

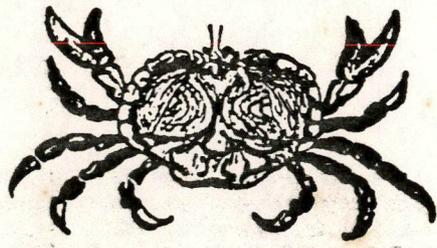
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

v.17(21) 1960 Ex.2

S150

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Orgão oficial do Serviço Nacional de Câncer



Ex 2

Volume 17

Junho, 1960

Número 21 *Ex. 2*

Rio de Janeiro

Brasil

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

Ministério da Saúde

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

SERVIÇO NACIONAL DE CANCER

Diretor

PROF. UGO PINHEIRO GUIMARAES

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 Cancero-
logia, 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 lín-
gua 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)

REDATORES PERMANENTES

<i>Alberto Lima de Moraes 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

Volume 17

Junho, 1960

Número 21

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

Finalidades e fundamento das clínicas de prevenção e diagnóstico do câncer — <i>Dr. Jorge de Marsillac</i>	5
Estudos sobre o câncer nos índios do Brasil — <i>Dr. Sebastião da Silva Campos</i>	33

FINALIDADES E FUNDAMENTO DAS CLINICAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER *

** DR. JORGE DE MARSILLAC

O câncer foi reconhecido, desde a mais remota antiguidade, como terrível inimigo do homem. Os seus cruéis efeitos foram motivo de citações de vários clássicos de então, que não conheciam suas causas, a maneira de combatê-lo, e, o que talvez fôsse pior, qualquer coisa para diminuir os seus sofrimentos.

Poucos foram, através dos tempos, aqueles que se propuseram a tratá-lo e, mesmo assim, quando o fizeram, foi em precaríssimas condições, devido ao fato de lançarem mão do cautério, sem o concurso da anestesia.

Somente há menos de um século, graças ao progresso da cirurgia é que a luta contra o câncer começou a ser intensificada, interessando maior número de estudiosos. Começaram então, a obter-se os primeiros resultados, sendo curados alguns casos.

Foi então verificado que era possível combatê-lo, desde que pudesse ser removido ou destruído. Todavia, permanecia a situação anterior, de que nenhuma droga se mostrava efetiva para tratá-lo.

Paralelamente, enquanto uns se dedicavam ao tratamento propriamente dito, muitos outros, mais dedicados à pesquisa, passaram a estudá-lo em vários de seus aspectos. O espírito de curiosidade, muito sensível no gênero humano, conduziu milhares de homens a uma pesquisa incessante para descobrir as possíveis causas do mal; se era ou não contagioso e hereditário, se distinguia uma raça mais que outra, qual o sexo mais atingido, se a alimentação poderia ter alguma influência, etc.

Mais tarde foram descobertos vários agentes cancerígenos, o que veio abrir novos horizontes para o estudo do mal.

A descoberta dos Raios X para fins de diagnóstico e tratamento, e do rádio, veio reforçar extraordinariamente o armamentário de que dispúnhamos para combater o câncer.

A anatomia patológica, sobretudo graças a vários cientistas germânicos, se firmava como fator decisivo, tornando-se o único meio capaz de confirmar o diagnóstico clínico ou radiológico.

A descoberta de fatores hormonais e de algumas drogas que se mostraram ativas na terapêutica de alguns casos de câncer, veio trazer novo

* Relatório apresentado à 1ª Conferência Latino-Americana Sobre Diagnóstico Precoce do Câncer, realizada em Bogotá.

** Chefe da Seção de Organização e Contrôlo do Serviço Nacional de Câncer.

alento ao panorama geral, que não se mostrava muito animador, pois os progressos, além de lentos, não eram de molde a trazer uma solução definitiva.

Tudo o que até então se fazia era procurar tratar os casos já confirmados. Como era de se esperar, os resultados nunca foram muito encorajadores, limitando-se a medicina a descobrir os casos cuja sintomatologia já se tornara clássica, o que, na prática, significava um estadiamento mais ou menos avançado da doença.

Quanto aos meios de prevenção e mesmo de diagnóstico precoce, pouco ou nada se podia fazer, por completa falta de recursos. A descoberta de uma reação específica para fins de diagnóstico foi tenazmente procurada, porém, apesar de todo o empenho de notáveis pesquisadores ela nunca se concretizou. Homburger assinalou mais de 60 testes valendo-se de bibliografia de 238 trabalhos.

Vários deles, empolgados pelos resultados iniciais, chegaram mesmo a anunciá-la; o tempo, porém, e a repetição de insucessos, não vieram, infelizmente, a confirmá-la.

O problema do câncer foi se mostrando de tal forma complexo, que nenhum cientista podia pretender penetrar de uma só vez em todos os seus mistérios. Cada qual se inclinava por um setor, de acordo com suas tendências pessoais.

Numerosos dados epidemiológicos, levantados em diversas regiões do Globo, sobretudo de morbidade e de mortalidade, vinham mostrando o aumento constante de vítimas.

A princípio julgou-se que o câncer não tivesse maior preferência em atacar certos órgãos do corpo humano pelo fato de suas vítimas viverem nesta ou naquela latitude ou longitude do Globo.

Todavia, compulsando-se as *data* obtidas através daqueles levantamentos nosológicos, ficou patente de que, de fato, há uma nítida preferência de incidência do câncer sobre certos órgãos, conforme a região. A chamada patologia geográfica, com o melhor conhecimento dos hábitos dos homens das cidades e dos campos, e mesmo dos aborígenes, vem demonstrando que algumas condições atmosféricas, de alimentação, profissionais, de hábitos ou costumes, têm influência no aparecimento de maior número de casos em determinado órgão, de acordo com o lugar em que o indivíduo vive.

Últimamente, o emprêgo para fins de diagnóstico e tratamento, dos chamados rádioisótopos, veio aumentar os meios de ação na luta contra o câncer. Foi mais uma brilhante contribuição científica de inestimável valor.

Mais recentemente, a arma primitiva, que foi a cirurgia, graças ao concurso das anestésias modernas, do emprêgo dos antibióticos e do melhor conhecimento do equilíbrio eletrolítico, tomou notável desenvolvimento, que ainda não cessou.

Graças ao mesmo, foi possível a prática de uma cirurgia de tal forma alargada que autoriza novas esperanças na remoção de tumores até agora considerados inacessíveis.

Porém, apesar de tudo o que se fez, não foi possível deter a marcha ascendente do câncer, que mais se fez sentir nas regiões de maior progresso, onde o homem, graças a medidas sanitárias adequadas, passou a ter sobrevida muito maior. Esta ocorrência, motivo de várias alterações degenerativas, acrescida de alguns fatores já conhecidos e possivelmente de outros ainda ignorados, tornaram o câncer conhecido como doença da civilização. Efetivamente, em alguns países muito prósperos e adiantados ele ocupa o 2º lugar como agente de morte, somente ultrapassado pelas doenças do aparelho circulatório. Nos países sub desenvolvidos, a mortalidade infantil e as chamadas doenças de massas, continuam prevalecendo no obituário geral.

No Brasil, em algumas Capitais de Estados e sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo, ele já varia do 2º ao 5º lugar. A experiência mostrou, de maneira decisiva, que o diagnóstico e o tratamento dos casos já sintomáticos, deixam muito a desejar. Cresce o número de novas vítimas, das quais apenas uma parcela pode se salvar, perdendo-se as demais após cruel e prolongada passagem pela fase de incurabilidade. É forçoso reconhecer que estas últimas, que ascendem a muitos milhares em todo o mundo, ficam relagedas para um segundo plano, algumas delas mesmo inteiramente esquecidas. Sua manutenção e assistência são muito onerosas e deixam penosa impressão a todos aqueles que a elas se dedicam. Por isto mesmo poucas são as Entidades votadas a êsse filantrópico propósito.

Levando em consideração os precários resultados obtidos, no que pese a contribuição de excelentes especialistas e de equipamentos adequados, foi se criando a mentalidade de que alguma coisa a mais deveria ser feita no sentido de prevenir o aparecimento do câncer, ou descobri-lo em suas fases mais iniciais.

Todos os que praticam a especialidade estão concordes em que o câncer deve ser despistado muito antes de se tornar sintomático, pois é nesta fase que ele é realmente muito curável. Daí se tornou necessária a adoção de outros recursos semióticos, que já permitem o funcionamento de algumas clínicas dessa natureza.

Até 1925 era impossível a detecção dos casos mais iniciais porque o exame a olho nu do colo uterino e adjacências não permitia, freqüentemente, a identificação de tais casos.

Comumente ocorria o fato muito desagradável da paciente consultar o médico em virtude de uma ginecopatia sem maior significação, da qual era tratada e, concomitantemente, possuir um câncer, que ainda silencioso, passava inteiramente despercebido. A situação tornava-se mais grave ainda, pelo fato das doentes, que haviam se tratado com ginecólogos,

permanecerem tranqüilas e indiferentes durante muito tempo, após a palavra amiga do médico, informando-lhes que estavam curadas.

Em qualquer clínica ginecológica muitos fatos dessa natureza devem ter se passado, sem que coubesse qualquer responsabilidade àqueles encarregados de atendê-la.

Sòmente daquele ano para cá foi que Hinselmann, o pranteado ginecológico alemão, recentemente desaparecido, abriu um novo campo na detecção dos casos iniciais de câncer do colo uterino. Graças a notável invenção de sua autoria, que foi o colposcópio, que permite considerável aumento do foco, tornou-se possível a melhor visualização não só do colo uterino pròpriamente dito, como da cavidade vaginal.

Já em 1928 trabalhos alemães assinalavam as vantagens do teste de Schiller, na colposcopia, podendo-se afirmar que desde então passou a ser usado como rotina, em todos os casos.

Devido às dificuldades no manejo do aparelho e na interpretação dos achados colposcòpicos, até então inteiramente desconhecidos, e, pelo fato da colposcopia, apesar do auxílio do teste de Schiller não poder fornecer meios para diagnosticar precisamente os casos de câncer, houve, nos primeiros anos, uma grande resistência ao seu emprêgo.

Todavia, Hinselmann e seus colaboradores prosseguiram, sem desfalecimento, em suas pesquisas e observações. Sempre melhorando o aparelho, com o concurso da Fábrica Zeiss tanto na parte ótica quanto na maior facilidade de manejo, e tirando conclusões indiscutíveis, conseguiram atrair o interêsse de estudiosos que passaram a adotar, com entusiasmo, o novo método.

Em 1943, os trabalhos de Papanicolau e Traut vieram trazer notável contribuição para o diagnóstico precoce do câncer com o emprêgo da citologia.

Foi outra luta para a aceitação da nova técnica, já que a maioria das clínicas não reconhecia vantagens na mesma julgando-a, talvez, muito perigosa, por ser muito sujeita a erros. Todavia, a experiência veio demonstrar o seu real proveito e hoje não mais se discute o seu valor, não só como coadjuvante do diagnóstico precoce do câncer genital feminino, bem como, de outras localizações, em ambos os sexos.

Travou-se, então, intensa luta sòbre as vantagens de uma sòbre a outra, isto é, qual a melhor, a colpocitologia ou a colposcopia.

Apesar dos progressos de ambas, a biópsia continuou sendo considerada como indispensável para confirmar os casos considerados positivos por êsses métodos.

Enquanto na Europa, e, em particular na Alemanha, os estudos atingiam a êsse adiantamento, nós, no Brasil, ainda sem meios assistenciais adequados para socorrer ao vultoso número de vítimas que já possuíamos, protelamos a aplicação dêsses novos métodos.

No Brasil, a luta contra o câncer teve início há 44 anos, quando foram criadas as primeiras clínicas especializadas, que receberam os nomes de Instituto Alvaro Alvim, no Rio de Janeiro (1916), Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1919), Instituto de Rádium de Belo Horizonte (1921). Estas iniciativas, tôdas particulares, possuíam caráter eminentemente assistencial, dedicando-se quase inteiramente ao diagnóstico e tratamento.

Devido às enormes distâncias que as separavam e à falta de um órgão coordenador, começaram a surgir alguns trabalhos assinalando aspectos médico-sociais do câncer e outros a imperiosa necessidade de se traçar uma ação de conjunto onde o Governo e as Entidades privadas participassem.

Nesta fase se projetaram os nomes de Borges da Costa, Eduardo Rabello, Mario Kroeff, Salles Guerra, Sérgio de Azevedo, Costa Júnior, Doellinger da Graça, Saint Pastou, Antonio Prudente e o atual Diretor do Serviço Nacional de Câncer, Prof. Ugo Pinheiro Guimarães. (Fig. 1).



Fig. 1 — Não tem poupado esforços e dedicação para impulsionar a Campanha Nacional Contra o Câncer, por êle tão esplêndidamente orientada e dirigida.

Contudo, deve-se ao Prof. Mario Kroeff, apaixonado e emérito especialista, a iniciativa de ser criado, pelo Governo Federal, em 1938, o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. (Fig. 2).

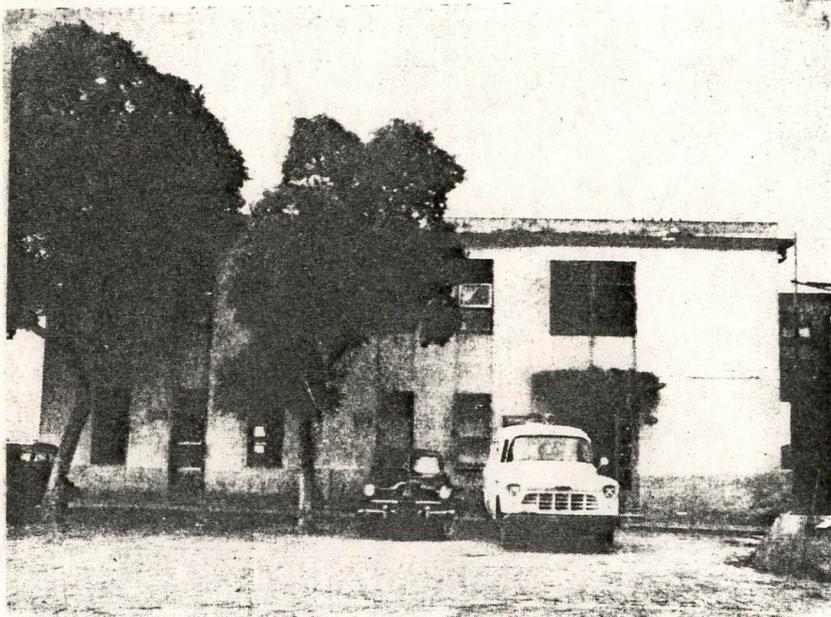


Fig. 2 — Foi o primeiro ato concreto da participação do Governo Federal na Luta Contra o Câncer no País.

