a de prestigiar a obra das Organizações Privadas que se fundaram. Esta mesma ação oficial estadual, quando existente, procura, habitualmente, atuar em cooperação com a Entidade privada filantrópica que funciona no Estado.

A órbita de ação das Organizações Privadas estaduais, limitada aos seus territórios próprios, não dificulta, pelo seu aparente fracionamento, o mecanis-

mo de ação conjunta da Campanha Nacional Contra o Câncer, porquanto as necessidades materiais e técnicas da rede educacional, de prevenção, diagnóstico precoce, assistência e pesquisa em todo o Brasil, são avaliadas pelo órgão controlador e supervisor, isto é, o S.N.C., que em articulação constante e harmônica, orienta o conjunto nacional de atividades.

Colaborando, através do S.N.C., nesta Campanha Nacional, as Entidades Estaduais auxiliam-se mutuamente, prestando as que possuem maiores recursos, ajuda às que, por motivos econômicos locais, não podem dispor de todo o aparelhamento técnico ocasionalmente necessário. E este magnífico entrelaçamento beneficia-se também, não esqueçamos, da existência do Instituto Nacional de Câncer, mantido pelo S.N.C.

Contam-se atualmente, Entidades Privadas votadas à luta anti-cancerosa em todos os Estados da Federação. Mesmo na Capital da República, sede do S.N.C., isto ocorre, complementando a ação governamental.

A todos, o Ministério da Saúde, através do S.N.C., fornece anualmente ajuda financeira e técnica.

De um modo geral, as citadas Entidades constituíram-se sob forma equivalente, adotando a denominação de Associações, Sociedades ou Ligas. Houve algumas raras exceções, como nos Estados do Pará, Ceará, Alagoas e Sergipe, em que os interessados na luta partiram da inauguração de instalações assistenciais nas Capitais, permanecendo até o momento a atribuição diretora da Campanha ao pessoal técnico destes nosocômios, que com a colaboração de leigos, desenvolve a Campanha naqueles Estados.

Ainda dentro do aparelhamento da Campanha, ao lado das Entidades aqui citadas, que denominamos filiadas ao Serviço, aproveita este, para sempre maior apuro da Campanha, a colaboração de Clínicas Universitárias, onde são habitualmente atendidos cancerosos e onde se desenrolam interessantes pesquisas; Clínicas universitária ou não, especializadas, onde por exemplo se cuida do estudo e prática de métodos de prevenção e tratamento do câncer ginecológico; instalações destinadas a investigação no campo dos isótopos; etc. Como às Organizações Filiadas, também a estas Instituições o S.N.C. fornece auxílios financeiros e técnicos, anuais.

IV — EXECUÇÃO DA CAMPANHA NACIONAL CONTRA O CÂNCER

Dentro deste programa nacional de Campanha, procurando torná-lo uma realidade efetiva, o S.N.C. visou estruturar uma "rede", com a colaboração das Entidades privadas, constante de Ambulatórios, Clínicas de Tumores, Centros de Cancerologia, Hospitais de Câncer e Institutos de Câncer. Estes organismos obedecem a uma definição téc-

nica bem conhecida e exibem gradação crescente de pessoal especializado e de aparelhamento.

Devemos, porém, assinalar que denominamos Centro de Cancerologia ou Centro Anti-Canceroso, uma instituição individualizada que não sendo ainda um Hospital de Câncer, inteiramente votado à sua missão, constitui um nú-

cleo isolado anexo a Hospital Geral, congregando os elementos necessários para as labutas de prevenção, diagnóstico precoce e assistência.

E definimos como Instituto, um grande Hospital de Câncer onde existam os mais apurados recursos, somados a instalações de pesquisa e preparação de técnicos, concedendo especial papel de incentivo à investigação, mantendo um sistema regular de residência e promovendo cursos de aperfeiçoamento. Desta forma, a missão do Instituto, tendo tudo da do Hospital, ultrapassa a deste.

Ambulatórios, Clínicas de Tumores e Centros de Cancerologia, funcionam, então, em Hospitais Gerais, obedecendo aos requisitos técnicos tidos como indispensáveis para cada uma daquelas Unidades.

Em realidade, só podemos considerar, do ponto de vista de rendimento assistencial mais completo, como ponto de partida de uma "rede" articulada, a instalação de Clínicas de Tumores. Isto porque, quando ela existe, está garantido o internamento de cancerosos e estes dispõem dos recursos adequados de tratamento.

Clínicas de Tumores e Centros de Cancerologia são necessariamente instalações que prestam excelentes serviços e que podem ser inaugurados e postos a funcionar em regiões onde não seria reconhecidamente exequível a existência de Hospitais de Câncer e muito menos de Institutos.

Quando uma averiguação local, promovida pelo S.N.C., encontra justificativa para a construção e manutenção de Hospitais ou Institutos, a iniciativa é sustentada pelo Órgão Federal, que proporcionará à Entidade filiada da região o apoio técnico e financeiro conveniente. Cumpre reconhecer que antes

de fixar definitivamente este sistema propugnado pelo S.N.C. já existiam no Brasil, Entidades filantrópicas privadas que com o seu esforço próprio tinham iniciado e mesmo pôsto a funcionar, muito úteis instalações de prevenção e assistência. Algumas delas, do tipo Hospital e Instituto enquadram-se perfeitamente dentro da distribuição atual preceituada pelo S.N.C.; contudo, sem de qualquer forma diminuir o mérito da ação idealista de alguns pioneiros, devemos reconhecer que houve, aqui e ali, uma excessiva confiança nos recursos locais, levando à consecução de organizações um tanto avançadas para o meio.

Quando o S.N.C. concretizou finalmente o seu sistema coordenador, procurcu fixar o caráter normativo, sem entretanto interferir desfavoravelmente naquilo que estava anteriormente feito. Aliás, num balanço do que existe no momento e se está desenvolvendo, tudo quanto foi assimilado do passado não veio a provocar maiores entraves à planificação desejável.

É evidente que a existência de um Instituto, como o da Associação Paulista de Combate ao Câncer, representou magnífico empreendimento inteiramente justificado. Por outro lado, temos por desnecessário, à vista dos comentários feitos, enumerar certas falhas de estruturação da "rede" nacional, decorrentes de iniciativas tomadas antes de sua fixação pelo Serviço. Insistimos em que elas não perturbam de maneira radical o atual ritmo evolutivo.

Queremos apontar uma característica nossa na estruturação desta rede de Campanha: Consagrando o propósito de conjugar a ação oficial e a iniciativa privada, o S.N.C. viu com satisfação instalarem-se, por exemplo, Clínicas de

Tumores mantidas por Entidades filia-
das em Hospitais Gerais, Municipais,
Estaduais ou de Associações filantró-
picas beneficentes, graças a um convê-
nio assinado, no Ministério da Saúde,
entre o S.N.C., a entidade filiada e ora
Governos Estaduais, ora Prefeituras,
ora Associações beneficentes mantenedo-
ras de Hospitais.

Esta rede de prevenção, diagnóstico
precoce e assistência, que comporta
ainda no seu conjunto as atividades edu-
cacionais, de preparo de técnicos e pes-
quisa, vem reforçando sua articulação
por todo o País. Como já referimos
atrás, os centros mais dotados suple-
mentam vantajosamente quanto resulte
da limitação de recursos existentes em
certas áreas.

Não se teria chegado a resultado sa-
tisfatório sem tal apreciação realista da
estruturaração da Campanha e, assim na
distribuição das 5 Unidades assisten-
ciais, partindo do Ambulatório até che-
gar ao Instituto, foi previamente admi-
tida uma divisão do território nacional,
em regiões geo-econômicas. Não esque-
çamos que o progresso econômico regio-
nal produz sempre o correspondente de-
créscimo das endemias, das chamadas
doenças de massa, desta forma intalan-
do o problema sanitário das chamadas
doenças degenerativas e assim, uma di-
visão geo-econômica territorial, implica
em divisão epidemiológica no que se re-
fere ao câncer.

Obviamente, o progresso econômico
de uma região provocando esta impli-
cação que acabamos de recordar, re-
dunda, também, no cultural e material.

Pugnar pela construção e funciona-
mento de um Hospital de Câncer numa
região economicamente fraca, seria
condenável porque a incidência local,
não justificaria o empreendimento e

porquanto seguramente faltariam, para
a manutenção, os recursos necessários;
e mesmo, não se encontrariam em nú-
mero suficiente os especialistas e técni-
cos indispensáveis. Lembremos, a pro-
pósito, que a Campanha apela para as
contribuições financeiras das popula-
ções locais, através das Entidades filia-
das e seria inconseqüente pedir ao po-
vo auxílio em espécie, que se pretende-
ria aplicar em obra impraticável. Há
que condicionar o tipo de Unidade as-
sistencial à situação econômica regio-
nal e, para isto, a divisão adotada foi
vantajosa.

Ocorre no Brasil que, sendo o maior
impulso da Campanha Nacional Con-
tra o Câncer um movimento relativa-
mente recente, em determinadas re-
giões se executa contemporaneamente
um programa a curto prazo, contando
com as possibilidades econômicas encon-
tradas. Isto explica o fato de que exis-
tem em alguns Estados da Federação,
que gozam de uma atual prosperidade
financeira, instalações mais modestas,
já funcionando em Hospitais Gerais,
havendo simultaneamente, construção
de Hospital de Câncer.

No que se refere aos chamados Insti-
tutos admitimos que o Brasil, na fase
que atravessamos, só possa realmente,
manter 2 deles. Um, o Instituto Central
"Antônio Cândido Camargo", da Asso-
ciação Paulista de Combate ao Câncer,
na Capital de São Paulo e outro, o In-
stituto Nacional de Câncer, inteiramen-
te construído, equipado e mantido na
Capital da República, pelo Governo Fe-
deral, através do S.N.C. do Ministério
da Saúde.

Fornecemos a seguir a distribuição
territorial do Brasil em 7 Regiões. Ve-
rifica-se que mais de uma delas reúne
3 Estados da Federação. (Ver fig. 1)

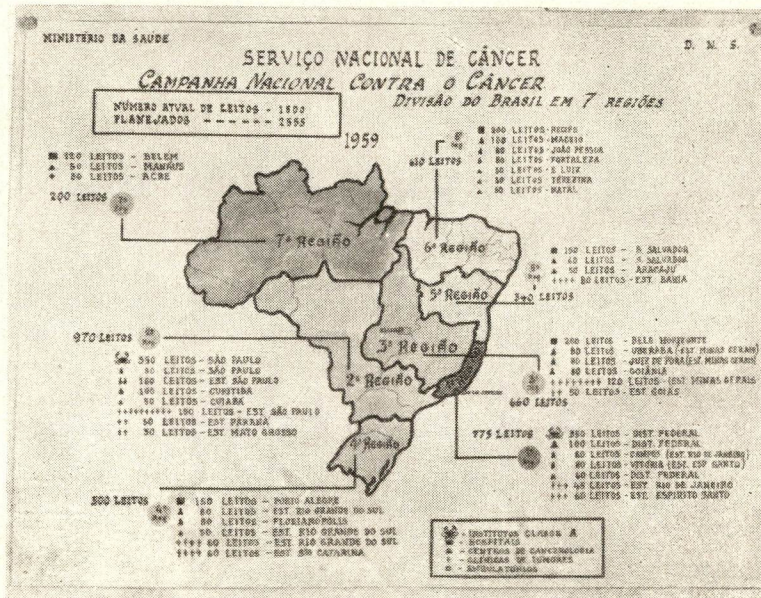


Fig. 1 — Divisão do Brasil em 7 Regiões

A rede estrutural da Campanha Nacional Contra o Câncer conta, em funcionamento no momento, dentro da definição técnica das Unidades adotada pelo Serviço, os seguintes elementos:

- 2 Institutos — Distrito Federal e São Paulo
- 6 Hospitais — Pará, Alagoas, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais e São Paulo.
- 6 Centros de Cancerologia — Pernambuco, Espírito Santo, Goiás, Paraná, Santa Catarina e Paraíba.
- 15 Clínicas de Tumores — Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Bahia, São Paulo, Distrito Federal, Minas Gerais, Mato Grosso e Rio Grande do Sul.