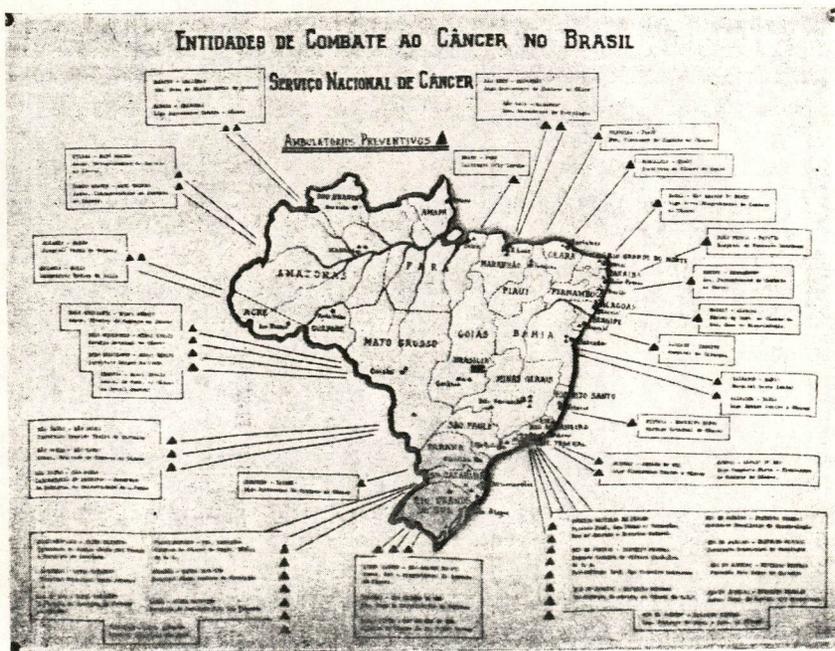


Fig. 3 — Distribuição Geográfica de entidades de combate ao câncer no País.

Três anos após, em 4/7/1944, ficando patentes as limitações desse Centro, o Prof. Mario Kroeff conseguiu do extinto Presidente Getúlio Vargas a transformação do mesmo em Serviço Nacional de Câncer, subordinado ao Ministério da Saúde, com as atribuições seguintes:

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º — O Serviço Nacional de Câncer (S.N.C.), órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.) tem por finalidade organizar o combate ao câncer em todo o país, planejando, para isto, os respectivos serviços, constituindo-se em elemento orientador, coordenador, e fiscalizador das atividades das organizações públicas e privadas, empenhadas na luta contra a doença, prestando-lhes a possível assistência material e técnica, incumbindo-se da parte de execução que, no programa fixado, couber ao Governo Federal.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º — O S.N.C. compreende:

Instituto de Câncer (I.C.)

Secção de Organização e Contrôle (S.O.C.)

Secção de Administração (S.A.)

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 7º — Ao I.C. compete:

I — realizar estudos e pesquisas sôbre a epidemiologia, profilaxia, diagnóstico e tratamento do câncer, inclusive no campo da anatomia patológica, da física biológica, da química, da biologia, da sorologia e do câncer experimental;

II — cooperar com o Serviço Federal de Bioestatística no levantamento, em todo o país, da morbidade e mortalidade pelo câncer;

III — cooperar no ensino da cancerologia, em cursos não só para estudantes, como para médicos, dentistas, parteiras, enfermeiras e outros profissionais.

Art. 8º — À S.O.C. compete:

I — estudar o plano de combate ao câncer em todo o país;

II — orientar, coordenar e fiscalizar as organizações oficiais e privadas, incumbidas da luta contra o câncer em todo o país;

III — procurar padronizar e uniformizar as atividades e os trabalhos de organizações oficiais e privadas incumbidas da luta contra o câncer em todo o país, respeitando, porém, as suas características regionais;

IV — opinar nos processos de subvenção federal a instituições de assistência e profilaxia de câncer e fiscalizar o cumprimento das exigências feitas pelo poder competente;

V — organizar e manter atualizados o registro de tôdas as atividades oficiais ou particulares relativas ao problema do câncer e o cadastro dos estabelecimentos delas incumbidos;

VI — fazer executar as medidas preventivas adequadas, de natureza individual e coletiva, para a luta contra o câncer;

VII — elaborar e manter sempre atualizadas resenhas técnicas que digam respeito à execução dos trabalhos concernentes à luta contra o câncer, divulgando documentalmente e com exatidão novas aquisições científicas, tornando claras as possibilidades de sua aplicação prática dos resultados obtidos com essa aplicação;

VIII — promover, pelos meios usuais, em cooperação com o Serviço Nacional de Educação Sanitária, campanhas de propaganda e educação sanitária que digam respeito ao câncer;

IX — editar uma revista científica de cancerologia;

X — animar a criação de associações, incentivar a realização de conferências e congressos de cancerologia e manter o intercâmbio com instituições análogas nacionais e estrangeiras."

Data dessa época, o início das atividades do S.N.C., cuja ação, em breve, se faria sentir sobre todo o território nacional.

Todavia, o Governo Federal, embora poderoso, não podia arcar sozinho com o ônus de uma luta dessa grandeza. Foi então feito um apêlo para que participassem da Campanha Nacional Contra o Câncer tôdas as Entidades particulares já criadas ou outras que viessem a se fundar, desde que merecessem ser incluídas como filiadas à Campanha.

Dai até os dias atuais, surgiram 42 Entidades. Uma pequena parcela continua se dedicando ao diagnóstico e tratamento, porém, uma outra, bem maior, já chamou a si além daquelas tarefas, a responsabilidade de participar também, das Campanhas chamadas de prevenção e diagnóstico precoce.

Em 1947, já organizada parte dessa rede, pôde o S.N.C. conclamar a participação popular na luta contra o câncer, através da Campanha de Educação Popular, uma de suas atribuições estatutárias.

Foi então idealizada e organizada, no Rio de Janeiro, por Mario Kroeff e seus colaboradores uma grande exposição popular e educativa,

visando atrair os possíveis portadores da doença, possibilitando, assim, o diagnóstico precoce, uma das principais metas da luta contra o mal (Fig. 4).

CAMPANHA NACIONAL EDUCATIVA CONTRA O CÂNCER



Fig. 4 — Exposição promovida pelo Serviço Nacional de Câncer



Fig. 5 — Apresentando-a ao público presente está seu organizador Dr. Jorge de Marsillac, Chefe da Seção de Organização e Contrôlo do S.N.C.

Sucederam-se outras exposições não só na Capital como em outras cidades. (Fig. 5).

A amplitude da repercussão da Campanha, e do território do país, fez sentir a necessidade de concentrar seus trabalhos em um "Mês da Campanha". O autor deste Relatório, e a Diretoria da Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer — entidade privada que mais coooperou na Campanha — vinham, desde 1952, sugerindo a conveniência de ser a mesma concentrada num único mês, o de maio; tal sugestão foi posta em prática, em 1954, pelo Prof. Antonio Prudente, então Diretor do S.N.C.

No mês da Campanha, é intensificada, em todo o País, a propaganda popular por meio de exposições, conferências, palestras radiofônicas, artigos de imprensa e entrevistas pela TV.

No Rio de Janeiro foi por mim idealizada uma exposição volante, montada sobre veículos que percorrem, naquele mês, os diversos bairros da cidade, e mesmo cidades vizinhas (Figs. 6 e 7).

CAMPANHA NACIONAL EDUCATIVA CONTRA O CÂNCER



Fig. 6

A propaganda sanitária, conduzida em moldes a não causar a cance-rofobia, tem se mostrado muito eficaz, criando um clima de confiança na população e atraindo aos centros de tratamento e diagnóstico os casos mais precoces.

A orientação da luta contra o câncer nesse sentido — Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico — foi adotada no Brasil.

pela primeira vez, em 1948, pelo Prof. Arnaldo de Moraes, Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universida-

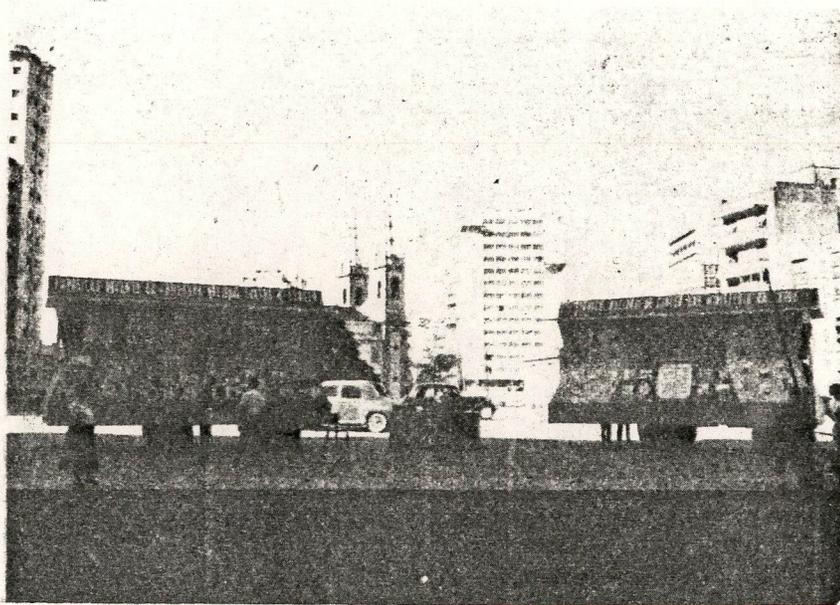


Fig. 7 — Exposição volante promovida pelo Serviço Nacional de Câncer, estacionando nas Praças Públicas e que foi também levada a várias cidades vizinhas do Rio.

de do Brasil, — e seu atual Diretor — que, então, introduziu, entre nós, a prática de tais exames.

Privando com o Prof. Hinselmann, de quem era, além de colega de especialidade, amigo e admirador, certificou-se das reais vantagens do emprêgo, em sua movimentada clínica, dos exames de Prevenção e Diagnóstico Precoce, à base dos novos recursos (Colposcopia, Colpocitologia e teste de Schiller), sem, contudo, dispensar os meios chamados tradicionais.

Vários de seus colaboradores rapidamente penetraram nos segredos da Colposcopia e da Colpocitologia, graças aos ensinamentos recebidos da própria cátedra, bem como pela presença, no Brasil, por mais de uma vez, a convite do Prof. Arnaldo de Moraes, do Prof. Hinselmann, que no Rio de Janeiro ministrou magníficos cursos sôbre a especialidade. Entre eles mostram-se muito entusiastas os Drs. Paulo Rieper, Hildegard Stoltz, Clarice do Amaral, Orlando Baiocchi e Dib Gebara — este último prematuramente desaparecido — os quais seguindo as pegadas do seu Chefe, firmaram-se como fiéis continuadores da obra de Hinselmann.

A esplêndida e proveitosa iniciativa do Prof. Arnaldo de Moraes, foi o ponto de partida que serviu de exemplo para a criação de vários outros Ambulatórios, também filiados à cátedra, como a dos Professores

Clóvis Salgado e Lucas Machado, em Belo Horizonte, Ayres Netto e José Medina em São Paulo, Pelltier de Queiroz, na Bahia, Mário Pardal no Estado do Rio, Rodrigues Lima, no Distrito Federal, para não citar todos. Formou-se, rapidamente, uma rede de ambulatórios que serviu para o exame e proteção de milhares de pacientes, melhor divulgação das novas técnicas e formação de considerável número de especialistas.

Com isso, foram surgindo outros centros, independentes de subordinação às Universidades.

No terreno da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer, tornou-se evidente que os melhores resultados vinham sendo obtidos com os exames periódicos dessa natureza, nas clínicas Ginecológicas coletivas, ou mesmo particulares.

Para as demais localizações do câncer, salvo as do tórax, nenhum fato novo veio a contribuir, de maneira expressiva para a sua detecção nas fases mais iniciais.

Até na mama, de tão fácil acesso aos exames periódicos, ainda não se conseguiu reduzir o aparecimento de novos casos. Quando muito, repetidos exames conseguem despistá-lo na fase relativamente inicial. Isso é também o que ocorre, para todas as outras localizações.

Em 1951 foi fundada no Rio de Janeiro, pelo Professor Alberto Coutinho, e então Diretor do Instituto Nacional de Câncer (Fig. 8) e sua Exma.

LEGIÃO FEMININA DE EDUCAÇÃO E COMBATE AO CÂNCER
Rio de Janeiro
CURSOS EDUCATIVOS



Fig. 8 — Entrega de diplomas. O Professor Alberto Coutinho, fundador da Legião, em 1951, ladeado pela ex-Presidente D. Heloísa de Marsillac, pela atual, D. Hilda Faulhaber de Moraes e diplomandas.

espôsa, Dona Ingeborge Continho, além de outras pessoas interessadas em tais problemas, a Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer, que viria, em virtude de suas próprias finalidades tornar-se da maior utilidade para o despistamento do câncer, em suas fases mais iniciais.

Desde então os mais altos dignitários do Ministério da Saúde (Fig. 9) e os responsáveis pela Direção e execução da Campanha Nacional con-

LEGIÃO FEMININA DE EDUCAÇÃO E COMBATE AO CANCER
VISITAS



Fig. 9 — O Prof. Maurício de Medeiros, ex-Ministro da Saúde, recebendo da Presidente da Legião, D. Heloisa de Marsillac o distintivo da entidade. Em primeiro plano o Dr. Jorge de Marsillac, Chefe da Seção de Organização e Contrôlo do S.N.C.

tra o câncer, não têm regateado aplausos às filantrópicas atividades dessa benemérita entidade.