Verifica-se, portanto, que numa mesma região funcionam diferentes Unidades, cujo tipo está, salvo poucas exceções atrás lembradas, condicionado aos recursos locais de vários centros populosos.

Aditamos a esta enumeração as seguintes Unidades em construção, organização e instalação: 8 Hospitais, 5 Clínicas de Tumores. Dêstes 8 Hospitais, 6 substituirão Centros de Cancerologia e Clínicas de Tumores já existentes.

As Unidades em funcionamento localizam-se, como era de esperar, em sua maioria, nas Capitais dos Estados, havendo algumas cidades importantes já acertadamente providas.

Parece-nos digna de referência a circunstância de que um dos Hospitais enumerados e já em pleno funcionamento, é o da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, Hospital Mário Kroeff, da Capital da República, que se dedica a assistência aos cancerosos incuráveis, sendo único deste tipo no Território Nacional. Como tal, presta uma valiosa ajuda ao S.N.C., particularmente pelo fato do Instituto Nacional de Câncer não internar pacientes desta natureza.

Fornecemos agora para ilustrar uma lista de Entidades associativas votadas à luta contra o Câncer, responsáveis pela instalação e manutenção de Unidades. Estas Entidades e outras, incorporadas à Campanha pelo regimen de convênio com o Ministério da Saúde, através do S.N.C., sistema de cooperação que implica na concessão anual de auxílios financeiros e técnicos pelo Governo Federal:

- Liga Amazonense Contra o Câncer
- Liga Maranhense de Combate ao Câncer
- Liga Piauiense de Combate ao Câncer
- Liga Norte Riograndense de Combate ao Câncer
- Fundação Laureano
- Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
- Liga Bahiana de Combate ao Câncer
- Liga Fluminense de Combate ao Câncer
- Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos
- Associação Paulista de Combate ao Câncer
- Liga Paranaense de Combate ao Câncer
- Associação Catarinense de Medicina
- Associação Sul Riograndense de Combate ao Câncer
- Associação Mineira de Combate ao Câncer
- Associação de Combate ao Câncer em Goiás
- Associação Matogrossense de Combate ao Câncer

Em alguns Estados, como por exemplo, o Pará, Ceará e Alagoas, os convênios são feitos com Instituições dos tipos unitários adotados, que se encar-

regam da prevenção, diagnóstico precoce e assistência aos cancerosos.

Existem ainda convênios assinados com um ou outro Serviço Estadual de Câncer, oficialmente criados, como é o caso dos Estados do Espírito Santo, Maranhão e Minas Gerais; ocorrendo, como assinalamos anteriormente, que estes Serviços participam da Campanha entrosados com as Entidades locais.

O Governo da República, firmemente interessado no desenvolvimento da luta anti-cancerosa, mas reconhecendo que por si só não poderia fornecer o aparelhamento nacional indispensável, contou com a valiosa colaboração privada. Entretanto a participação direta do Ministério da Saúde foi gradativamente crescendo, como se depreende dos créditos postos à disposição do Serviço Nacional de Câncer, para aplicação imediata. Assim, basta mencionarmos que em 1954 o Orçamento do Serviço era de Cr\$ 100.000.000,00 (cem milhões de cruzeiros), passando em 1959 a Cr. 440.000.000,00 (quatrocentos e quarenta milhões de cruzeiros). A proposta orçamentária para 1960 atinge a cifra de Cr\$ 540.000.000,00 (quinhentos e quarenta milhões de cruzeiros).

No momento presente, as Unidades brasileiras dos diversos tipos totalizam aproximadamente 1.500 leitos, exclusivamente dedicados a cancerosos. A maior concentração de leitos verifica-se no Sul do País, o que se explica perfeitamente, considerada a situação epidemiológica nesta fase da vida nacional.

O aumento gradual de leitos pode ser evidenciado ao apontarmos que em 1955 êles totalizavam 927.

Para os atendimentos, tecnicamente conduzidos, dispõe a Campanha, no conjunto de suas Unidades, dos necessários equipamentos, contando com instala-

ções para alta cirurgia, laboratórios clínicos e de anátomo-patologia, 8 Bombas de Cobalto, 78 Aparelhos de Radioterapia, 20,200 g de Rádium e 41 Aparelhos de Radiodiagnóstico.

Algumas Unidades contam com Secções de Isótopos e o Instituto Nacional de Câncer com um Laboratório de Pesquisas excelentemente aparelhado.

De acôrdo com o refinamento das Instalações de Unidades mais avançadas, além dos requisitos semiotécnicos indispensáveis, como a citopatologia e os exames clínicos laboratoriais e o radiodiagnóstico, existe um aparelhamento de diagnóstico clínico altamente aperfeiçoado, bem capaz de permitir a realização de provas funcionais rigorosas, como por exemplo, a hemodinâmica, a capacidade respiratória, etc.

Onde se encontra secção de Isótopos, a utilização deles no campo da semiologia e da terapêutica, faz-se com o notório proveito.

É evidente que na enumeração dos recursos da terapêutica se inclui tudo quanto a moderna quimioterapia facultada, sendo esta ainda mais sistematizada nos centros onde a obtenção destes agentes se faz com maior facilidade.

Ilustramos o presente Relatório com o documentário fotográfico de algumas das Unidades em funcionamento no País e de obras em andamento nos Estados. É uma coletânea necessariamente limitada, mas que nos parece ilustrativa (Ver figs. 2 a 19).

Como seria de prever, o incremento da Campanha Nacional Contra o Câncer, materializado na rede instituída, aumentou ponderavelmente o número de atendimentos no País. A idoneidade das Entidades e Instituições, o conceito

científico do seu pessoal clínico e técnico, a adequação de suas instalações, criaram um sentimento generalizado de confiança, multiplicando-se a procura pelos interessados na prevenção e necessitados de diagnóstico e de assistência. O movimento ascensional de atendimentos reflete o progresso de estruturação da rede criada e também os benefícios contemporâneos da Campanha Nacional Educativa. É óbvio que a propaganda educacional impunha para seu maior sucesso, que as populações estivessem informadas do crescente aperfeiçoamento de um sistema nacional de prevenção e assistência, votada exclusivamente ao problema do câncer, ampliando assim, de modo conspícuo quanto se podia fazer em Hospitais Gerais ou especializados, onde também são atendidos portadores de doenças neoplásicas malignas.

Honestamente, reconhecemos que a rede instituída com a Campanha Nacional Contra o Câncer ainda não está em condições de propiciar todo o desejável. Contudo o que já existe, revelando a preocupação das autoridades sanitárias com o problema do câncer no Brasil e a contribuição magnífica da iniciativa privada, traduz, inegavelmente, um laborioso esforço, cujo rendimento se acelerou nos últimos anos.

Aqui devemos registrar que, como impõe a realidade social brasileira, os benefícios desta ampla Campanha recaem de maneira preponderante sobre a massa economicamente desprotegida das populações. Tem sido possível atender, gratuitamente, a um volume enorme de pessoas. Caracteriza-se a Campanha exatamente por essa generosa atitude, bem compreensível em uma Nação em que o número dos que não poderiam arcar com as despesas de trata-

INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER — D.F.

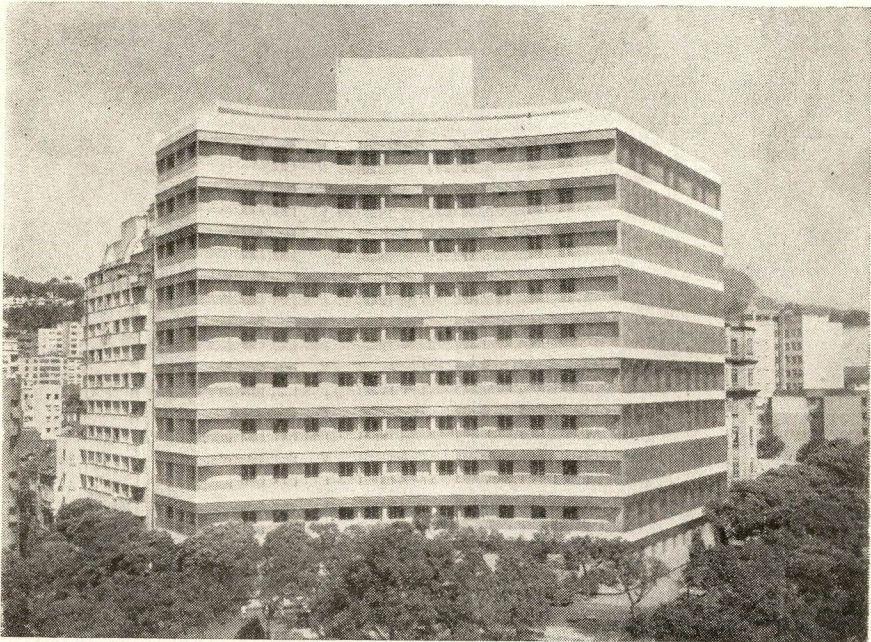
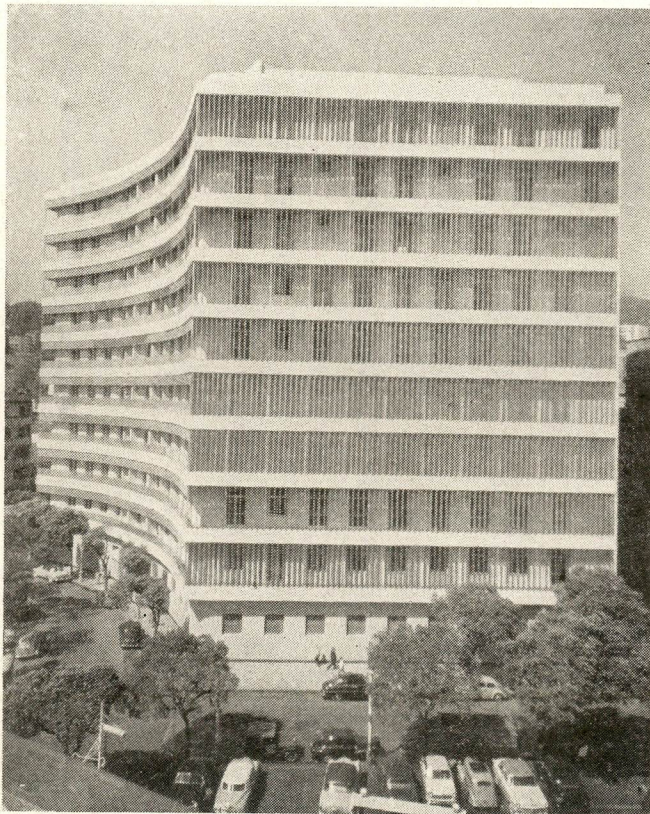


Fig. 2 — Frente



Vista lateral

PIAUI — SOCIEDADE PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER

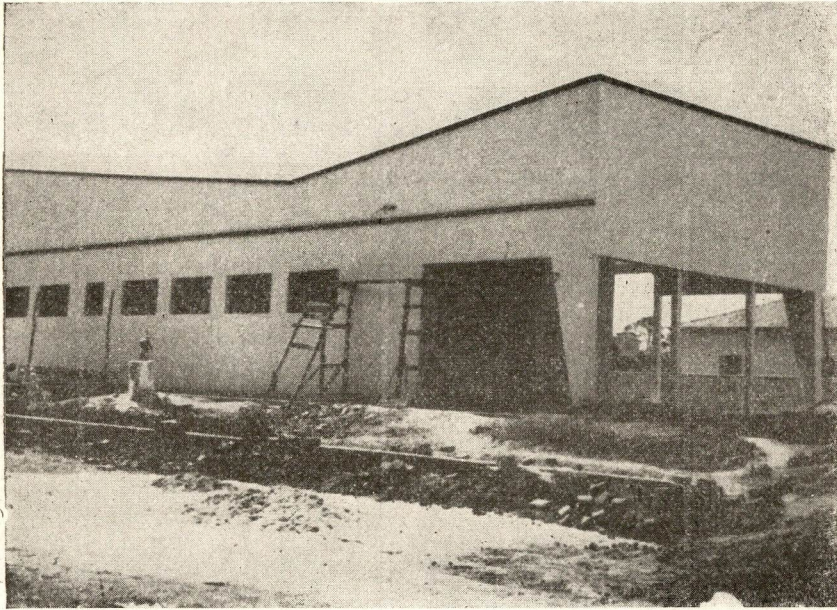


Fig. 3 — Centro de Cancerologia (em construção)

CEARÁ — LIGA CEARENSE DE COMBATE AO CÂNCER

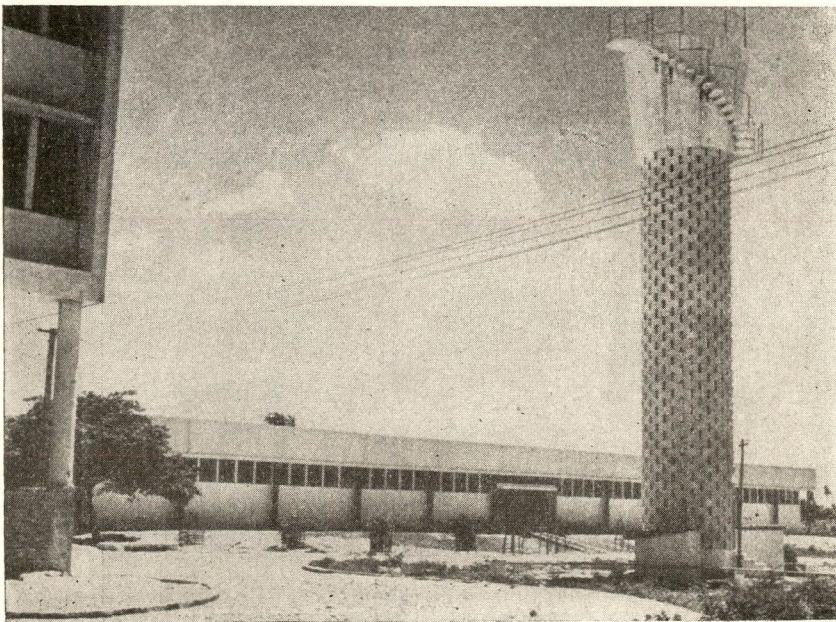


Fig. 4 — Hospital de Câncer

PARAÍBA — FUNDAÇÃO LAUREANO

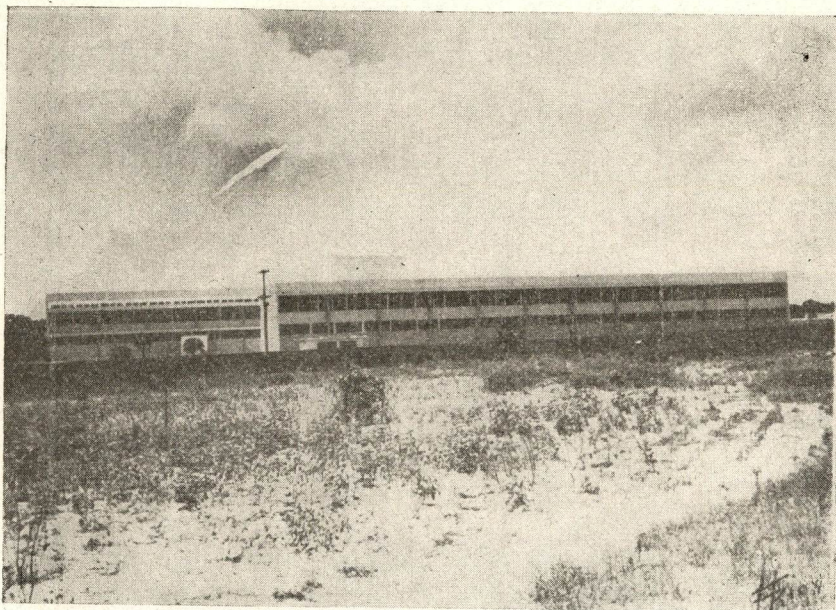


Fig. 5 — Hospital de Câncer (Frente)

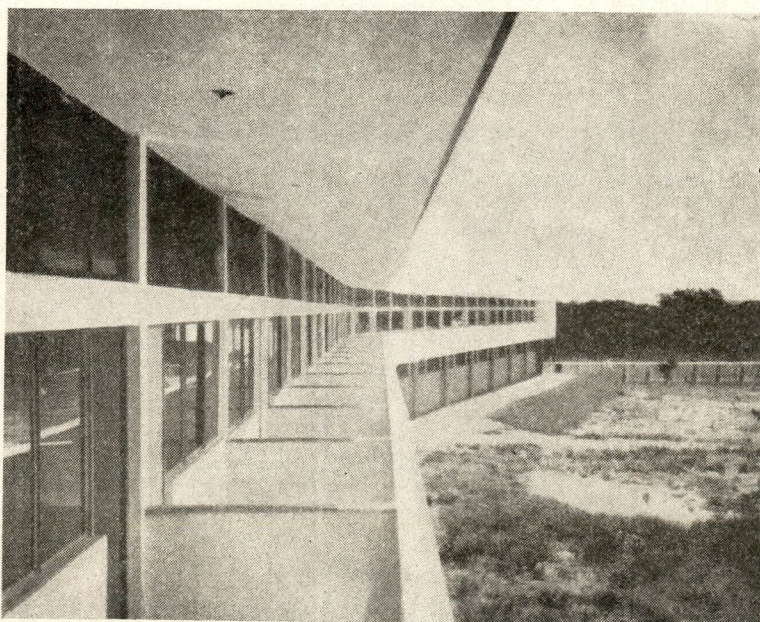


Fig. 5 — Vista lateral

PERNAMBUCO — SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER

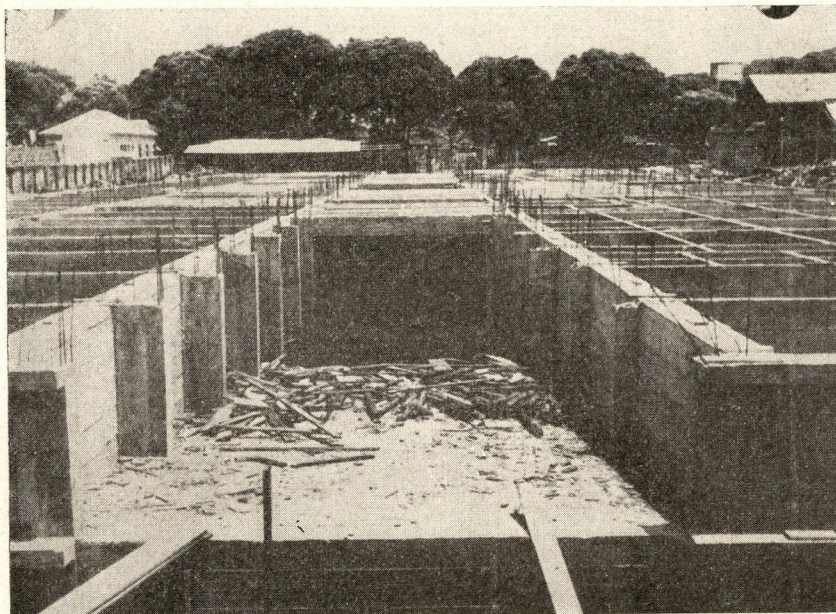
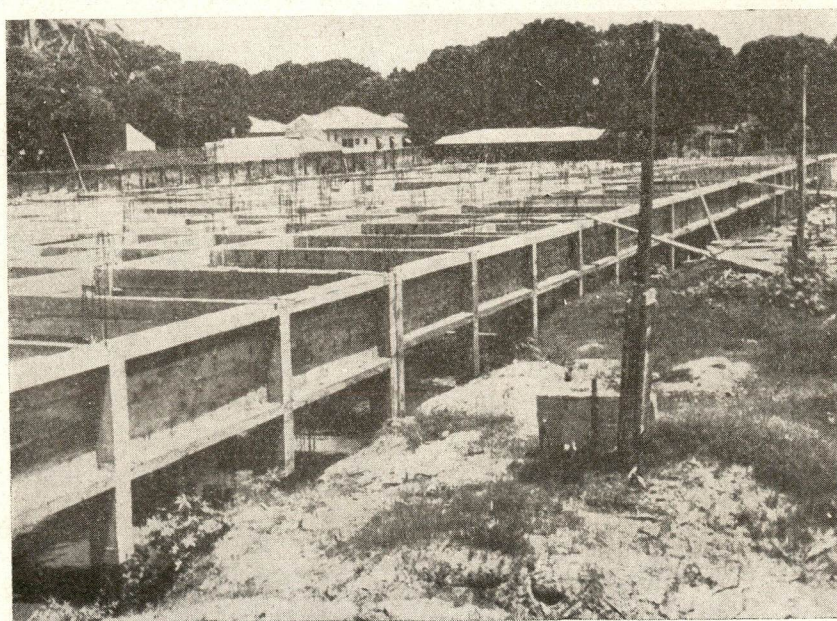


Fig. 6 — Hospital de Câncer do Recife (em construção)