A Legião, empenhando-se principalmente no problema educacional, realiza 2 vezes por ano, cursos que, gratuitos, têm a duração de um mês e cuja freqüência tem aumentado extraordinariamente.

O curso, que é dirigido pelo Conselho Técnico obedece ao seguinte programa:

- 1ª Aula — A mulher na luta contra o câncer.
- 2ª " — Conceitos sôbre o câncer.
- 3ª " — Sintomas e sinais que fazem suspeitar de câncer.
- 4ª " — Como diagnosticar e tratar o câncer.
- 5ª " — Generalidades sôbre o câncer da mama.
- 6ª " — Generalidades sôbre o câncer genital feminino.



Fig 10 — O Prof. Ugo Pinheiro Guimarães, Diretor do Serviço Nacional de Câncer, ladeado pelo Dr. Antonio Pinto Vieira, Diretor do Instituto Nacional de Câncer e Dr. Turibio Braz, Chefe do Ambulatório de Prevenção e Diagnóstico Precoce. No grupo vêm-se ainda o anátomo-patologista Prof. Francisco Fialho, o Médico bioquímico Prof. Hugo Castro Faria, o Citologista Dr. Edesio Neves e legionários.

- 7ª " — Visita ao Instituto Nacional de Câncer.
- 8ª " — Estudo sobre outras localizações do câncer.
- 9ª " — Como proceder à prevenção do câncer.
- 10ª " — O problema médico social do câncer.
- 11ª " — Testes — perguntas — respostas.
- 12ª " — Juramento — Entrega de Diplomas.

Em 1957, um grupo de 9 senhoras colombianas e cubanas freqüentaram o curso e após o juramento que tôdas fazem de pé, receberam os seus diplomas (Figs. 11 e 12).

Estas Legionárias, depois de instruídas e confiantes, levam aos ambulatórios milhares de pacientes, sobretudo mulheres, na idade chamada do câncer.

Todo o trabalho que fazem é expontâneo, gratuito e do maior alcance.

Algumas delas, Senhoras da Sociedade, que não têm que obedecer a horários rígidos de trabalho nas repartições e nos escritórios, empolgam-se pelo problema e não param com a aquisição do diploma.

Após conveniente estágio aprendem a técnica dos laboratórios de Citologia, adquirem prática de enfermagem, de Serviço Social e de arquivo, o que lhes permite tomar conta, sem qualquer ônus para as Entidades, de

LEGIAO FEMININA DE EDUCACAO E COMBATE AO CANCER
Rio de Janeiro
CURSOS EDUCATIVOS



Fig. 11 — Encerramento do curso de setembro de 1957. Na primeira fila algumas das legionárias que trabalham nos Ambulatórios de Prevenção. Na segunda fila nove senhoras Colombianas e Cubanas que concluíram o curso.



Fig. 12 — Legionárias prestando o juramento de bem servir na luta contra o Câncer.

vários ambulatórios de diagnóstico precoce, já existentes ou que venham a existir.

É um exemplo a ser imitado e que diminui, consideravelmente, o custo de manutenção dos mesmos.

Em 1952, o Dr. Turibio Braz, ilustre e experimentado ginecólogo e cancerólogo, pertencente também ao Serviço Nacional de Câncer, após concluir o curso do Professor Hinselmann ministrado no Serviço do Professor Arnaldo de Moraes, fundou com o apoio do Professor Alberto Coutinho, Diretor do Instituto àquela época, o 1º ambulatório de prevenção e diagnóstico do câncer ginecológico, no Instituto Nacional de Câncer, subordinado ao Serviço Nacional de Câncer.

Primitivamente instalado, em precárias condições noutro local, contou logo com a magnífica colaboração da Legião Feminina.

Nestas condições, acredito que tenhamos podido contestar antes de qualquer um, a alegação que se fazia de que esses ambulatórios eram por demais dispendiosos.

Com a mudança das antigas instalações para o atual Instituto Nacional de Câncer, (Figs. 13 e 14) sito a Praça Cruz Vermelha, nº 23, Rio

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Inaugurado em 1957

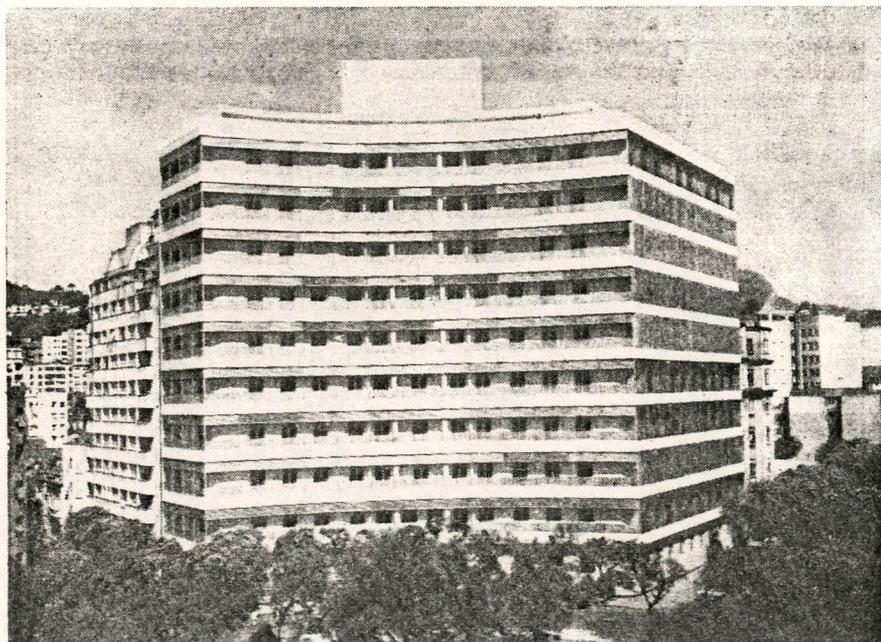


Fig. 13 — Símbolo do progresso de 19 anos da luta anti-cancerosa promovida pelo Governo do Brasil

de Janeiro, antiga aspiração do Professor Mario Kroeff e de seus discípulos, que o iniciou, e que foi realizada graças ao prestígio científico e social do Professor Ugo Pinheiro Guimarães, ilustre figura de extraordinário dinamismo, foi o ambulatório também melhorado.

Levando em conta a alta frequência do câncer genital feminino em nossos achados estatísticos (Fig. 15) e convencidos da excelência dos métodos de detecção de que ora já dispomos aumentamos, com pouca despesa, o número de ambulatórios dessa natureza, sendo criados mais 3, um no próprio Instituto e os 2 outros na zona Sul e Norte da cidade, tendo sido escolhido o Dr. Turibio Braz para chefiá-los. A intensiva propaganda sanitária que fazemos durante o mês de maio, o auxílio da Legião e o alto conceito que o Instituto desfruta, conquistaram o crescente interesse da população feminina, em procurá-los. Os resultados têm sido os mais animadores tendo já sido examinadas 9.000 mulheres.

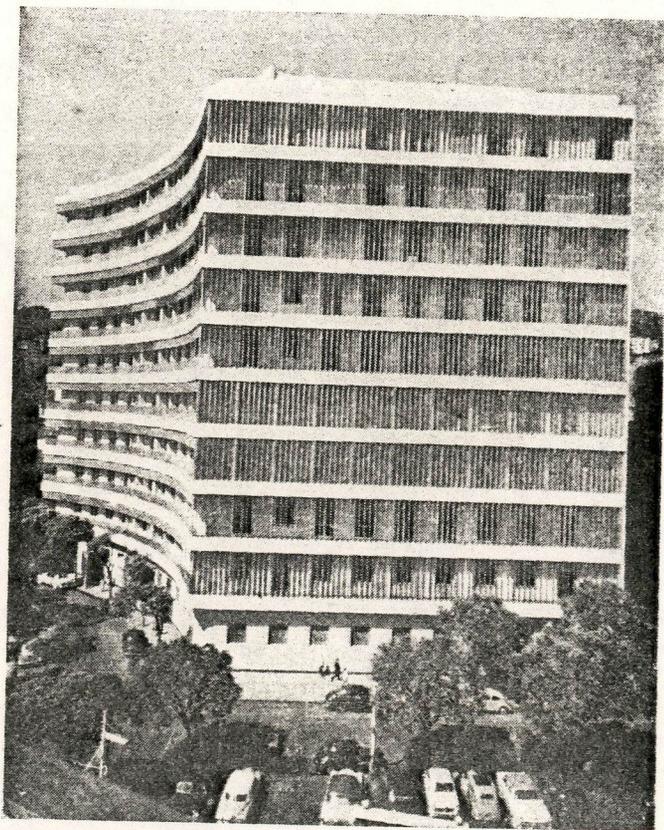


Fig. 14 — Vista Lateral

ACHADO ESTATÍSTICO SOBRE 1 000 CASOS ATENDIDOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

QUADRO 5

O CÂNCER ATACA QUALQUER REGIÃO OU ÓRGÃO DO CORPO HUMANO, VARIANDO NA FREQUÊNCIA ENTRE

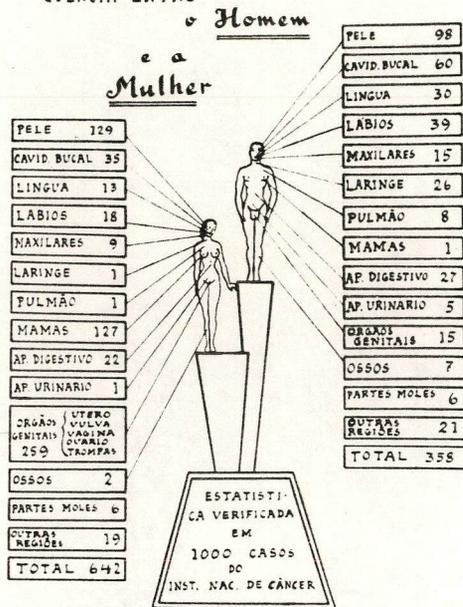


Fig. 15

SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER
AMBULATÓRIO PREVENTIVO GENITAL FEMININO
ÍNDICE DE FREQUÊNCIA VOLUNTÁRIA (1952-1957)
5 MILHEIROS

QUADRO 7

De	abril	1952	a	fevereiro	1954.....	1º milheiro - 22 meses
De	fevereiro	1954	a	agosto	1955.....	2º milheiro - 18 meses
De	agosto	1955	a	setembro	1956.....	3º milheiro - 11 meses
De	agosto	1956	a	maio	1957.....	4º milheiro - 9 meses
De	maio	1957	a	dezembro	1957.....	5º milheiro - 7 meses

Fig. 16

O trabalho do Dr. Turibio Braz apresentado ao 7º Congresso Internacional, realizado em Londres, mostra que, desde 1938, data da criação do S.N.C. até 1952, data da criação do 1º ambulatório foram achados por acaso, somente 3 casos de carcinoma "in situ". Pois bem, de 1952 a 1958, com a prática do novo método foram achados 24 casos daquela natureza e 8 microcarcinomas. Sabendo-se dos magníficos resultados terapêuticos co-

lhidos diante destes estadiamentos, tem-se o dever de intensificar tais exames.

O nosso grupo, embora reduzido, pois conta apenas com Turibio Braz e seus colaboradores, Doutores Alexandre Campos, Edesio Neves, João Rangel de Moraes, Oliveira Rocha, Martha Zacchia e ultimamente Orlando Baiocchi. tudo tem feito para prestar elevado atendimento e tirar esplêndidas conclusões.

Além de dispormos do instrumental e da aparelhagem clássica, não nos detivemos aos mesmos por verificarmos que ainda persistem algumas dificuldades com o manejo do colposcopio, da visualização pelo espéculo habitual para a colheita da biópsia. Graças ao gênio inventivo de Baiocchi e a sua reconhecida experiência no assunto, foi muito modificado o atual colposcopio (Figs. 17 e 18), que já está sendo construído no País, mais maleável e mais barato, foi reintroduzido o emprêgo do espéculo tubular

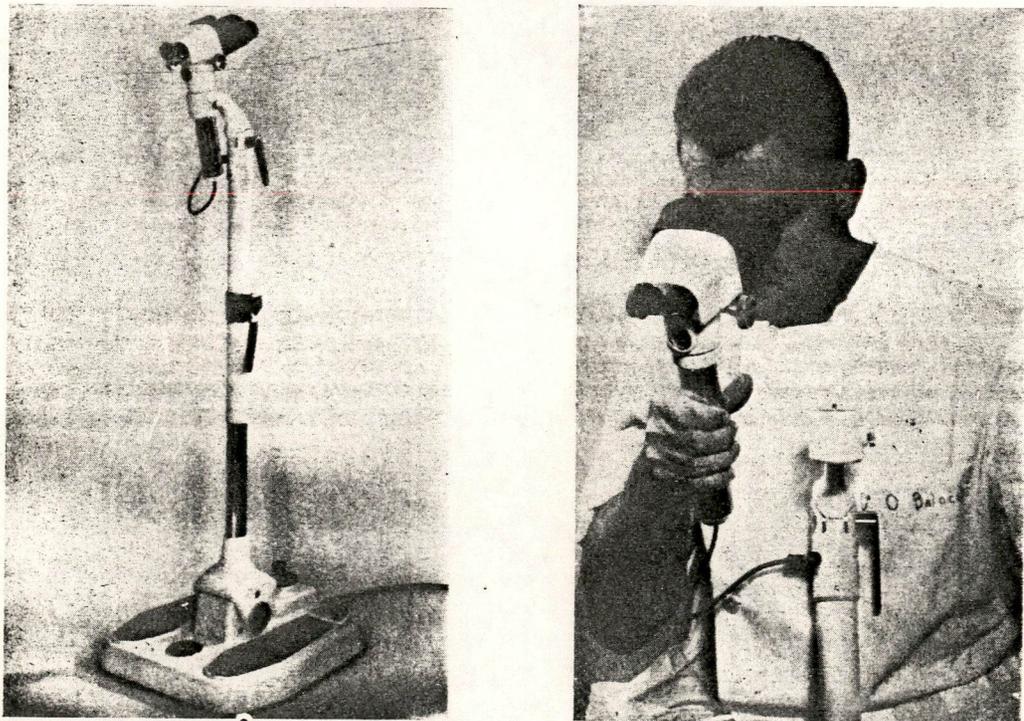


Fig. 17 — À esquerda, Colposcópio Binocular de Baiocchi. À direita, a cabeça do aparelho removida para exame manual.

e inventado um tipo de biópsia, chamada rotativa, que permite tirar, sem dor e sem sangue, fragmento da lesão suspeita até 5 mm de profundidade (Fig. 19).