ALAGOAS

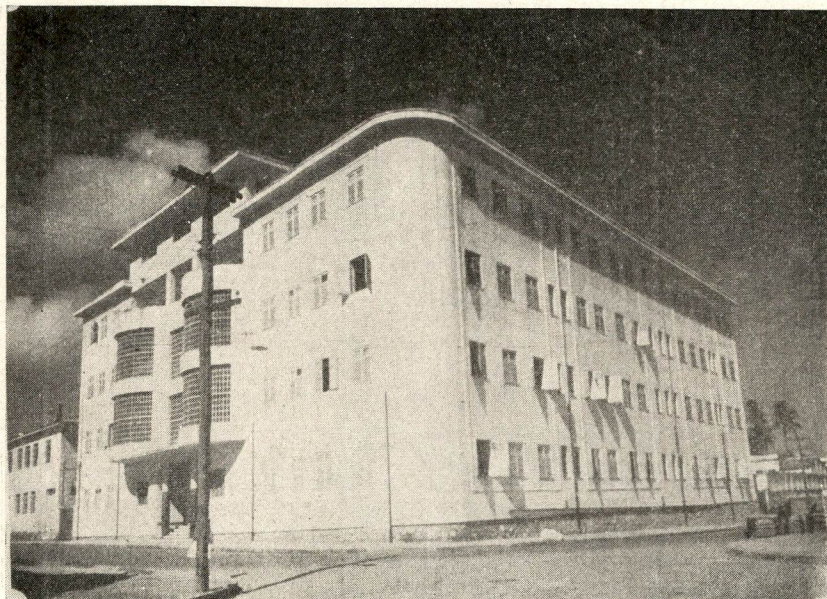


Fig. 7 — Hospital de Câncer de Maceió

SERGIPE

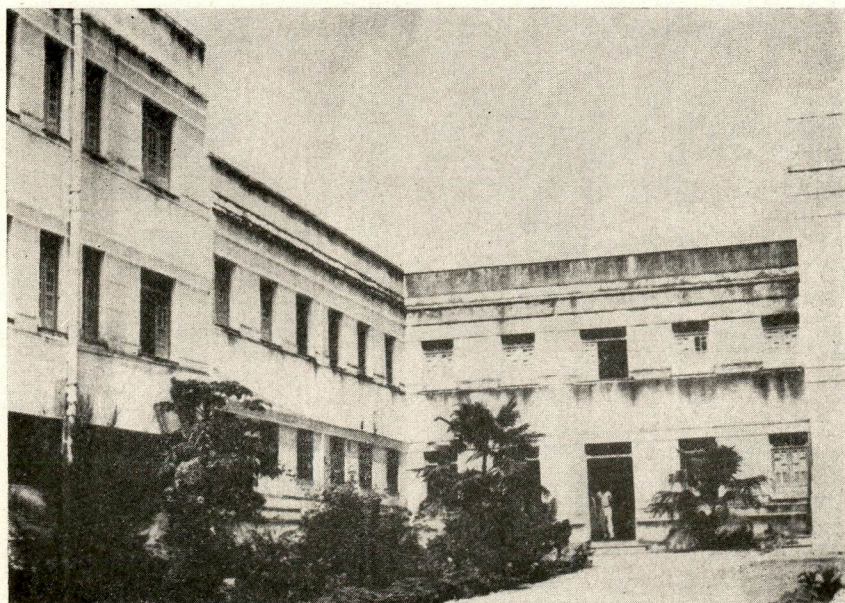


Fig. 8 — Clínica de Câncer — Hospital de Cirurgia

BAHIA — LIGA BAIANA CONTRA O CÂNCER



Fig. 9 — Hospital de Câncer — Aristides Maltez

ESPÍRITO SANTO — SERVIÇO ESTADUAL DE CÂNCER

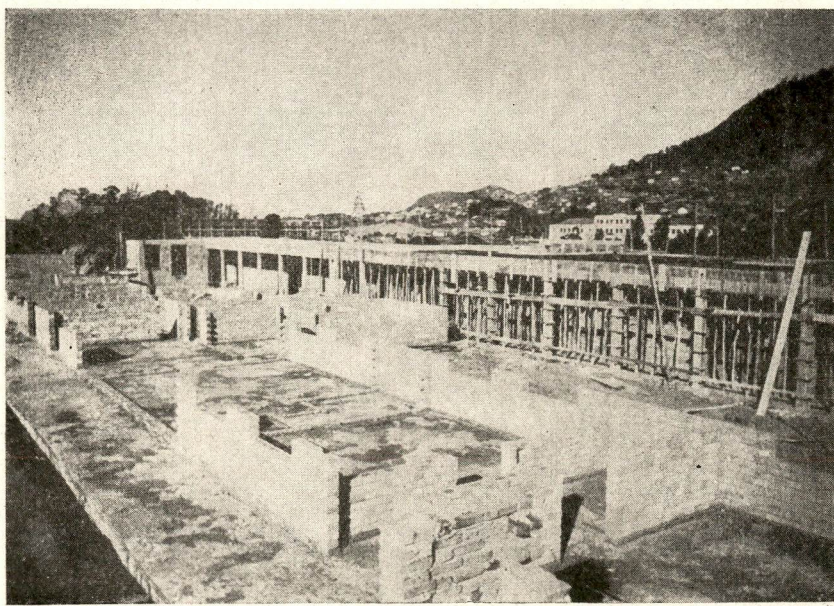


Fig. 10 — Centro de Cancerologia (nova sede em construção)

SÃO PAULO — ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE COMBATE AO CÂNCER

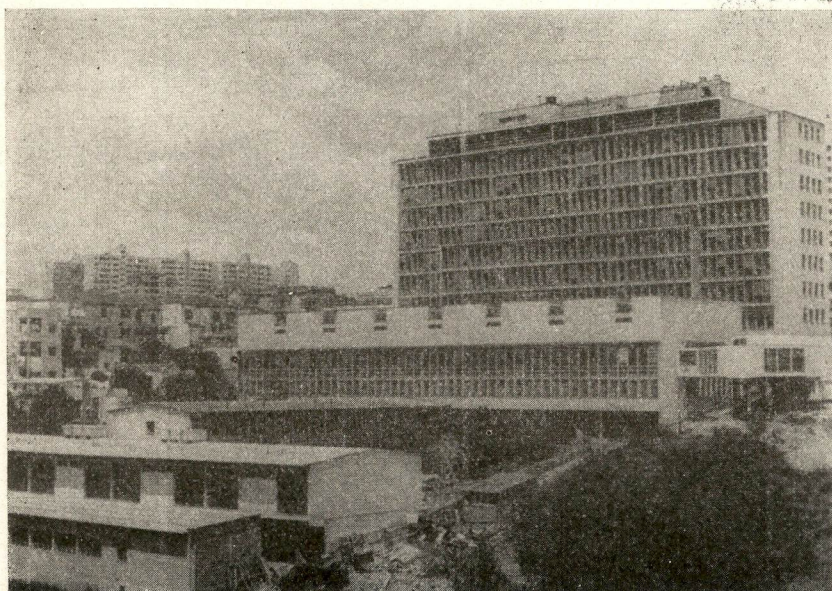


Fig. 11 — Instituto Central Antonio Candido Camargo — Frente



Fig. 11 — Vista lateral

SÃO PAULO — SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

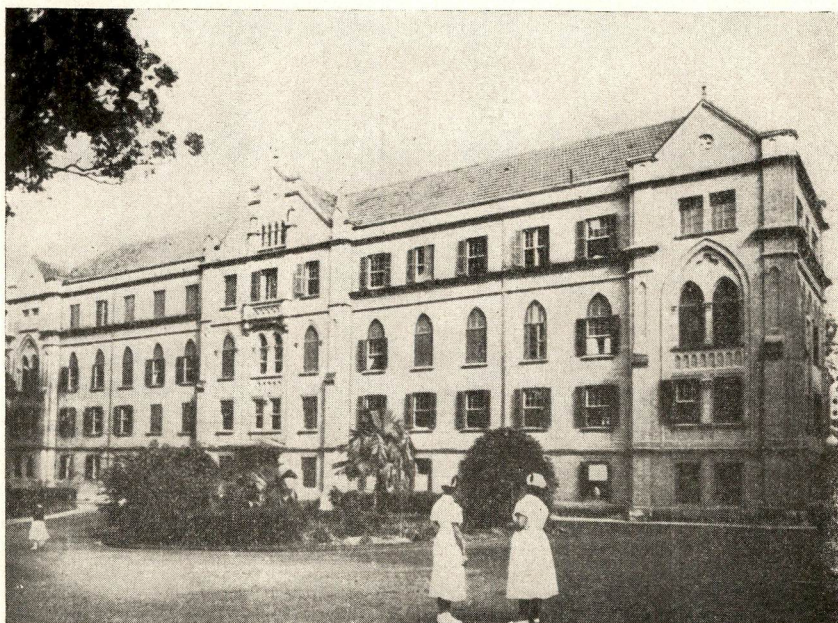


Fig. 12 — Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho

PARANÁ — LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER

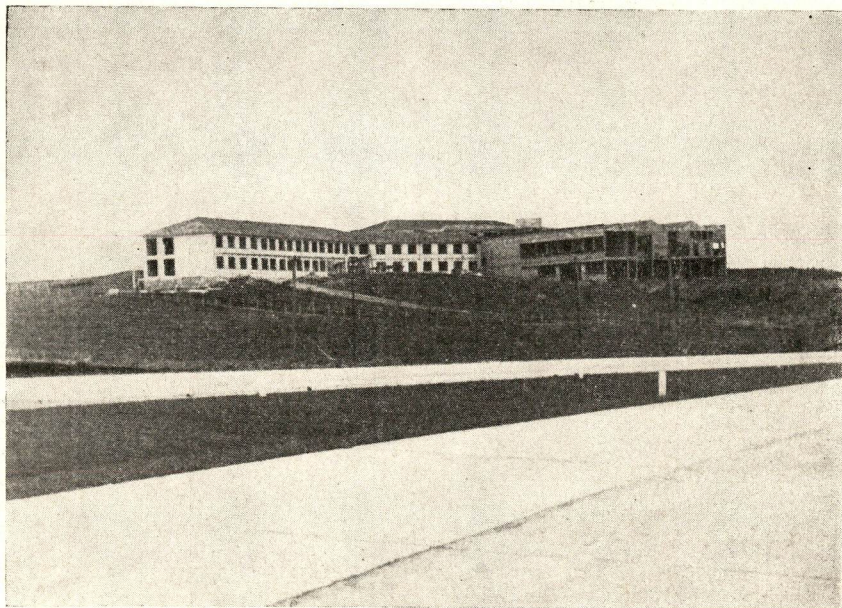


Fig. 13 — Hospital de Câncer (em construção)

RIO GRANDE DO SUL — ASSOCIAÇÃO SUL RIOGRANDENSE DE
COMBATE AO CÂNCER

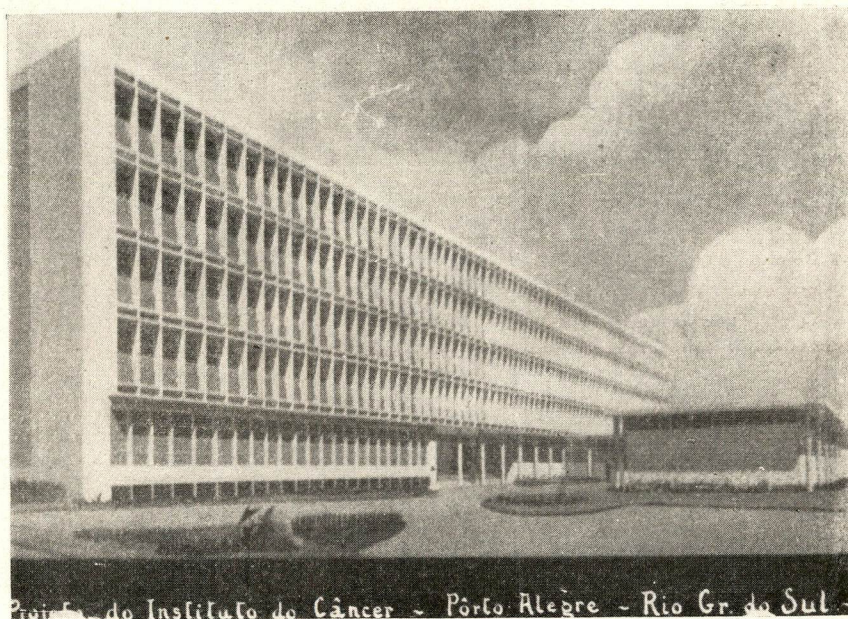


Fig. 14 — Hospital de Câncer — Projeto

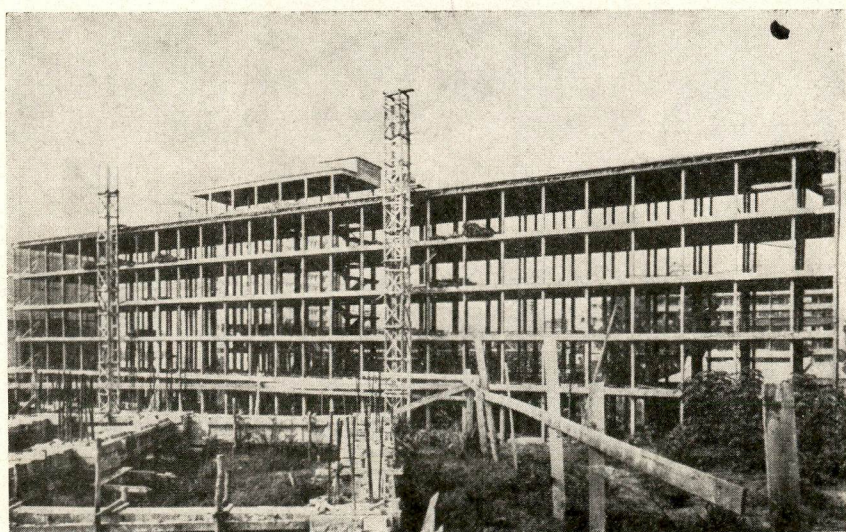


Fig. 14 — Construção

MINAS GERAIS — BELO HORIZONTE — ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE
COMBATE AO CÂNCER.

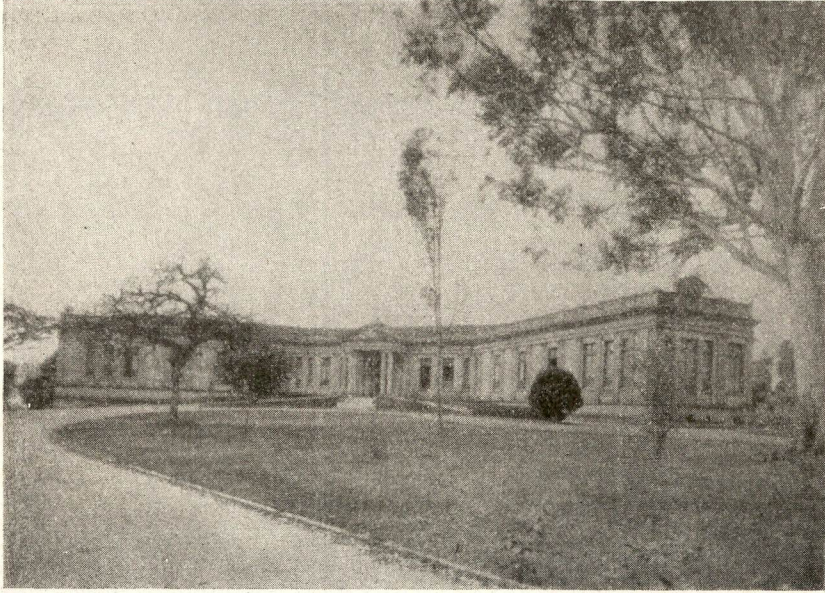


Fig. 15 — Instituto Borges da Costa

SERVIÇO ESTADUAL DE CÂNCER

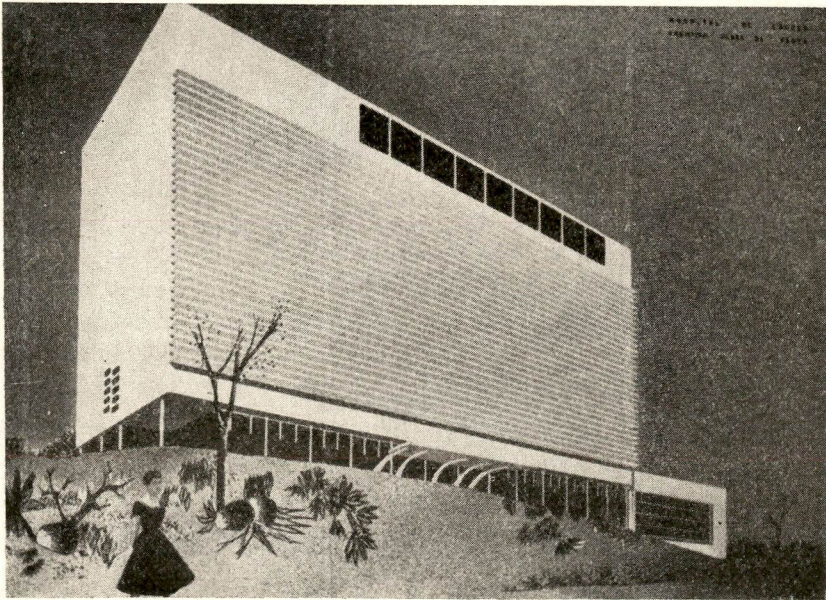


Fig. 15 — Hospital de Câncer (Projeto)