Já estamos usando também o chamado microscópio contrast-phase (Fig. 20).

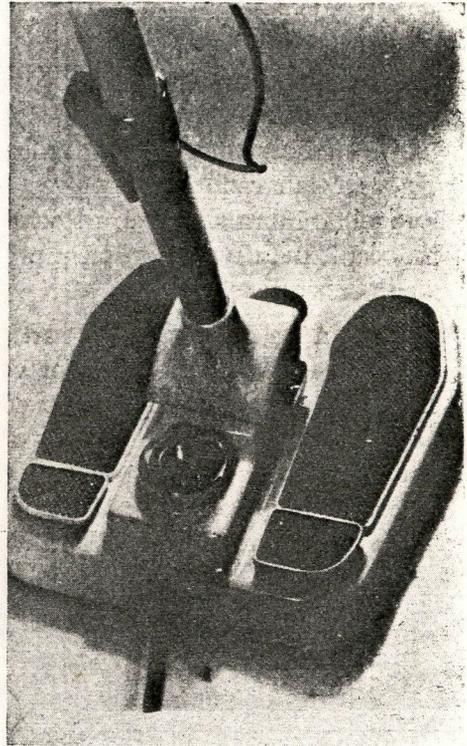
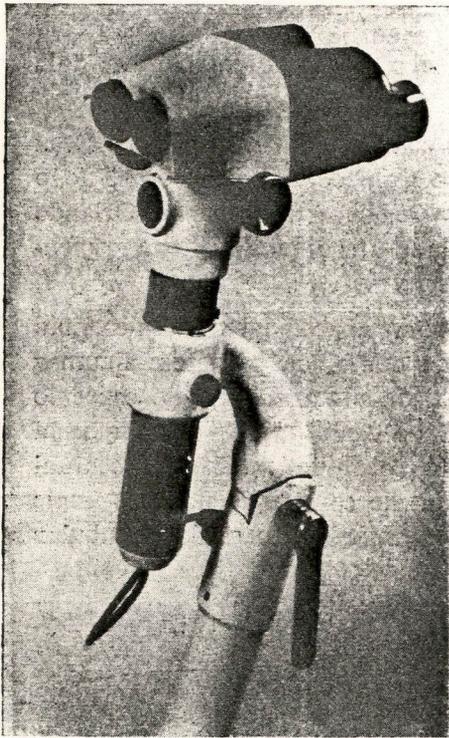
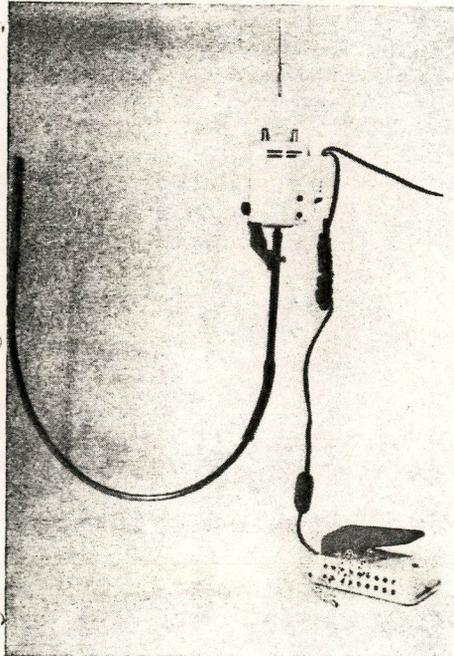


Fig. 18 — Idem à esquerda, detalhe da cabeça e, à direita, da base. Observem os pedais: o da direita, comanda os movimentos da haste e o da esquerda, os deslocamentos sôbre o solo.

REOSTATO



Motor e Chicote para a biópsia rotativa. Cêrca de 3 000 rotações (Baiocchi).

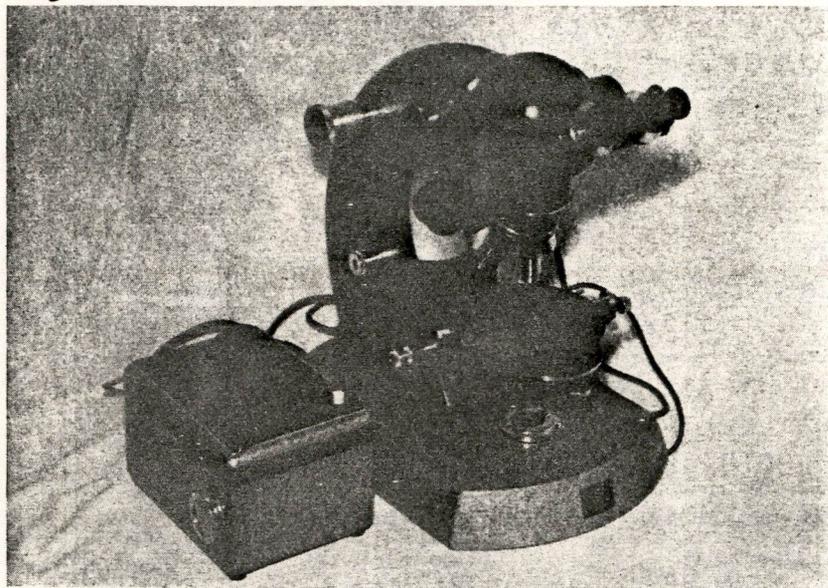


Fig. 20 — Microscópio Contrast-Phase — Magnífico auxiliar para os exames citológicos imediatos.

PIONEIRAS SOCIAIS

Presidente: Da. Sara Lemos Kubitschek

CENTRO DE PESQUISAS LUIZA GOMES DE LEMOS

Primoroso e aprazível núcleo de diagnóstico e prevenção do câncer ginecológico
Rio de Janeiro

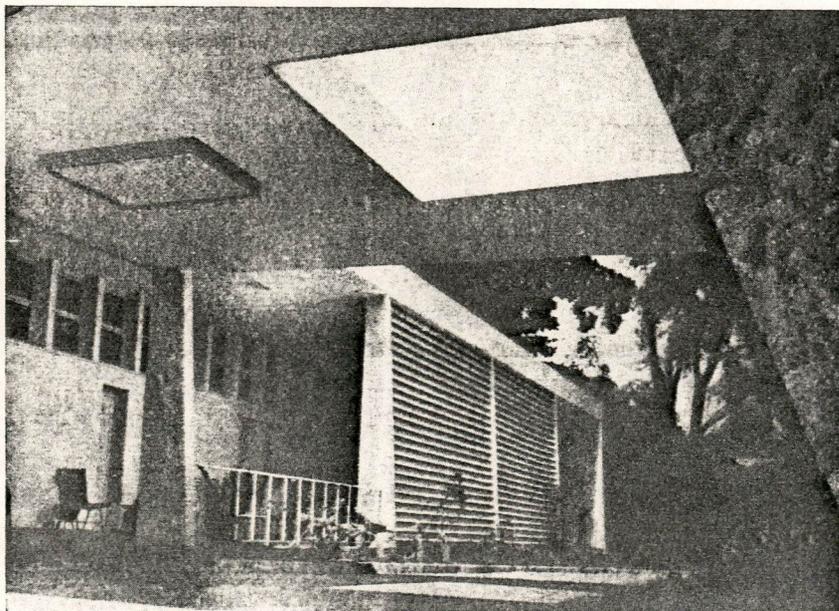


Fig. 21 — Frente

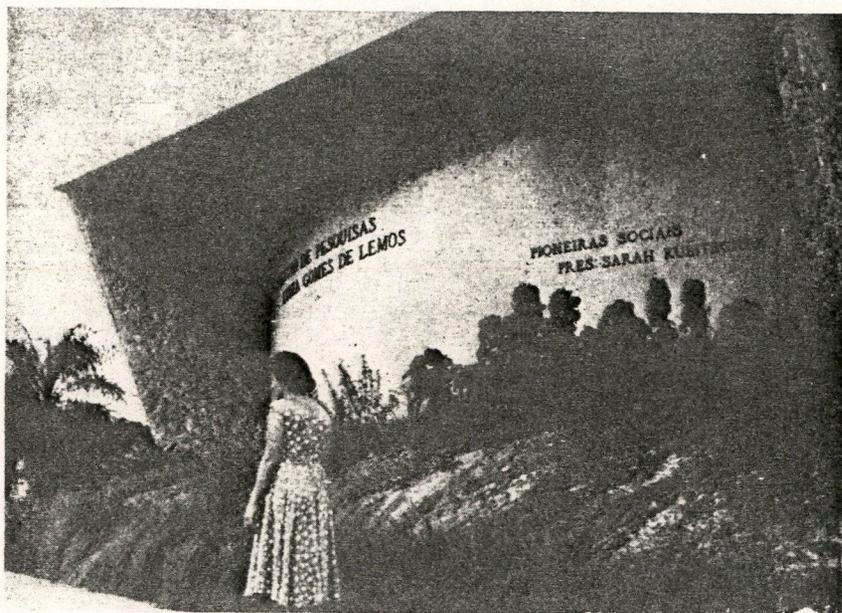


Fig. 22 — Vista Lateral

No Rio de Janeiro, além dos Ambulatórios do Serviço Nacional de Câncer e do Professor Arnaldo de Moraes existem outros que funcionam patrocinados por entidades filantrópicas, ou de assistência social.

Entre os primeiros é justo salientar o da Fundação Luiza Gomes de Lemos, idealizado e realizado pela Exma. Senhora Dona Sara Kubitschek, sua Presidente. Está construído com muito gosto, no meio de um bairro muito populoso e equipado com excelente equipamento para diagnóstico e ensino (Figs. 21 e 22). O que funciona no Hospital Mario Kroeft, para incuráveis. Por incrível que pareça é muito movimentado, apesar de sua localização. Isto evidencia que já foi superada a época que todo mundo temia o canceroso (Fig. 23).

O da Fundação Bela Lopes de Oliveira, fruto do gesto generoso de um coração feminino (Fig. 24).

Os da Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer, em número de 3, funcionando em excelentes condições e pela maneira mais econômica, pois, praticamente tudo é gratuito (Figs. 25, 26 e 27). Porém não é só no Rio de Janeiro que existem tais ambulatórios. Conforme ficou dito atrás já existe uma verdadeira rede nas capitais brasileiras e mesmo em algumas grandes cidades.

Um deles está em São Paulo, no magnífico Instituto Central Antonio Candido de Camargo, da Associação Paulista de Combate ao Câncer, onde pontifica o renomado cancerólogo Professor Antonio Prudente, tão bem auxiliado pela sua extraordinária esposa, Dona Carmen Prudente (Fig. 28).

HOSPITAL MARIO KROEFF
DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA
AOS CANCEROSOS

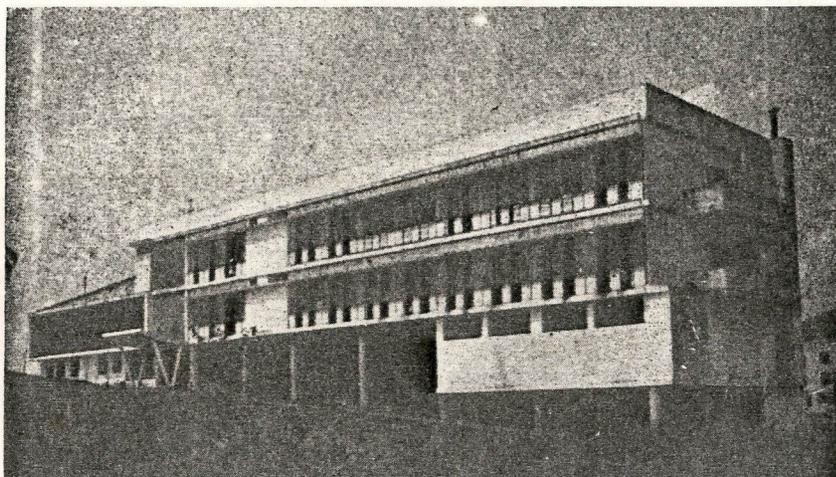


Fig. 23 — Instituição beneficente privada. Iniciativa de Mario Kroeff, que foi também o fundador do Serviço Nacional de Câncer. Embora se destine ao abrigo de cancerosos incuráveis, mantém também movimentado ambulatório de Prevenção e Diagnóstico.

É nossa esperança que a melhor divulgação e simplificação dos métodos ora empregados, torne-o acessível a todos os ambulatórios de ginecologia, coletivos ou particulares.

Quando chegar esse dia, naturalmente declinará muito o número de mulheres que viriam a tombar vitimadas pelo câncer. Não será uma solução total para todos os casos, porém, embora parcial, pesa tanto que merece e deve ser posta em prática.

Quanto à detecção nas outras localizações a situação não se apresenta tão animadora. Houve algum progresso para o do pulmão, com o chamado cadastro torácico das massas.

A notável invenção do eminente brasileiro Professor Manoel de Abreu (Fig. 29) que tomou o nome de Abreugrafia, hoje mundialmente conhecida e aplicada, foi um grande passo adiante na descoberta de tumores naquela localização, ainda assintomáticos. Talvez seja o caso de exigí-la compulsoriamente, a mais curtos intervalos.

Além da divulgação de medidas preventivas do chamado câncer profissional e da criação de leis que as façam cumprir, temos voltado também as nossas atenções para os odontólogos, convencidos que estamos de que eles poderão, desde que se achem devidamente alertados, prestar inestimável auxílio na prevenção e no diagnóstico do câncer da boca.