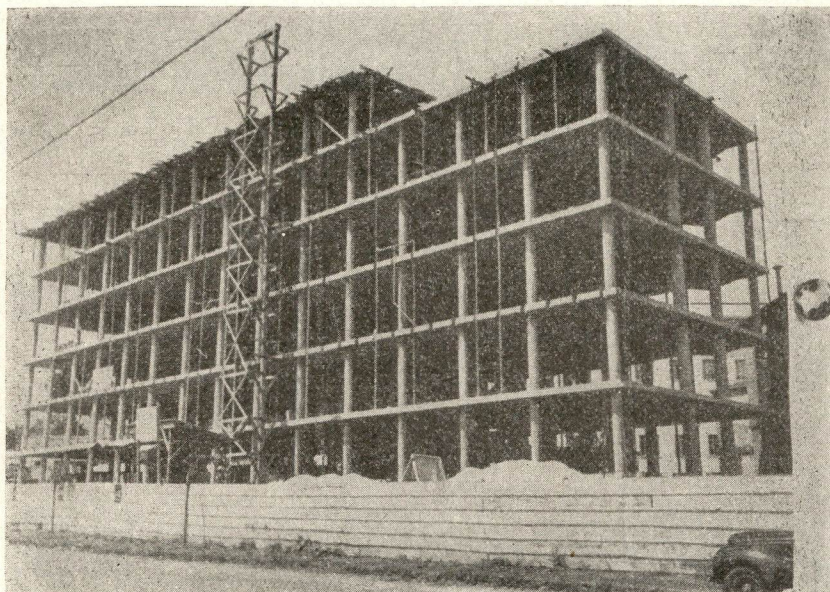


Fig. 15 — Construção do Hospital de Câncer

MINAS GERAIS — UBERABA — HOSPITAL MÁRIO PALMERIO

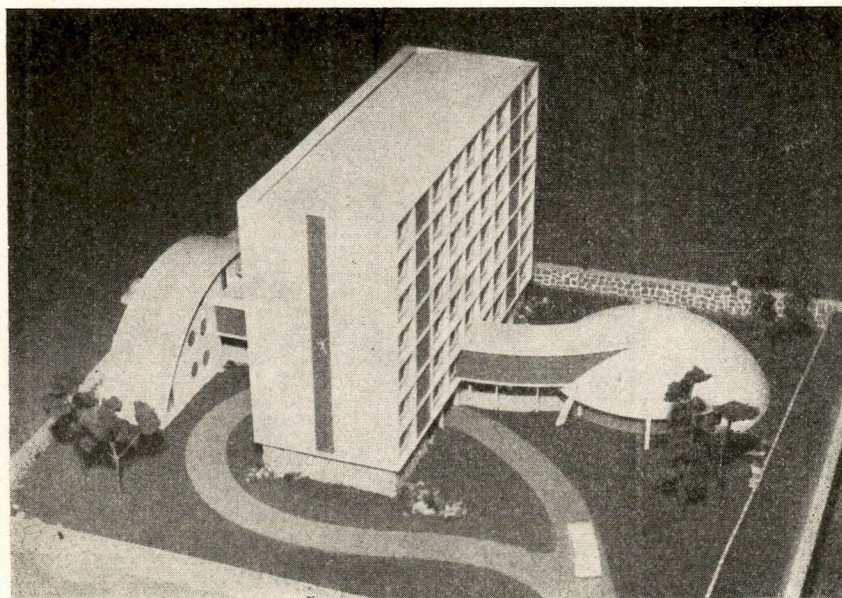


Fig. 16 — Projeto

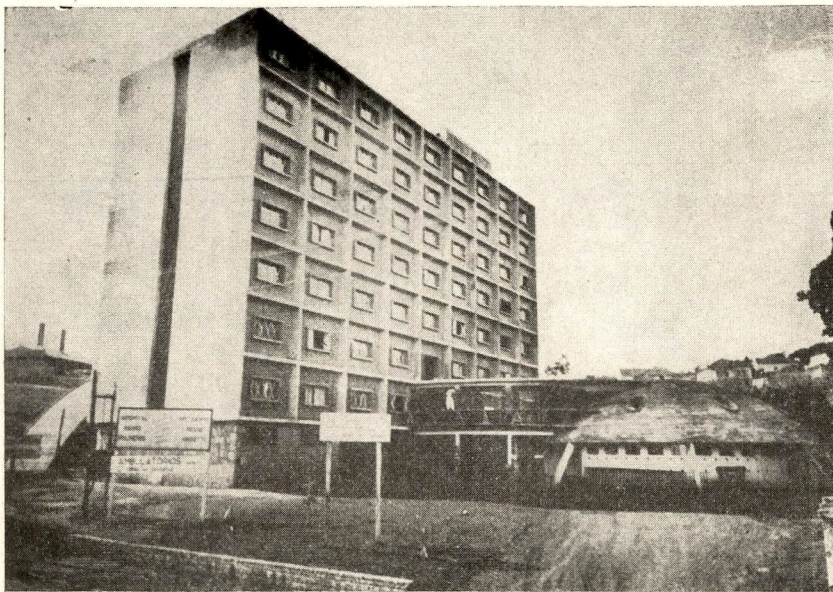


Fig.16 — Construção

RIO DE JANEIRO — ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ASSISTÊNCIA AOS CANCEROSOS

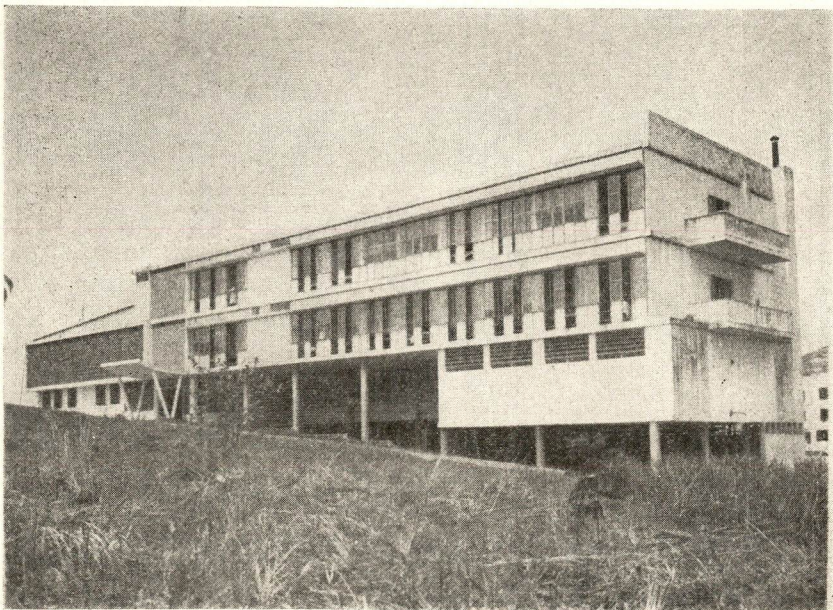


Fig. 17 — Hospital Mario Kroeff para cancerosos incuráveis - Frente

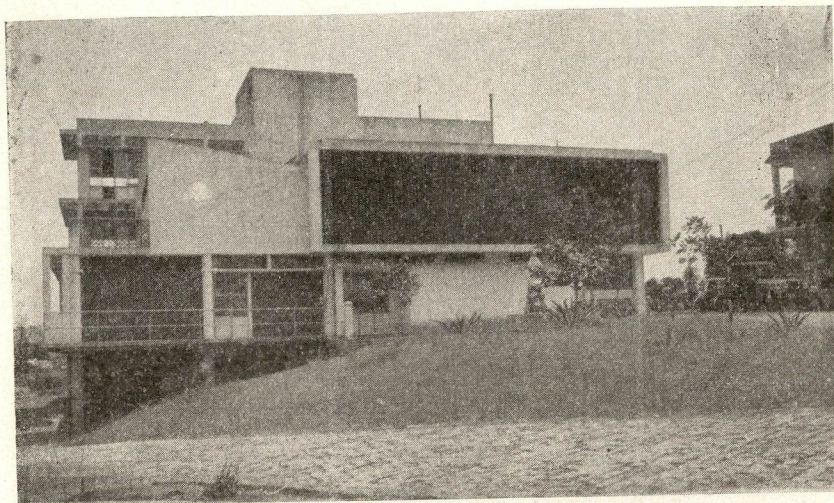


Fig. 17 — Vista lateral

RIO DE JANEIRO — PIONEIRAS SOCIAIS — CENTRO DE PESQUISAS
LUIZA GOMES DE LEMOS — PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO
GINECOLÓGICOS

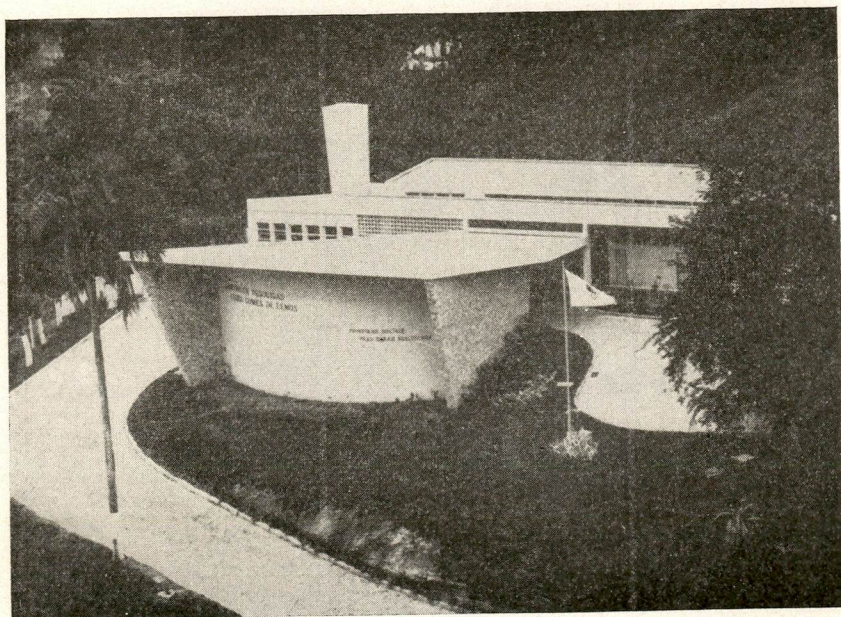


Fig. 18 — Vista Geral

RIO DE JANEIRO

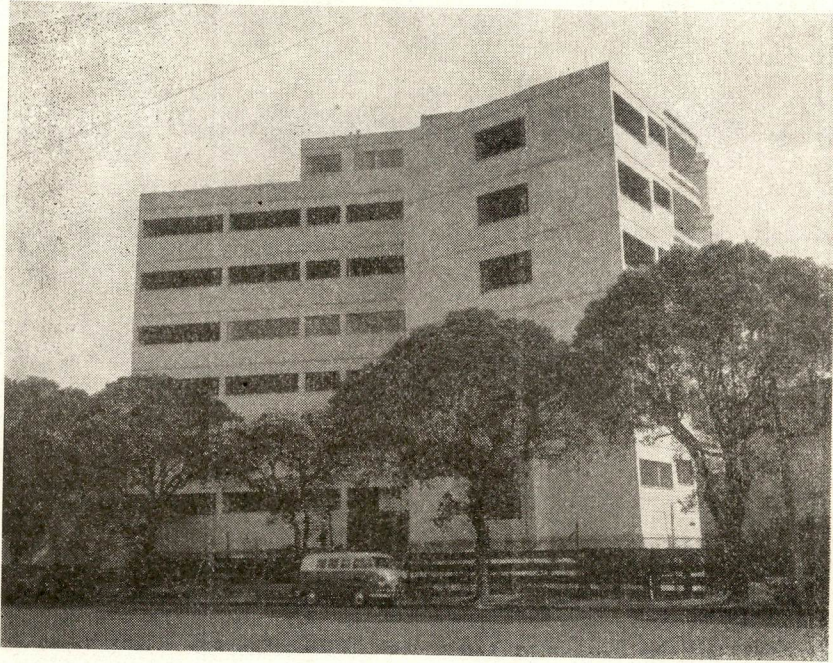


Fig. 19 — Hospital Mathilde von Dollinger da Graça — para cancerosos

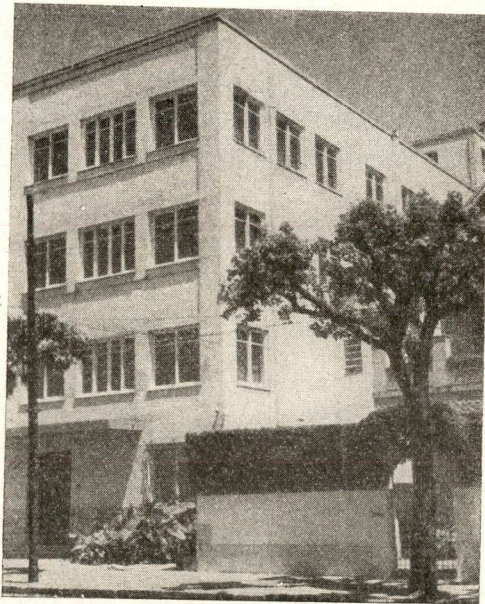


Fig. 19 — Fundação Bela Lopes de Oliveira — Clínica de Câncer Ginecológico.

mento bem conduzido, constitui a maioria.

Não seria possível nem justo fugir a uma realidade tão patente. Ela provoca, inquestionavelmente, um tremendo ônus financeiro para o Governo e as Entidades filiadas, mas, só o progresso econômico de nosso povo poderá gradualmente modificar o panorama atual.

Particularmente, no que se refere aos pesados encargos das Entidades filantrópicas filiadas, assumem elas de maneira altamente louvável as responsabilidades que se impuseram e é notório que a compensação financeira de um muito reduzido grupo de atendidos, não indigentes, representa, parcela mínima do orçamento destas Organizações. Não nos esqueçamos, a propósito, que o tratamento dos cancerosos é, por sua na-

tureza, infelizmente, muito dispendioso nos dias atuais. E devemos ainda assinalar que as Entidades filiadas, dispensando uma útil assistência, mesmo quando admitem retribuição financeira do pequeno grupo de atendidos remediados, calcula adequadamente a contribuição, sem que jamais sejam visados lucros auferíveis do trabalho profissional executado.

Em resumo, a prevenção e a assistência dispensadas pela Campanha Nacional Contra o Câncer patenteiam a simpatia humana do povo brasileiro e o manifesto desejo do Governo em enfrentar os dolorosos efeitos da grande incidência do câncer entre as populações. É confortador assistirmos ao desenvolvimento crescente da Campanha e podermos, justificadamente, antever a maior ampliação futura.

V — PROPAGANDA ANTI-CANCEROSA, CAMPANHA NACIONAL EDUCATIVA

Sendo, necessariamente, preocupação dominante do Serviço Nacional de Câncer prevenir o mal e tratar dos portadores, já acentuamos que para alcançar, do melhor modo, esta finalidade, confiamos, inteiramente, na Campanha Educacional que nos julgamos habilitados a fomentar, dadas as providências tomadas com a criação do aparelhamento anti-canceroso distribuído nas diferentes regiões do território. Dedicamos, então, especial carinho à Campanha Nacional Educativa.

O Serviço Nacional de Câncer procura incrementá-la por todos os modernos processos de propaganda sanitária, contando para a boa execução, com a colaboração das Entidades filiadas e todas as Organizações médicas e leigas capazes de cooperar.

A propaganda anti-cancerosa é permanentemente incentivada. Entretanto, mostrou-se eficiente, a exemplo do que se fez em outros Países, realçá-la muito enfaticamente em determinados períodos. Destarte, o S.N.C. promove todos os anos, um intenso movimento educacional durante o mês de maio. Sua planificação é feita com entusiasmo e a experiência adquirida permitiu aprimoramento.

O princípio normativo adotado é de que urge criar, entre as populações, uma atitude de confiança e por isto alertar, sem gerar a cancerofobia.

Aliás, esta atitude foi ainda defendida no VII Congresso Internacional de Câncer em Londres, por Goggeshall ao discorrer sobre a "filosofia da American Cancer Society", Pifher sobre a fi-

nalidade da campanha educacional no Canadá e outros.

Também parece desnecessário apontar que, para a boa expansão e penetração, cumpre utilizar sempre elementos de divulgação acessíveis a todos, o que implica em ministrar conhecimentos vantajosos por meios de comunicação oral, escrita e figurativa, facilmente inteligíveis.

No mês de maio, instalam-se na Capital da República, nas Capitais dos Estados e alguns núcleos populacionais de importância, Exposições educativas, com a colaboração indispensável das Entidades filiadas e instituições que dão assistência ao canceroso. Fornece o S.N.C. todo o material necessário para a instalação destas Exposições, constante de cartazes, documentário fotográfico, mapas estatísticos, impres-

sos de vários tipos, tudo confeccionado de maneira atrativa e esclarecedora.

As Exposições têm sido localizadas em pontos de convergência das populações citadinas.

Na Capital da República, desde o ano passado, foram utilizadas Exposições volantes, com o material montado em viaturas, que permaneceram durante dias nas zonas urbana e suburbana.