Na qualidade de Chefe da Secção de Cabeça e Pescoço, do Instituto Nacional de Câncer, que exerço independentemente da outra função no Serviço Nacional de Câncer, sempre participei dos cursos de câncer da

FUNDAÇÃO BELA LOPES DE OLIVEIRA

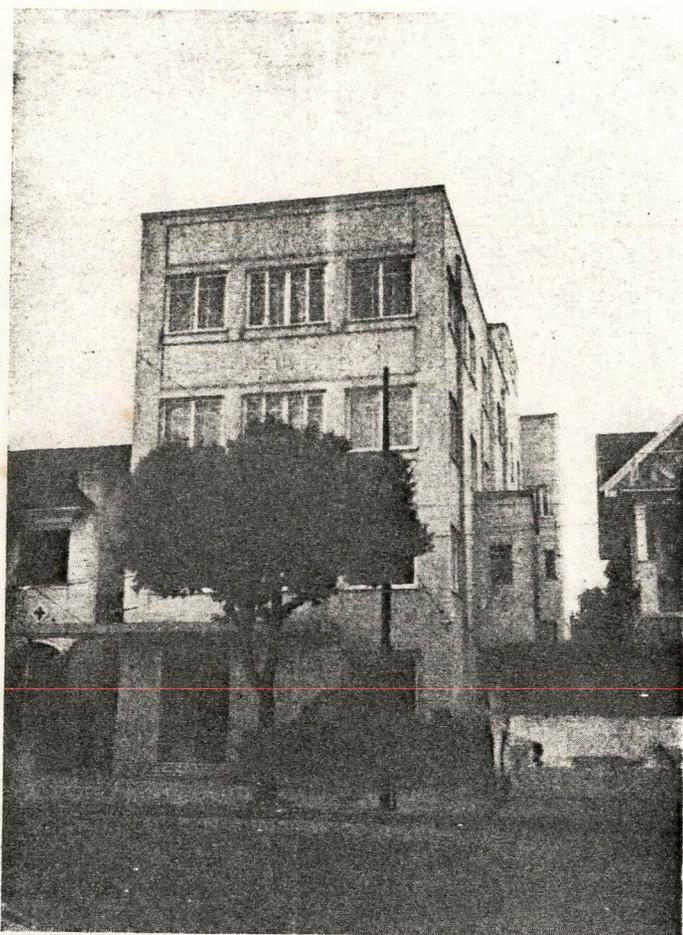


Fig. 24 — Esplêndida instituição privada, de fins filantrópicos, para diagnóstico e prevenção do câncer ginecológico.

bôca introduzidos pelo Professor Alberto Coutinho, junto às faculdades e Sociedades de Odontologia.

Estamos convencidos do seu real proveito e posso testemunhar que o maior número de casos iniciais que chegam ao Instituto são encaminhados por Dentistas.

Não se nos afigura que a vitória total contra o câncer esteja para muito breve. Os recursos para diagnóstico e tratamento nem sempre se mostram eficazes. Permanece de pé a afirmativa de que o câncer somente é curável se tratado a tempo.

Nestas condições não nos cabe outra alternativa se não lançar mão dos eficientes meios que ora já dispomos.

Forçosamente não salvaremos a todos mas certamente salvaremos a muitos.

LEGIÃO FEMININA DE EDUCAÇÃO E COMBATE AO CANCER
Rio de Janeiro
AMBULATÓRIOS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CANCER

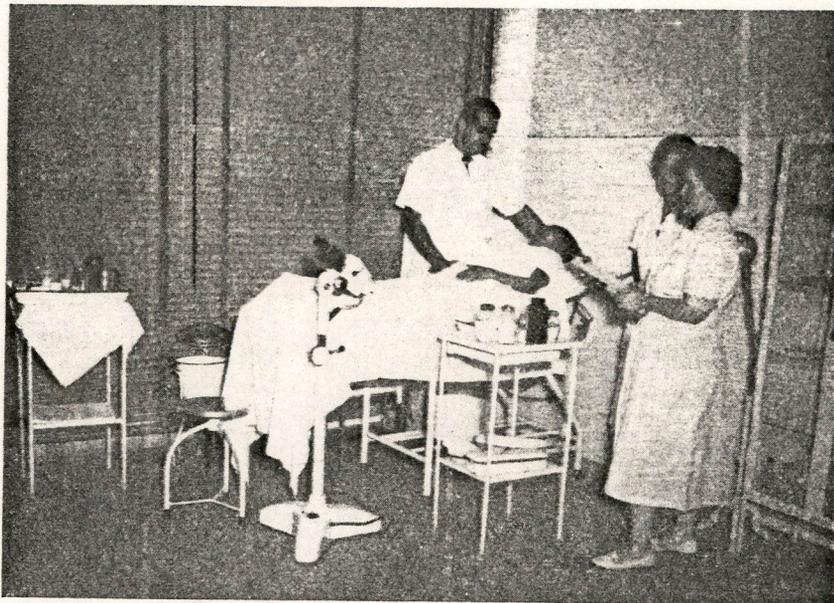


Fig. 25 — Exame de doente. Médico e Legionárias, voluntariamente, prestam seus serviços em um dos Ambulatórios da Legião.



Fig. 26 — Vista de um Ambulatório de Prevenção e Diagnóstico do câncer ginecológico. Senhoras da Sociedade, Legionárias, prestando voluntariamente seus serviços.

LEGIAO FEMININA DE EDUCACAO E COMBATE AO CANCER
Rio de Janeiro
AMBULATORIOS DE PREVENCAO E DIAGNOSTICO DO CANCER

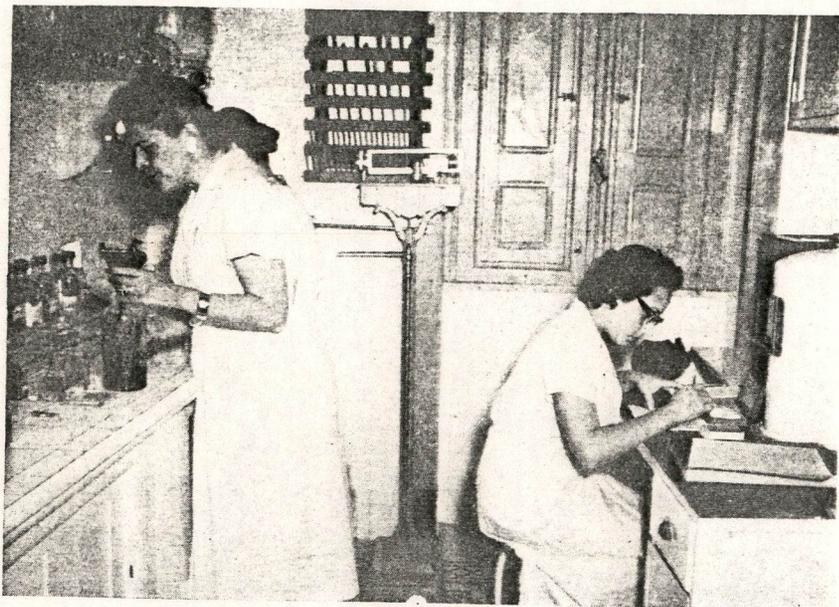


Fig. 27 — Vista parcial de um dos Laboratórios. Legionárias executando gratuitamente trabalhos técnicos, depois de bem adestradas.

INSTITUTO CENTRAL ANTONIO CÂNDIDO CAMARGO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE COMBATE AO CANCER.
São Paulo



Fig. 28 — Magnífica obra de iniciativa particular beneficente e que foi sede do VI Congresso Internacional de Câncer, realizado no Brasil, em 1954, em São Paulo. Idealizado e dirigido pelo Professor Antonio Prudente.

APARELHO PARA ABREUGRAFIA EM FUNCIONAMENTO

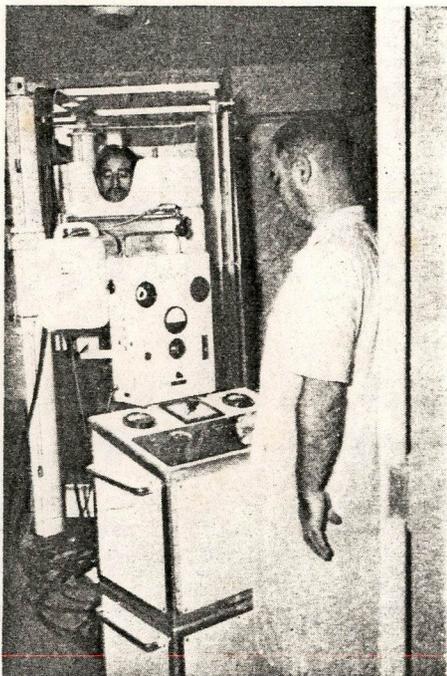


Fig. 29

Notável invenção, em 1935, do Professor brasileiro Manuel de Abreu que permite, economicamente o cadastro torácico das massas.

CONCLUSÕES

- 1º — Achamos vantajoso a instalação de uma rede de ambulatórios de Detecção.
- 2º — Cremos que a propaganda sanitária popular bem orientada atrai os casos precoces.
- 3º — Até o momento presente os ambulatórios de diagnóstico precoce do câncer genital feminino são os que se têm mostrado mais eficazes.
- 4º — Interessando o sexo feminino através de conhecimentos sobre as vantagens desses ambulatórios conseguiremos não só o comparecimento de muitas pacientes bem como a ajuda no seu funcionamento, diminuindo muito o custo de sua manutenção.
- 5º — Acreditamos que a melhor divulgação e simplificação dos atuais métodos de detecção do câncer genital feminino permitirão largamente o seu emprego.

- 6º — A detecção em outras localizações não tem se mostrado muito animadora embora possa ser tentada na pele, na mama, na boca e no pulmão e no reto.
- 7º — Para esta última localização a abreugrafia tem se mostrado útil.
- 8º — Não limitamos os exames às pacientes na idade chamada do câncer. Praticâmo-los em tôdas que nos procuram.
- 9º — O aprimoramento profissional sobretudo do médico e do dentista, torna-se indispensável.

RESUMÉ

Le présent travail est un rapport présenté à la Première Conference Latino-Américaine sur le Diagnostic Précoce du Cancer, réalisé, en 1960, à Bogotá.

L'auteur fait un petit resumé sur l'histoire de la lutte contre le cancer au Brésil, et signale les premières initiatives particulières, aussi bien que la création, en 1941, du Service National du Cancer, département du Ministère de la Santé.

Il révèle encore les résultats de guérison de cinq ans, que, comme dans les autres pays, montent graduellement par la propagande populaire intensive, par la formation des techniciens et aussi par l'instaliation d'un grand réseau de prévention et diagnostic, surtout ginecologique. Les principaux établissements et les technicités employées sont aussi décrites.

SUMMARY

Report presented to the First Latin-American Conference about Early Diagnosis in Cancer held at Bogota, in 1960.

The author resumes the history of fight against cancer in Brazil noting the first private initiatives and the creation of the National Cancer Service belonging to the Ministry of Health, in 1941.

He shows the results of 5 years cure quoting the gradually improvement due, as in others countries, to the intense popular propaganda, formation of technical personal and installation of spreading detection clinics specially in ginecological cancer.

The main hospitals and clinics are described by the author as well as the used technics.

ESTUDOS SOBRE O CÂNCER NOS INDIOS DO BRASIL*

DR. SEBASTIÃO DA SILVA CAMPOS (**)

Nunca tínhamos tido notícia da existência de neoplasias nos índios brasileiros. Procuramos verificar na literatura indígena se havia alguma referência ao tumor e nada encontramos.

Fomos obter informações no Serviço de Proteção aos Índios. Os Drs. Noel Nutels e Leão da Mota, médicos deste Serviço há muitos anos, informaram que ainda não tinham visto tumores com caracteres malignos nos indígenas, nenhum caso suspeito de neoplasia foi mencionado.

Tivemos, então, a idéia de fazer investigações nas selvas, a fim de estudar esta doença nos indígenas e nos outros habitantes daquelas longínquas e atrasadas regiões.

O Professor Ugo Pinheiro Guimarães, Diretor do Serviço Nacional de Câncer, que sob sua dinâmica direção vem tomando grande desenvolvimento, principalmente nos setores de investigação e divulgação, acolheu com grande entusiasmo a nossa iniciativa. Tomou tôdas as providências para a realização das viagens às selvas e forneceu o material necessário para exames médicos e documentação fotográfica e cinematográfica.

As investigações estão sendo efetuadas pelos médicos do Serviço Nacional de Câncer, com a valiosa cooperação de Serviço de Proteção aos Índios, Fundação Brasil Central e Força Aérea Brasileira.

Formulamos os nossos maiores agradecimentos a todos aqueles que colaboraram na realização destas investigações, cumprindo-nos destacar os seguintes:

Professor Ugo Pinheiro Guimarães, Generais Borges Fortes e José Luiz Guedes, Drs. Gama Malcher, Jorge de Marsillac, Ataliba Macieira Bellizzi, Nilo Lopes Freire, Noel Nutels, Leão da Mota, Jorge Mendes e Garcillazo Silva, Srs. Manoel Negreiros, Carlos Esteves, Esmeraldo Melo, Olmar Lopes, Cláudio Vilas Bôas, Olavo Cacalcante, Luiz Quadros, Dorival Pamplona, Fernando Vanderlei, Edmundo Chaves, José Fernandes da Cruz e Sotero Ramos.

Agradecemos, igualmente, aos oficiais da F. A. B., que nos transportaram e aos funcionários do S. N. C., que cooperaram na realização deste trabalho.

Em 1955, foi realizada a primeira viagem às selvas, tendo tomado parte da mesma o Dr. Sebastião da Silva

(*) Trabalho apresentado na 1ª Conferência Latino-Americana Sobre o Diagnóstico Precoce do Câncer (Seção de Patologia Geográfica), em Bogotá, em abril de 1960.

(**) Instituto Nacional de Câncer, Serviço Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

Campos e os funcionários do S.N.C. Esmeraldo de Melo e Olmar Lopes, que efetuaram a documentação fotográfica e cinematográfica e fichas datiloscópicas dos indígenas. Foram visitadas tribos dos Estados de Mato-Grosso e Goiás.

Em 1956, foi efetuada a segunda viagem pelos Drs. Silva Campos, Ataliba Macieira Bellizzi, Nilo Lopes e o funcionário Esmeraldo Melo, todos do S.N.C. Foram examinadas tribos do Estado do Amazonas.



Fig. 1

Em 1957, os Drs. Silva Campos e Ataliba Bellizzi estiveram em tribos dos Estados do Pará, Mato-Grosso e Goiás. Nesta viagem, estes médicos contraíram impaludismo.

Durante a estada dos referidos médicos no Pôsto Indígena Las Casas, no Estado do Pará, em dezembro de 1957, uma tribo de índios Kubenkranegn, ainda selvagem, tentou assaltar o local. Apareceram três noites, dando tiros com espingardas, armas que tiraram de

seringueiros mortos por eles a flexadas. Eram em número muito superior aos índios já catequizados e aos funcionários que se encontravam no Pôsto. Queriam alimentos, munição para suas armas e apetrechos de lavoura. Dois anos antes, estes indígenas tinham atacado o Pôsto, matando um índio civilizado.

Graças à ação dos chefes de Postos do S.P.I., José Fernandes da Cruz e Sotero Francisco Ramos e com os presentes que tínhamos levado para oferecer aos índios civilizados e que constavam de anzóis, linha para pescar e bugangas, foi possível afastar pacificamente os selvagens.

A próxima viagem de investigações dos médicos no S.N.C. deverá ser realizada às tribos do Rio Negro, no Estado do Amazonas.

Em 1958, o Serviço de Unidades Aéreas Sanitárias do Ministério da Saúde, sob a chefia do Dr. Noel Nutels, fez uma viagem às selvas, que teve a duração de três meses, examinando as populações indígenas e sertanejas, fazendo tratamento, vacinações preventivas, e pesquisas sobre a malária, filariose, doença de Chagas, etc. Cooperaram com S.U.S.A., neste trabalho, os Drs. Carlos Byngton, cardiologista, Jacob Azulay, dermatologista, José Seabra, cirurgião, Carlos Maciel e Wilton Calvet, dentistas. Foram feitas 5.056 radiografias, nas populações examinadas.

O Dr. Nutels, que vem colaborando com o S.N.C. nestas investigações sobre as neoplasias, informou-nos que a referida comissão não encontrou nenhum tumor com caracteres malignos.

Já foram vistos pelos médicos do Serviço Nacional de Câncer, cerca de 5.000 índios das 12 tribos seguintes: Mawé, Mundurucú e Mura, no Estado do Amazonas, Kayapó (sub-grupos Xikrin, Go-

rotíre e Kubénkrankegn), no Estado do Pará, Xavante, Kamayurá, Waurá, Trumái, Awetí, Yawalapiti e Mehináku, no Estado de Mato Grosso, Karajá, no Estado de Goiás.

Existe, agora, nos postos indígenas, um estado de alerta sobre o aparecimento de tumores suspeitos, a fim de ser comunicado ao Serviço Nacional de Câncer, para esclarecimento do diagnóstico.

Há 5 anos, iniciamos as investigações sobre o câncer nos índios. Até o momento esta doença não foi encontrada pelos médicos deste Serviço e por outros que fizeram estudos de várias doenças nêles.

A frequência relativa das neoplasias poderá ser feita, sistematicamente, nas tribos localizadas, há muitos anos, em determinadas áreas geográficas, sob controle do Serviço de Proteção aos Índios. Para as festas, que são realiza-

das em determinadas épocas, os indígenas de várias tribos estão reunidos, quando poderão ser examinados.

Além do tumor descrito adiante, provavelmente canceroso, que nos foi mencionado, outros poderão ter sido encaminhados para diversos serviços.

O Professor Antônio Prudente constatou, no Instituto Central Antônio Candido Camargo, em S. Paulo, dois casos de câncer em índios. Um deles apareceu sobre a cicatriz de queimadura, na parede lateral do tórax de uma menina e o outro no lábio inferior de um homem, no local de uso do botoque.

Estão sendo estudados os hábitos e costumes dos indígenas, o ambiente onde vivem, as doenças, a alimentação, os fatores irritativos, etc.

Apresentaremos, em seguida, os dados obtidos, que julgamos mais úteis para este trabalho.

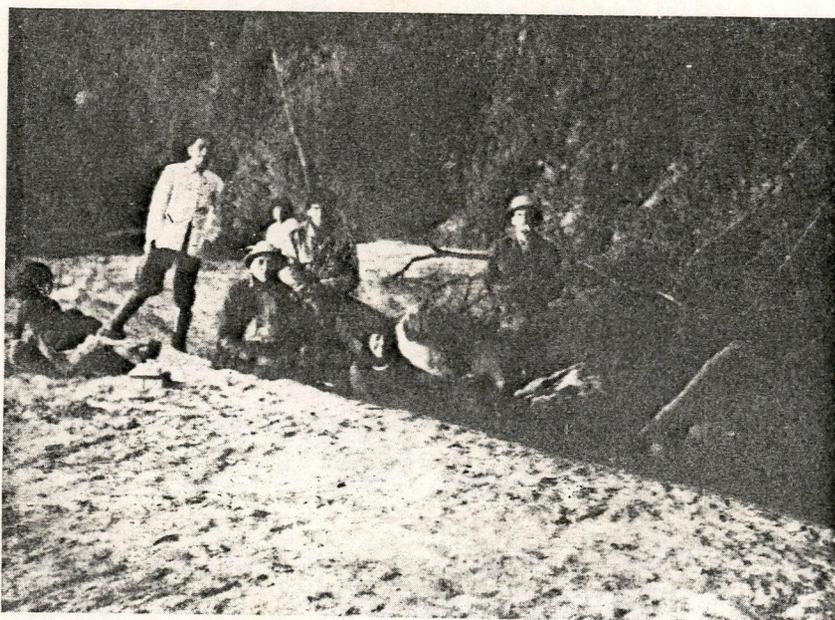


Fig. 2 — Viagem pelo rio Kuluene

POPULAÇÃO INDÍGENA

Não se conhece o número de brasilíndios. Uns calculam que existam aproximadamente 200.000 e outros, menos. Cerca de 100.000 já são assistidos pelo Serviço de Proteção aos Índios, numa centena de postos indígenas espalhados pelo país e pelas Missões Religiosas. O S.P.I., continua entrando em contato com tribos selvagens. Por determinação do General José Luiz Guedes, Diretor do S.P.I., está sendo realizado novo recenseamento da população selvícola, o que também será feito simultaneamente pelas Missões.

Um estudo do câncer nestes indivíduos de vida tão diferente daquela dos civilizados, poderá ser muito útil, no problema da etiologia da doença. Estas investigações também poderão ser extensivas aos indígenas não civilizados de outros países.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Os Drs. Noel Nutels e Leão da Mota prestaram, durante muitos anos, seus serviços, com médicos do S.P.I. O General José Luiz Guedes, quando assumiu o cargo de Diretor deste Serviço, em 1957, fez um convênio com o Ministério da Saúde, pelo qual os selvícolas passaram a ser assistidos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais. Os referidos médicos continuaram fazendo visitas médicas aos indígenas. Ainda não encontraram o câncer nestes indivíduos.

Na Ilha do Bananal, está sendo construído um hospital, para atender aos selvícolas e outros habitantes da região, que atualmente são encaminhados para Goiânia. As investigações das neoplasias pelos médicos do S.N.C. ficarão

assim facilitadas com a internação dos doentes neste hospital.

É idéia do Dr. Nutels, chefe do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (S.U.S.A.), do Ministério da Saúde, instituir também um serviço permanente de navios-ambulâncias nos rios São Francisco e Amazonas. A S.U.S.A. vem atendendo aos habitantes das regiões atrasadas, em avião provido de recursos para exames, inclusive abreugrafia e medicamentos. Há alguns anos já vem sendo realizado o levantamento torácico abreugráfico das populações indígenas e sertanejas.

CÂNCER E OUTROS TUMORES

Um único tumor que deve ter sido câncer, mas não teve a comprovação histológica, foi-nos mencionado durante as investigações.

Conseguimos apurar o seguinte sobre este caso:

Em 1953, um índio Mandurukú, já civilizado, de cerca de 55 anos de idade, foi transportado, em avião da F.A.B., para o Hospital do S.E.S.P. de Santarém, no Estado do Pará, com um tumor na região axilar. Depois de algum tempo, o paciente foi levado novamente para a sua tribo, porque os outros ficariam desconfiados se ele não voltasse mais. Este índio faleceu, algum tempo depois de regressar à tribo. Em resposta a um ofício do S.N. Câncer, o S.E.S.P., de Santarém, informou ter sido feito o diagnóstico clínico de linfoma, no tumor que o referido indígena apresentava, não tendo sido praticada a biópsia.

O Padre Kobalchine, que viveu entre os índios durante 50 anos, viu, há 30 anos, um índio Borôro, já civilizado,

com um tumor que nos descreveu do seguinte modo. "O tumor teve origem no último molar inferior; era duro, liso e parecia encruado, como o povo diz. O tumor foi aumentando muito de volume, passando a ocupar grande parte da cavidade bucal, dificultando a ingestão dos alimentos. Uma vez, incisou-o com bisturi, saindo somente sangue. O paciente, que representava 55 anos de idade, faleceu 5 anos depois do aparecimento da doença".

O Padre Bruno Mariano, em 1955 viu um Índio Borôro, de cerca de 50 anos de idade, com um tumor cutâneo na face, que depois ulcerou e foi aumentando durante alguns meses. Julgando ser câncer, mandou o doente para a Santa Casa de Cuiabá, onde ainda se encontrava. Procurando apurar este caso, soubemos pelo Dr. Ivo Ricci, anátomo-patologista de Cuiabá, e que já foi assistente do Serviço Nacional de Câncer, que se tratava de um processo inflamatório e regrediu com antibióticos.

Em 1955, quando estávamos no Brasil Central, soubemos por vários funcionários do S.P.I., que no Pôsto de Gorotire, no Estado do Pará, havia uma Índia que apresentava, há muitos anos, um grande tumor na vulva. Em 1957, o Dr. Ataliba Bellizzi do S.N.C. examinou a referida Índia e pelos sinais clínicos apresentados, julgou tratar-se de elefantíase.

Estes fatos mostram que o aparecimento de tumor maligno nos índios chama a atenção e providências dos leigos que vivem nas selvas, onde as novidades são pouco freqüentes.

Em 1957, foram examinados dois índios Karajá, na Ilha do Bananal, com tumor de partes moles nos membros, os quais foram extirpados na própria al-

deia pelo Dr. Ataliba Bellizzi, tendo o exame histológico, efetuado pelo Professor Francisco Fialho, revelado cisto epidermóide e granuloma do corpo estranho, respectivamente.

IDADE

Sobre a idade a que atingem os índios, tivemos informações que a maioria não passava dos 40 anos, devido as doenças infecciosas que dizimavam as tribos. A idade deles é avaliada somente pela aparência.

Entretanto, disse-nos Cláudio Vilas Boas, Chefe do Pôsto Indígena Capitão Vasconcelos, no Xingu: "Convivo com os índios há mais de 14 anos e muitos ficam velhos. Eles aparentam menos idade de que realmente têm, pois, depois de adultos, custam muito a mudar de aspeto. Não parecem envelhecer rapidamente, como dizem. Apontando um índio que passava, disse: "Aquêle índio, chamado Canuto, quando aqui cheguei, há 14 anos, era campeão de luta e não devia ter 20 anos e agora deve estar com 34 anos, mas somente aparer a vinte e poucos".

O Pôsto de Capitão Vasconcelos assiste as seguintes tribos: Kamayur, Waurá, Mehináku, Awetí, Trumái, Yawalapití, Kalapalo, Kuikuro, Matipuhy e Suyá.

Nas tribos visitadas pelos médicos do S.N.C. foram vistos cerca de 10% de indígenas aparentando mais de 40 anos, sendo alguns bastante velhos.

O câncer, que também existe com bastante freqüência nos civilizados com menos de 40 anos, devia também aparecer muitas vezes nos indígenas, mesmo que só atingissem esta idade.

A fim de ser avaliada a idade a que os índios atingem, em 1955 iniciamos o

levantamento do cadastro datiloscópico nas tribos do Xingu. Dêste modo, mesmo que os índios mudem de nome, o que é comum, ou saiam da tribo pelo raptó, casamento, absorção por outros grupos etc., a idade poderá ser avaliada em qualquer época. Há alguns anos, já vem sendo feito o registro de nascimento em vários postos do S.P.I. e Missões religiosas.

DOENÇAS

As doenças mais comuns nos índios são: impaludismo, gripe, sarampo, pneumonia, tuberculose, coqueluche,

variola, síndromes disenteriformes e verminose. O impaludismo e as infecções adquiridas pelo contato com os civilizados têm causado grande número de mortes, resultando grande redução das tribos.

A erradicação do impaludismo, as vacinações contra infecções contraídas dos civilizados e o tratamento com antibióticos, etc., estão sendo realizados pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento Nacional de Endemias Rurais. Com estas providências, muitas vidas serão poupadas e maior longevidade será alcançada pelos indígenas.

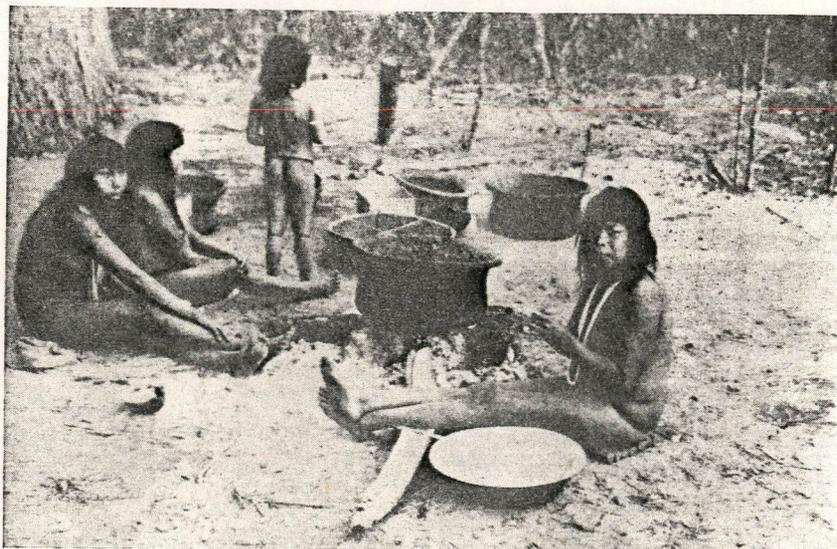


Fig. 3 — Índios Kamayurá cozinhando

Os índios bebem as águas sujas das margens dos rios e lagoas. O exame destas águas poderá ser útil, para verificar as substâncias químicas e os agentes infecciosos e parasitários ingeridos com o seu uso.