Paralelamente, enquanto corre o mês, os responsáveis pelas atividades da Campanha Educativa lançam mão da imprensa, do rádio, da televisão, do cinema, para instruírem as coletividades em breves comunicados sobre os recursos da prevenção, a vantagem do diagnóstico precoce e os benefícios do tratamento efetuado em tempo útil. Anexamos algumas fotografias das Exposições Educativas realizadas no ano de 1958. (Ver figs. 20 a 23).

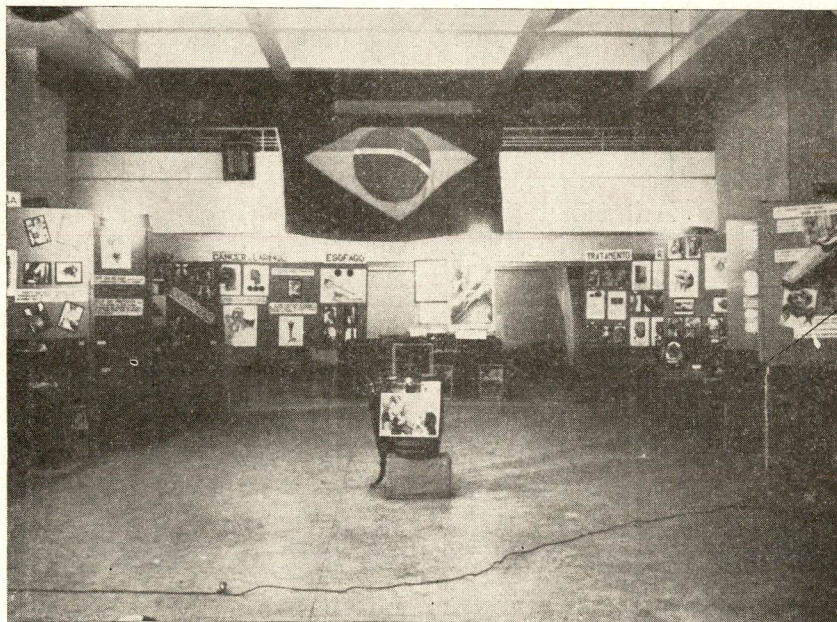


Fig. 20 — Cartazes de Propaganda Educativa

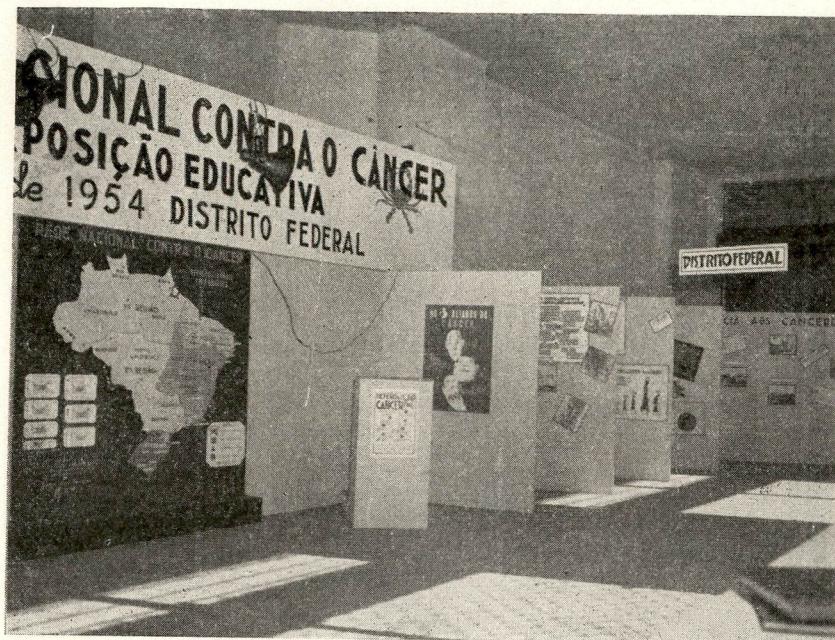


Fig. 20 — Cartazes de Propaganda Educativa



Fig. 20 — Cartazes de Propaganda Educativa

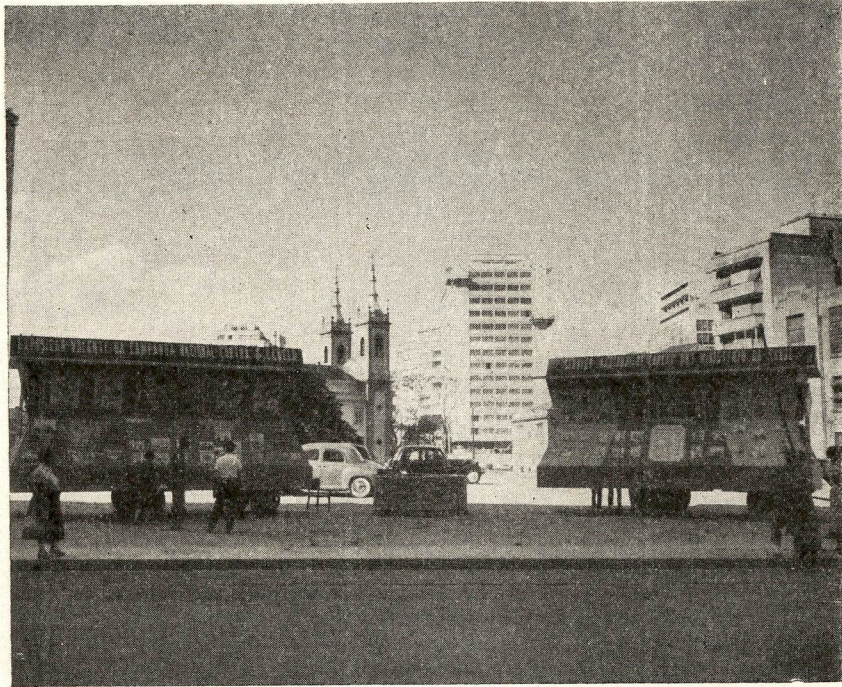


Fig. 21 — Exposição Educativa Volante



Fig. 21 — Exposição Educativa Volante

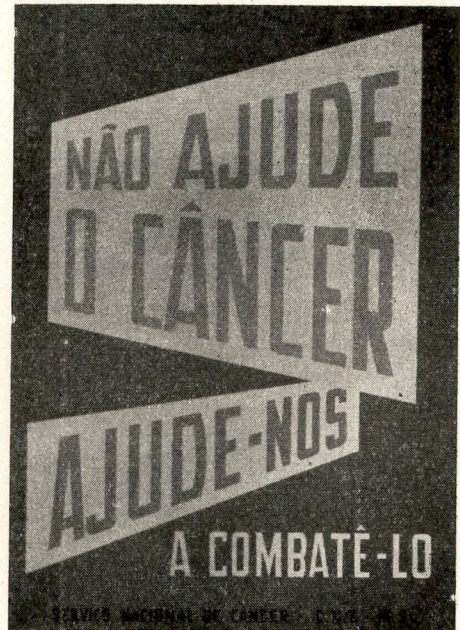


Fig. 22 — Cartazes de Propaganda Educativa

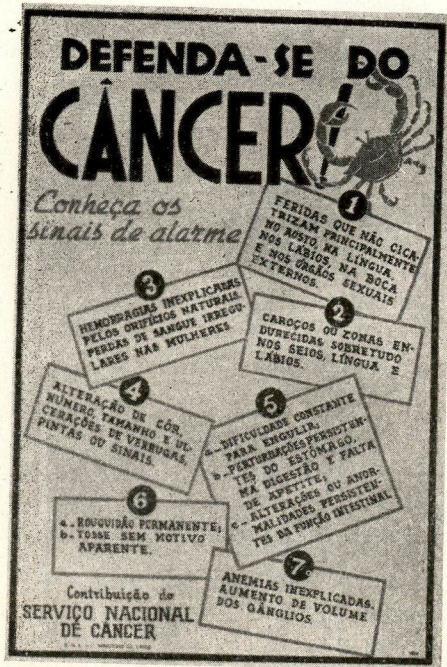


Fig. 22 — Cartazes de Propaganda Educativa

Fig. 23 — Cartazes de Propaganda Educativa



Fig. 23 — Cartazes de Propaganda Educativa



Fig. 23 — Cartazes de Propaganda Educativa

No último mês de maio fizeram-se 30 Exposições pelo Brasil e o S.N.C. pôde verificar o grande interesse despertado, aliás, já manifestado nos anos anteriores. Temos obtido uma valiosa compreensão e colaboram conosco, neste sentido, muito vantajosamente, as corporações médicas, civis e militares, associações leigas, agremiações esportivas e outras, sindicatos operários, etc.

Um papel muito importante no desenvolver destas atividades cabe, inegavelmente, à colaboração feminina. Anotamos, neste particular, o benefício prestado ao Serviço Nacional de Câncer pela Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer, com sede na Capital da República. As legionárias, que obtêm esta qualificação após cursos realizados por membros do corpo médico do S. N. C., têm uma visão bastante segura do empreendimento e são

dedicadas partícipes do movimento educacional.

Trata-se de Senhoras e Senhoritas, oriundas de todas as classes sociais, espontaneamente identificadas com a luta anti-cancerosa.

Além do material confeccionado pelo S.N.C., incluem-se nas Exposições instrumentos de propaganda das Entidades filiadas locais, dando assim oportunidade ao público de conhecê-las e ampará-las.

Se o S.N.C. por sua natureza oficial não arrecada fundos para o seu funcionamento, entretanto, o movimento educacional do mês de maio é uma oportunidade feliz para o incentivo à contribuição generosa do povo, visando a manutenção das Entidades Filantrópicas privadas.

Um fato ocasional merece aqui ser registrado porque bem traduz a segu-

ra orientação técnica fundamental seguida na organização das nossas Exposições Educativas. Referimo-nos ao comentário feito por um dos grandes órgãos da imprensa leiga brasileira a respeito do que a reportagem verificou em nosso mostruário. Declarou o noticiário jornalístico: "A exposição educativa do câncer, por incrível que pareça, é até alegre." É o melhor comentário consagrado do princípio fundamental de combater por este meio a cancerofobia.

No que se reporta à propaganda educacional desejamos ainda salientar um detalhe, que inquestionavelmente tem importância em nosso meio. A propaganda educacional visa muito preponderantemente as populações em geral, contudo a par deste desiderato, o S.N.C. não esquece de promover um movimento similar, mesmo dentro da classe médica e odontológica. Com elementos adequados às circunstâncias, procura o órgão do Ministério da Saúde despertar nos profissionais menos diretamente

preocupados nos problemas de Oncologia, um interesse permanente.

Entre os manifestos resultados favoráveis da Campanha Nacional Educativa promovida no Brasil, podemos assinalar o fato registrado no Instituto de Câncer e outras Instituições, da maior procura de enfermos em fase inicial da doença e de pessoas interessadas na prevenção, desde que foi instituído o movimento educacional e, em particular, de maneira significativa, durante os meses de maio, junho e julho de cada ano.

Habitualmente, nos últimos anos, cabe aos Ministros da Saúde lançarem, pela rede de radiocomunicação da Agência Nacional, a Campanha Nacional Educativa. O atual Presidente da República, Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira, fez questão de pessoalmente, fazer uma das alcuções inaugurais e aproveitou-se, com felicidade, da oportunidade, para ressaltar o entrosamento de governantes e governados na luta anti-cancerosa nacional.