Constatamos que os médicos que estiveram estudando várias doenças dos indígenas não mencionaram nenhum caso de câncer em seus relatórios.

O Dr. Rubens de Carvalho, médico do Serviço de Câncer da Prefeitura do Distrito Federal, esteve visitando as tribos dos Karajá, Xerente, Tapirapé e Kaiapó, desde janeiro de 1941 até abril de 1942. Informou-nos que viu muitos casos de impaludismo e tuberculose, mas nenhum de câncer.

O Dr. Américo Vertes, que serviu como médico da Fundação Brasil Central,

cêrca de 2 anos, ao qual tínhamos solicitado procurar o câncer nos índios que visitava, informou-nos o seguinte:

"Ainda não vi câncer nos Índios. Estive em Xavantina, durante 2 anos, visitando os Xavantes e outras tribos. Nos meses de agosto e setembro de 1959, visitei os Borôros, Kalapalos e Botucudos, examinando, um a um, 1.200 deles e não encontrei o tumor canceroso".

O Dr. Amauri Sadock de Sá, médico-Sanitarista da Prefeitura do Distrito Federal, fez um inquérito médico-sanitário entre os Xavantes, em 1954 e os Krahô, em 1957, no Estado de Mato Grosso.

De relatório que apresentou ao S.P.I., sobre os Xavantes, assim se refere quanto às doenças: "Durante o período de tempo de nossas pesquisas, não nos foi possível observar nenhum caso de tuberculose, lepra, leishmaniose, assim como maformações congênitas. Entretanto, verificamos a presença de helmintoses

e também alguns casos de conjuntivite e cegueira unilateral (traumática?)".

Em relação às doenças da infância, não observamos nenhum caso e pelas informações colhidas no Pôsto, temos que admitir a inexistência destas doenças infecciosas na aldeia. Quando às doenças venéreas e dermatoses, constatamos um único caso de lues (lesões cutâneas)".

Na ocasião desta visita do Dr. Sadock de Freitas, existiam 618 Xavantes, na aldeia do Chefe Apoema, no Pôsto indígena Pimentel Barbosa, sendo 218 crianças, 83 mulheres e 317 homens. Vivem em contato intermitente com civilizados, mas isolados da civilização e não usam qualquer espécie de roupa.

Sobre o inquérito médico-sanitário que realizou entre os Krahô, em 1957, diz o Dr. Sadock de Freitas, em seu relatório ao S.P.I., que estes índios já pagaram pesados tributos pelo contato que tiveram com a civilização, pelo aparecimento da tuberculose, doenças vené-



Fig. 4 — Índios Kamayurá

reas, etc. Adquiriram também os vícios do fumo e da bebida. Encontrou os Xavantes com boa dentadura e os Krahô comumente com cárie dentária.

Quando estêve nas aldeias Krahô, existiam ali 471 índios. Êstes aborígenes não usam nenhuma vestimenta. Quando vão ao Pôsto do S.P.I. ou localidades próximas, onde ficam em contato freqüente com os brancos, os homens usam calças e as mulheres enrolam-se em mantas à guisa do vestido.

No livro de nascimento e óbitos dos Krahô, iniciado em 1954, consta que houve 66 nascimentos e 37 falecimentos, nos anos de 1954 até 1957. É costume dos Krahô, do casal não ter relações sexuais durante o período que a mulher amamenta, o que leva 3 a 4 anos, prejudicando, dêste modo, o aumento da natalidade.

O Dr. Edgard Tostes, médico da Aeronáutica, estêve entre os Xavantes, em 1952. Não encontrou a mínima higiene entre êles. Dormem em conjunto sôbre palha ou debaixo dela. A conjuntivite foi freqüentemente constatada.

Os índios, em geral, procuram não dar demonstração de sofrimento físico. "É o seu ponto de honra", conforme assinala Martius.

Relata o Dr. Tostes, que os Xavantes parecem completamente indiferentes à dor. Num caso de fratura, que deveria ter provocado dor aguda, quer no exame, quer no tratamento que fêz num Xavante, êste não se queixou, também sua fisionomia nada demonstrando. O cacique Apoema também não revelou nenhuma dor, tendo conversado durante todo o tempo da extração, sem anestesia, da unha do grande artelho do pé esquerdo.

O Dr. Joaquim Alves de Albuquerque, médico do Município de Bom Jardim, no Estado de Goiás, informou-nos ter estado entre os Xavantes várias vêzes, não tendo visto nenhum caso suspeito de câncer.

O Dr. Luiz Fernando Moreira, quando bolsista do Instituto Oswaldo Cruz, em 1951, visitou o Pôsto do Xingu, no Brasil Central, verificando que as doenças mais freqüentes eram impaludismo, pneumonia, gripe, furunculose e um tipo de conjuntivite. As tribos visitadas perfaziam um total de 700 índios. Visitou também o Pôsto do Médio Arinos, onde estêve com os Kayabi, em número de 300, constatando que eram freqüentemente atacados de gripe e pneumonia e duma dermatose denominada "pirai", numa percentagem grande. Não mencionou nenhum caso de câncer.

Os índios procuram os postos do S.P.I., quando estão doentes, ou mandam chamar um funcionário dêste Serviço, se não podem ir. Deixam ser examinados, retirar sangue e gostam de tomar remédios, inclusive injeções. Demos uma injeção de penicilina num Xavante com gripe e alguns que nos rodeavam apontaram para o próprio braço, pedindo-a também em sua linguagem.

Com razão querem tomar remédios, pelo resultado do tratamento que observam, principalmente com antibióticos. O Xavante que demos a penicilina, estava deitado, quase não podendo se levantar e tinha muita febre. No dia seguinte, fomos encontrá-lo bom, cortando árvores, todos ficando contentes com a nossa volta.

Diz o Dr. Sadock de Freitas, em seus relatórios das visitas que fêz aos Xavantes, em 1954 e aos Krahô, em 1957. Sôbre os primeiros: "Segundo observa-

mos, aceitam êstes indígenas, facilmente, qualquer espécie de medicamento, inclusive injeções.

Eles mesmos nos solicitaram tais serviços, principalmente quando visitamos o Pôsto Indígena Pimentel Barbosa”.

“Os índios Krahô, em sua quase totalidade, procuram freqüentemente o Pôsto Indígena, solicitando medicamentos. Conforme tivemos ocasião de constatar, já têm certa confiança nos remédios que lhes são fornecidos ou aplicados, havendo até preferência pessoais por êste ou aquele produto farmacêutico”.

Por êstes motivos, acreditamos que algum índio portador de câncer, que é uma doença de longa duração, geralmente dolorosa, que sangra, pode comprimir órgãos importantes, deformar, etc., não deixaria de procurar o Pôsto Indígena e, por certo, ou médicos dêste Serviço, ou outros que também visitas-

sem as tribos, tomariam conhecimento do caso.

PICADAS DE INSETOS

Os indivíduos que vivem nas selvas são constantemente atacados por grande número de mosquitos, cujas picadas introduzem seus venenos no organismo. A princípio, as picadas comumente produzem micropápulas hemorrágicas, mas, depois de algum tempo, devido a fenômenos imunitários que se processam, estas não são mais verificadas.

Os mosquitos mais comuns encontrados nas selvas são: o anofelino, o carapanã, o pium, que ataca em nuvens, cujo número é fantástico, acompanhando as pessoas por todos os lados, o borrachudo e o mosquito pólvora, que ataca de preferência as orelhas. Como defesa contra os mosquitos, os índios passam no corpo tinta de urucum e de genipapo e acendem fogueiras nas malocas.

O cientista bavaro Dr. P. von Martius, que estudou a vida de nossos índios, escreveu, em 1844: “Nas regiões setentrionais do país, especialmente no rio Amazonas e seus afluentes, o índio durante grande parte do ano é perseguido, de dia por pequenos mosquitos, o pium e de noite pelos pernilongos.

Devido a repetidas picadas e inevitável prurido, freqüentemente em todo o corpo, apresentam-se regiões ensanguentadas, com o aspecto de uma doença eruptiva idiopática. A essa dermatose chamam “piera”.

Observam-se lugares da pele que se acham descobertas, lesões secas, superficialmente supurantes e outras cobertas de leves crostas sanguinolentas e de fissuras. Estas lesões se manifestam por todo o corpo, a maioria das vezes nas costas, virilhas, regiões internas, coxas e panturrilhas. Dor ardente, insuportá-



Fig. 5 — Lesões produzidas em um civilizado por picadas de insetos, nas selvas.

vel prurido, fazem desta doença um tormento, que o europeu protegido pelas vestes não pode ver sem a mais viva compaixão”.

Uma abelhinha denominada “lambe ôlho”, penetra nos olhos, ouvidos e nariz e quando morre liberta uma secreção cáustica.

A formiga saúva é encontrada em grande quantidade, sendo a espécie denominada por “testa do ouro” a predominante.

O carrapato, cujas picadas a princípio dão forte prurido e feridas, às vezes produzindo febre, depois de algumas semanas curam-se rapidamente, devido a fenômenos imunitários.

Os formigões são muito temidos pelos índios. A tocandera, que dá picadas muito dolorosas, é usada pelos índios

Maué, para demonstrar virilidade ou para o matrimônio. Grande número de tocanderas são presas nas malhas de uma luva de palha, com o agulhão voltado para o seu interior. A luva é colocada numa das mãos e antebraço do índio submetido à prova, que tem de suportar as terríveis ferroadas, enquanto dança com os demais.

ALGUNS HÁBITOS E COSTUMES INDÍGENAS

Os índios vivem praticando esportes, o que os mantém em boas condições físicas para as guerras com outras tribos e competições esportivas. São ótimos nadadores e estão constantemente tomando banho nas águas dos rios e lagoas, do que muito gostam, mesmo quando estão doentes.

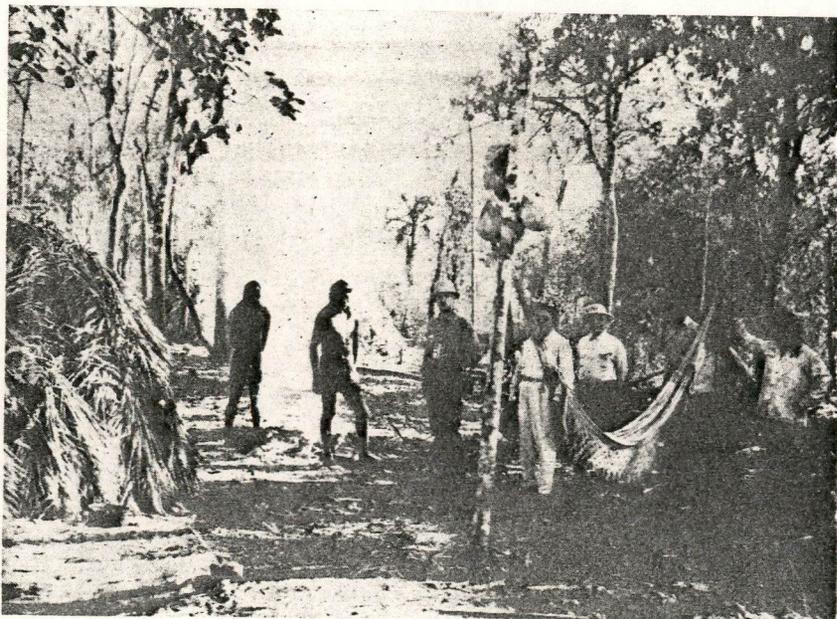


Fig. 6 — Índios Xavantes (acampamento provisório)

Durante o dia, apanham muito sol, nadam, pescam e caminham longas dis-

tâncias. Dormem em grande número em malocas mal ventiladas e onde acendem

fogueiras, que fazem para evitar os mosquitos.

Quando estão com febre, saem das malocas aquecidas pelas fogueiras e caem nas águas do rio. As complicações das doenças de aparelho respiratório causam muitas mortes, devido êste hábito.

Não têm a mínima noção de higiene. Vivem em promiscuidade com vários animais. Em uma das malocas Karajá, contamos, uma vez, 6 cachorros, 3 gatos, 6 galinhas, 1 galo, 1 arara e 1 periquito. Têm o hábito de catar os carapatos uns dos outros e matá-los com a bôca, o que também fazem com os piolhos e suas lêndias, que são comidos.

A índia grávida não deixa suas ocupações habituais e trabalha bastante. Dá a luz em qualquer sítio, em posição de cócoras e logo depois vai tomar banho no rio, levando também o seu filho para o mesmo fim.

Tanto a mãe como o pai guardam resguardo. Durante a gravidez, como depois de nascimento do filho, os pais se submetem à regimes alimentares, suprimindo o que julgam fazer-lhes mal. Abstêm-se de comer bichos de pêlo, como o veado, porco do mato e anta. Estas restrições também se estendem à criança durante um período que parece prolongar-se até a puberdade.

Sôbre alguns de seus hábitos, disseram Cláudio Vilas Boas: "Os índios ridicularizam qualquer um dêles que tenha defeito físico, chegando a matá-lo. Assim fazem porque acham que todos devem ser perfeitos e aquêle que é defeituoso, não poderá desempenhar seu papel na tribo, sendo sempre um inútil, um infeliz.

O índio levou uma flexada numa coxa, em combate com outra tribo, do

que resultou ficar coxo. Apesar de defeito ter sido em conseqüência de um combate, os outros o ridicularizavam. Matam o recém-nascido com defeito físico grande (o que raramente acontece), ou então quando são gêmeos (nesse caso, é superstição), enterrando-os logo depois do parto. Alguns índios, que apresentavam lesões supuradas crônicas e que os demais tinham intenção de matar, foram por mim curados com penicilina e curativos".

O que farão com o índio que tiver um tumor maligno ou benigno que o deforme?

ALIMENTAÇÃO

Nas tribos visitadas pelos médicos do S.N.C., os índios estavam suficientemente alimentados. Existem tribos, entretanto, onde se verifica a insuficiência alimentar, pelo menos em certas épocas do ano. Em tais ocasiões, comem de tudo que encontram, como sapos, vermes, etc.