VI — COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Acrescentaremos mais alguns breves comentários sobre atividades complementares do Serviço Nacional de Câncer e Entidades filiadas, dentro da estrutura da Campanha.

a) Estamos considerando, no campo da epidemiologia, os problemas de patologia geográfica, para os quais se tem voltado a atenção dos cancerólogos e, em particular, da União Internacional Contra o Câncer.

A ampliação do inquérito epidemiológico há de obter neste sentido, resultados que revelam características próprias do Brasil.

Neste passo, referimos que, vencendo concebíveis entraves, levamos até as populações selvícolas a investigação epidemiológica. Médicos do Serviço Nacional de Câncer, em colaboração com o Serviço de Proteção aos Índios, o Ministério da Agricultura e a Força Aérea Brasileira, iniciaram as tarefas. Os grupos selvícolas são numerosos e esparsos em vastas áreas, com meio de comunicação e contacto difíceis. Pretendemos contudo, persistir. (Ver fig. 24).

b) No incentivo à cultura, a realização de cursos, de simpósios e o intercâmbio são constantemente fomentados.

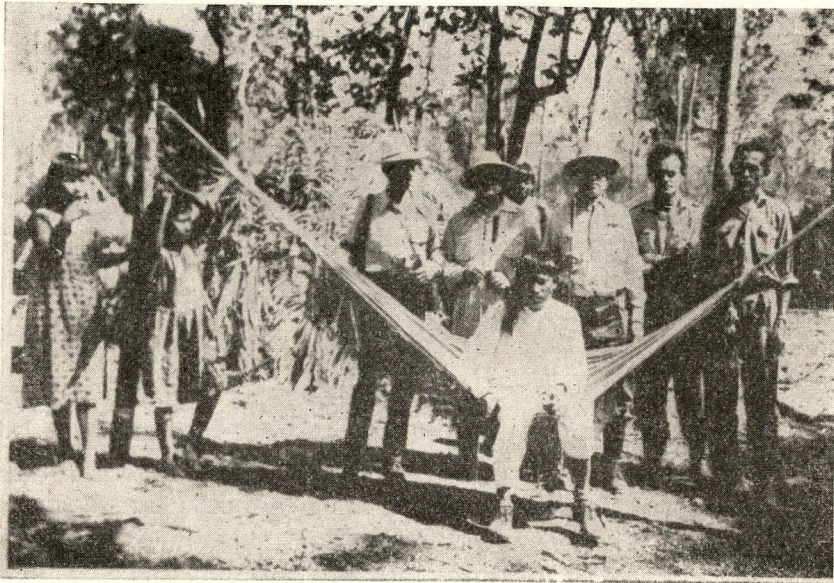


Fig. 24 — Comissão do Serviço Nacional de Câncer, entre selvícolas



Fig. 24

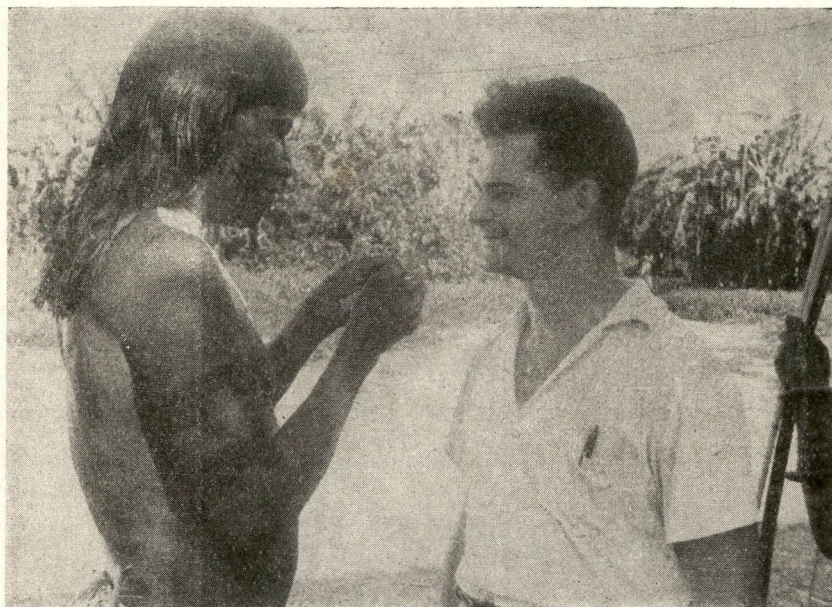


Fig. 24

Paralelamente, os estágios em grandes centros estrangeiros e a participação em Assembléias Científicas são propiciados aos especialistas do Serviço Nacional de Câncer e, também, aos de Entidades Filiadas. Visitas de ilustres cancerólogos estrangeiros são estimuladas.

Publica o Serviço uma Revista, denominada Revista Brasileira de Canceroologia e um Boletim Informativo. Dêste modo procura, com a primeira, divulgar trabalhos de importância. Entidades Filiadas também editam publicações do mesmo tipo.

O Boletim Informativo visa, em particular, o noticiário das atividades executadas e das questões de ordem administrativa em andamento.

Funciona regularmente, com secções plenas de vivo interesse, no Instituto

Nacional de Câncer, por solicitação feita ao S.N.C. e prazerosamente atendida, a Sociedade Brasileira de Canceroologia, que congrega especialistas de destaque para debate e atualização dos problemas de oncologia.

c) De um modo geral e permanente, o S.N.C. mantém relações diretas com tôdas as Organizações oficiais, cuja colaboração é necessária, na Capital da República e nos Estados e, com relativa freqüência, tomamos a iniciativa de solicitar a desejada cooperação. Posição similar tomamos em relação a quaisquer Organizações não oficiais, em todo o País, cujas atividades nos possam beneficiar na luta anti-cancerosa.

Seria ocioso invocar aqui, a respeito, exemplos demonstrativos que os Srs. Congressistas podem facilmente antever.

VII — CONCLUSÕES

Visou este Relatório, o mais sucintamente possível, dar uma impressão do modo pelo qual, em nosso País, se organizou e se desenrola a luta contra o Câncer, encarado como um problema de Saúde Pública. O desenvolvimento, para próximo futuro, foi apontado.

O atual planejamento parece-nos que obedeceu a apreciação realista da situação encontrada, para assim e com os recursos disponíveis, buscar a melhor solução possível no momento atual.

A experiência alheia muito nos serviu de ensinamento, mas pretendemos não nos afastar da realidade brasileira. Respeitamos os princípios fundamentais de luta anti-cancerosa, consagrados pela investigação científica. Procurando materializá-los praticamente, consideramos a situação econômico-social do País e os elementos técnicos de que podíamos dispor.

Optamos pela solução do íntimo entrosamento entre a ação oficial e a iniciativa privada, sobretudo de caráter filantrópico, como a mais acertada e capaz de fornecer melhor rendimento. A ação governamental mostrou-se imperiosa para a criação de uma Campanha Nacional Contra o Câncer, no Brasil, porquanto era patente a necessidade de estabelecer, em nosso meio, a autoridade indiscutida de um Organismo superior normativo, fiscalizador, estimulativo e suficientemente dotado de recursos financeiros e técnicos para incentivar uma luta anti-cancerosa de âmbito nacional. Julgou-se que isto não se conseguiria em nosso País, apenas através de uma estrutura não oficial, mesmo que apoiada pelo Governo. Criou-se então, o Serviço Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde.

Por outro lado, uma Campanha Nacional Contra o Câncer inteiramente dependente dos recursos governamentais, fossem eles federais ou estaduais, não atingiria a desejada expansão, dado o enorme vulto das realizações de prevenção e assistência necessárias. Seria um ônus exagerado para os orçamentos oficiais disponíveis.

A existência de iniciativa privada efetiva e atuante, poderia constituir elemento cooperador muito ponderável, complementando o papel governamental. Ela mostrou-se realizável e eficiente. Conseguiu-se então, constituir um regime de inteiro entrosamento, que a experiência revelou ser não só praticável, como o mais adequado às circunstâncias.

O presente Relatório expõe o que se obteve desta forma e deixa transparecer o que ainda é justo esperar. Trata-se, de uma atividade sanitária apropriada ao Brasil e conveniente no momento que passa e em próximo futuro.

Daí não se infere que tenha maior originalidade, nem que se aplique a situações diversas das nossas. Até mesmo não lhe podemos avaliar, com toda segurança, o período aceitável de permanência, nos moldes preferidos.

Fatores evolutivos importam em alterações normativas. Não nos é possível fazer insustentáveis profecias. E isto, mesmo considerando o fato de que modificações na técnica da prevenção, do diagnóstico e do tratamento do câncer possam influir na estruturação da Campanha.

O aparelhamento atual e o que no presente Relatório já aponta como novas aquisições construtivas, claramente define uma situação de progressivo

evolvimento, dentro das características em curso, para um combate ao câncer cientificamente planejado e sistemáticamente conduzido. Nesta base, temos justificadas razões para antever substanciais melhoramentos, em quantidade e qualidade.

O sempre crescente aumento do volume de atendimentos é estimulante fator de confiança. Ele mais que duplicou nos últimos dois anos, em algumas Unidades.

Exaltada a participação da benemérita iniciativa privada, cumpre ressaltar o continuado interesse oficial.

Têm, os altos poderes públicos da Nação prestigiado a Campanha Nacional Contra o Câncer, dotando o Serviço Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, de recursos financeiros e técnicos gradualmente acrescidos.

Os Ministros da Saúde vêm sendo partícipes esclarecidos e inspiradores da luta empreendida, usando de sua influência em benefício do largo programa de ação.

SUMMARY

The author, Professor Ugo Pinheiro Guimarães, Director of the National Cancer Service, Ministry of Health, was one of the relators at the First Latin-American Cancer Congress, held in October, 1959, at Buenos Aires.

In his work about "Organization and Management of Fight Against Cancer in Brazil" he points the collaboration of Dr. Jorge de Marsillac, chief of the Organization and Control Department of that Service.

The work was divided in the seven following chapters:

- a) Introduction.
- b) Cancer epidemiology in Brazil.
- c) Plan for the anti-cancer fight promoted in Brazil by the National Campaign Against Cancer.
- d) Execution of the National Campaign Against Cancer.
- e) Anti-cancer propaganda and Educational Campaign.
- f) Additional Remarks.
- g) Conclusions.

The author, in these chapters, registred the several aspects of the fight against cancer in Brazil, from its beginning to nowadays.

RESUMÉE

L'auteur, le Professeur Ugo Pinheiro Guimarães, Directeur du Service National du Cancer, du Ministère de la Santé, a été un des rapporteurs au Premier Congrès Latin-Américain du Cancer, réalisé en Octobre 1959, à Buenos Aires.

Dans son travail sur 1^o "Organisation et l'Execution de la Lutte contre le Cancer au Brésil", il signale la collaboration du Dr. Jorge de Marsillac, chef de la Section d'Organisation et Contrôle du dit Service.

Le dit travail a été divisé en 7 chapitres distribués en:

- a) Introduction.
- b) Epidémiologie du cancer au Brésil.
- c) Plan pour la Lutte Contre le Cancer initiée au Brésil par la Campagne Nationale contre le Cancer.

- d) Execution de la Campagne Nationale contre le Cancer.
- e) Propagande anti-cancer — Campagne Nationale Educative.
- f) Commentaires additionels.
- g) Conclusions.

Dans ces chapitres, l'auteur fait remarquer les différents aspects de la lutte contre le cancer au Brésil, dès son commencement jusqu'au jour d'hui.

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 patognômicos 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, Terezina, 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
Teressina.....	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 fatores 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.