A robustez, a força, a agilidade, o bom humor que apresentam os indígenas de muitas tribos, mostram que devem estar suficientemente alimentados. Nas tribos que visitamos, não há falta de vitaminas, pois os alimentos que consomem os indígenas, contêm bastante quantidade destas substâncias.

Sôbre o modo de alimentação, verificase que comem freqüentemente, inclusive durante a noite, mas pouco de cada vez. Os animais domésticos também tomam parte nas refeições.

O "tuxaua" Caetano, dos Mawé, no Estado do Amazonas, informou-nos que sua tribo está bem alimentada. Os Mawé já estão civilizados há muitos anos, trabalhando no cultivo do guaraná, do que fazem constante uso como bebida.



Fig. 7 — Médicos do S.N.C., examinando um índio Parintintiva civilizado, da margem direito do Rio Madeira

O Dr. Sadock de Freitas verificou, no inquérito que realizou entre os Krahô, que os primeiros têm uma alimentação bem equilibrada, o que não encontrou nos segundos.

Sobre alimentação das crianças indígenas, verificamos que elas permanecem grande parte do tempo no colo materno, até 3 a 4 anos de idade, mamando no peito a todo momento. A mãe põe migalhas, de tudo o que come, na boca do filho. Da alimentação materna passam imediatamente para a do adulto. As Índias que vimos amamentando tinham bastante leite, e as crianças eram robustas.

Diz o Dr. Walter Silva, Chefe da Seção de Nutrição da Divisão da Organização Sanitária do Ministério da Saúde: "Tudo leva a crer que os índios puros, no Brasil, estão resguardados até certo ponto contra o bócio endêmico e

que essa defesa repousa nos seus hábitos de vida, principalmente no que tange à alimentação.

Ao contrário dos Karajás, os índios do Xingu conservam mais puros os seus hábitos de vida não só por se encontrarem mais afastados, o que dificulta o contato freqüente com o branco, como também pela orientação seguida pelo dirigente do posto, no sentido de manter intatas, tanto quanto possível, as tradições das tribos que aí procuram abrigo. Assim também são mais puros os seus hábitos alimentares, que repousam nos produtos da caça, da pesca, de frutos silvestres e pequena lavoura. O amendoim silvestre (*Arachis nambiguara*), por exemplo, que é muito maior que o amendoim comum, mostrou, em análise, elevada taxa proteica, lipídica e de cálcio, fósforo, tiamina e nicotinamida; o buriti (*Mauritia venifera*), apresenta extraordinária riqueza de provitamina A e elevada cota de ácido ascórbico; os ovos de tartaruga e tracajá, valor nutritivo semelhante aos de galinha".

Os índios do Xingu trocam alimentos e diversas mercadorias com tribos da vizinhança. Os Kamayurá fornecem grandes quantidades de mangabas, no tempo da colheita. Estes índios alimentam-se bastante durante toda a noite. Quase sempre o peixe que é flexado durante o dia, é assado e servido à noite. Panelas enormes fervem constantemente a água da mandioca, para apurar o polvilho. As malocas ficam bastante quentes e enfumaçadas, pois as únicas que possuem são fechadas, logo que o sol se põe.

Os Kamayurá também plantam milho, batata doce, cará, cana de açúcar e amendoim. Os hábitos de Menaico muito se assemelham aos dos Kamayurá.

As tribos xinguanas comem, principalmente, farinha de mandioca, sob a forma de beijú, (broa feita de massa de mandioca), peixe tracajá e seus ovos, caça e frutas, sendo as principais o pequi e a mangaba. Estas tribos e outras só conhecem a mandioca brava. O ácido cianídrico, que lhe dá propriedade venenosa, é volatilizado pelo calor. Os Karajá também cultivam a mandioca comum.

As tartarugas e os tracajás são muito utilizados na alimentação das tribos indígenas, principalmente em setembro, que é a época da desova. Quando as águas baixam, são encontradas milhares de tracajás, cada uma depositando grande quantidade de ovos em buracos que fazem na areia. Os índios festejam muito este acontecimento. Estes animais são lançados ao fogo, muitas vezes ainda vivos.

Os indígenas também gostam muito de comer aves, mel, gafanhoto, cabeça de formiga saúva, larva de maribondo enxum e carne macaco.

O peixe é assado em giráus (moquém) e, nos acampamentos, é colocado sobre brasas, sendo as vísceras assadas à parte. Comem o peixe com muita pimenta, que nas tribos xinguanas e do E. de Amazonas é preparada do seguinte modo: "Grande quantidade de pimenta é fervida em sumo de mandioca, ou numa mistura de água e tapioca. No mólho obtido, geralmente adicionam porções de peixe cozido ou moqueado".

Na alimentação dos Karajá, o prato predileto é o "kalugi", que é composto de peixe, ovos de tartaruga, assim como a sua carne e a de tracajá, aipim, mólho e verduras, tudo cozido ao mesmo tempo. Comem também mandioca,

cará, côco babaçu, banana, batata doce, pequi, mangaba e mel de abelhas. Gostam muito de rapadura, que compram nas localidades próximas.

A alimentação dos Xavantes consta de milho, feijão, abóbora, inhame, batata do campo, pequi, buriti, murici, oiti, jatobá, côco babaçu, carnes de veado (freqüentemente) e de outros mamíferos (poucas vezes), peixe, tracajá e tartaruga, os seus ovos, mel de abelhas e gafanhotos. A alimentação dos Xavantes é completa. Comem a todo o momento e tudo o que encontram. "Mexeu, sem ser fôlha, êles comem". Jogam no fogo, ainda vivas, as cobras que apanham para comer.

Os Nambikuára, que habitam a serra do Norte, nos Estados do Pará e Mato Grosso, comem tudo, como lagartixas, mosquitos, piolhos, cobras, das quais só rejeitam o estômago. Carnes de veado, paca, capivara e ovos de pato de mato, também servem como alimento. Fazem pequena criação de pombos, filhotes de urubu, corujas e macacos.

O "SAL" UTILIZADO PELOS ÍNDIOS

Nas tribos indígenas que não estão em contato com os civilizados, não é utilizado o cloreto de sódio na alimentação. Este uso parece que também não era comum nos selvícolas da América do Norte, conforme testemunho de Rush (9).

Os Uaurá e outras tribos, preparam uma espécie de lixívia de certas plantas aquáticas conhecidas como Aguapés; os Gorotire usam fôlhas de palmeira Inajá; os Xavantes e outras tribos misturam os alimentos com as cinzas de fogo usado para prepará-los.

Estas cinzas contêm cloreto de potássio. A análise de amostra de cinzas de

Aguapés, feita pela técnica Emília Pech-nilk, do Instituto de Nutrição da U. do Brasil, mostrou grande riqueza de iodo, cálcio e ferro.

Nas tribos indígenas que estão em contato com os civilizados, é utilizado o cloreto de sódio, provavelmente em pequena quantidade, devido as dificuldades para a sua obtenção.



Fig. 8 — Índio velho Karajá

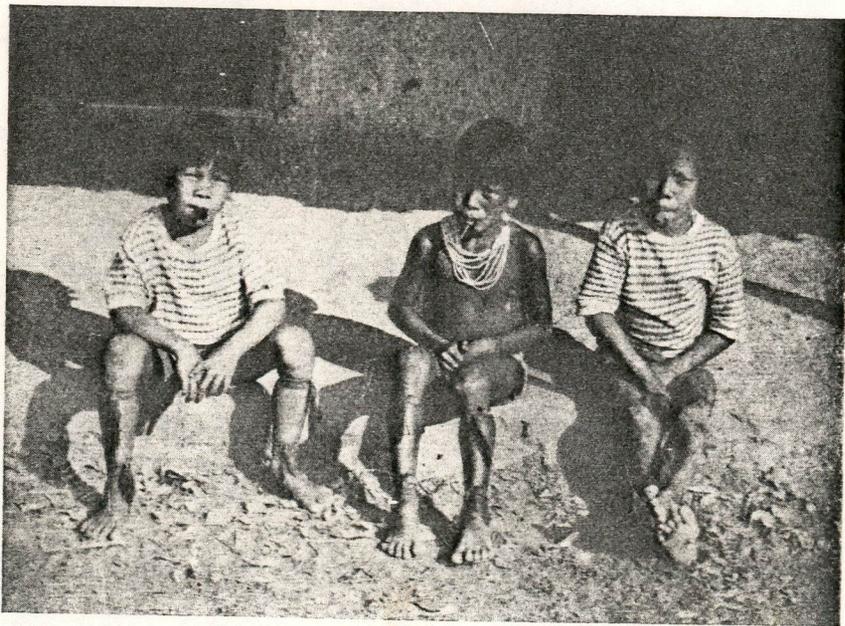


Fig. 9 — Crianças Karajá fumando

VÍCIOS DE FUMO E DO ALCOOL

Os índios em contato com os civilizados têm o vício do fumo. Os Karajá começam a fumar desde os 5 ou 6 anos de idade. As mulheres também fumam. Usam cachimbo com fumo de rôlo.

O Caxiri é a bebida alcoólica mais usada e tem vários nomes, conforme a região. "É preparado com mandioca, ou milho, ou pupunha, que são amassados com água, fornecendo uma água de amido facilmente fermentável. É ácida a princípio e alcoólica em seguida. No começo, a fermentação é refrigerante e agradável, depois torna-se embriagante, pelo aumento de teor de álcool. Fazem uso de grande quantidade desta bebida nas festas, havendo sempre um encarregado de servir os convivas, com cujas de capacidade até de um litro".

A maioria dos outros indivíduos que vivem nas selvas, geralmente caboclos,

fumam bastante, inclusive as mulheres, sendo quase sempre usado o fumo de rôlo. As bebidas alcoólicas, principalmente a aguardente, são muito consumidas.

Qual será a incidência do câncer do aparelho respiratório nestes indivíduos que habitam aquelas regiões atrasadas e que fumam e bebem muito?

O Dr. Noel Nutels, Diretor da S.U. S.A. informou-nos o seguinte:

"170.000 abreugrafias já foram realizadas, de meados de 1956 a 1957, nas mais diferentes e longínquas zonas rurais brasileiras, inclusive nas tribos indígenas, pelo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.

Nunca foi verificada a presença de imagens tumorosas nos campos pleuropulmonares.

Nessas regiões seus habitantes geralmente fumam muito e desde criança de poucos anos de idade".

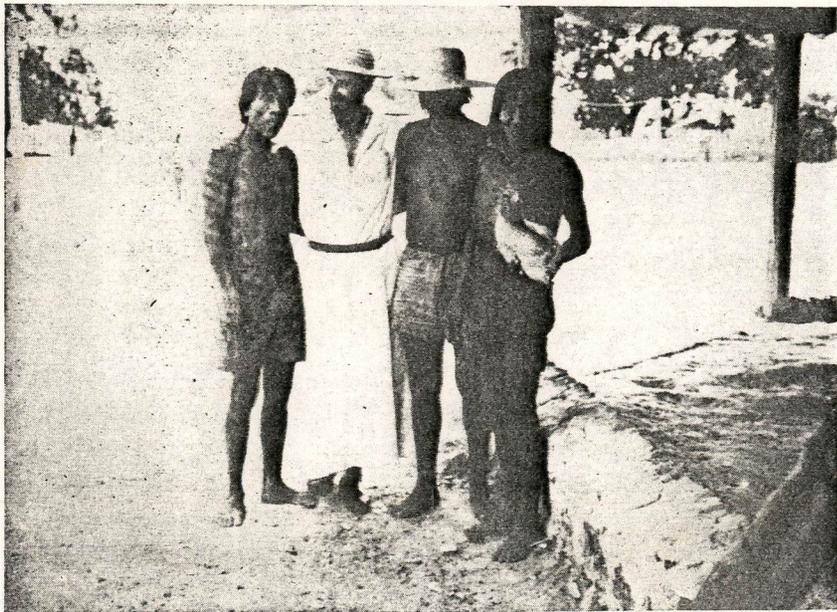


Fig. 10 — Frei Bruno Mariano, com índios velhos Karajás

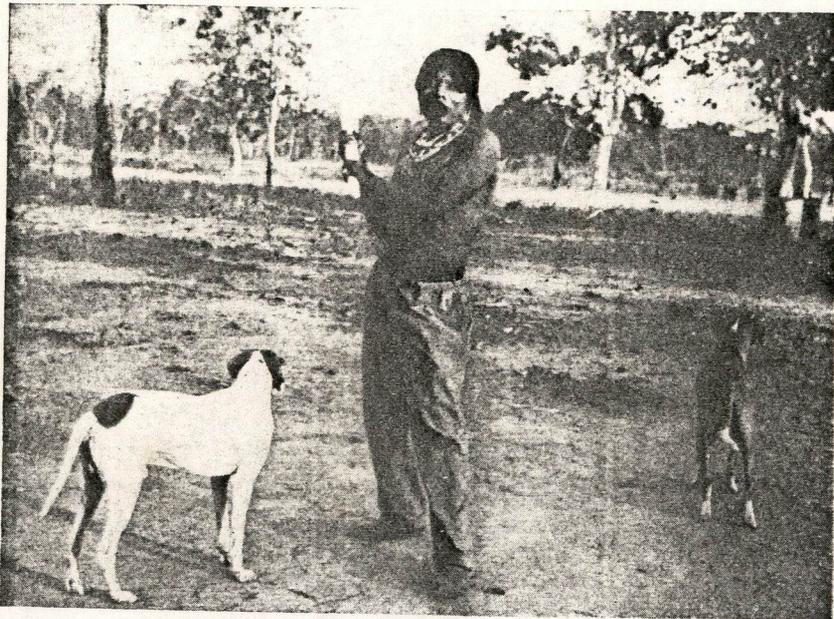


Fig. 11 — Índio Kubenkrankegn, com o botoque no lábio inferior

O CATAMÊNIO NAS ÍNDIAS

Em nossas viagens, ouvimos dizer, por funcionários do S.P.I., que as índias não tinham menstruação, ou era insignificante o fluxo sanguíneo menstrual.

Sobre este assunto, diz C. von Martius: "Um dos mais minuciosos observadores de natureza dos autóctones norte-americanos, o Dr. Rusch, notou que a menstruação das mulheres aborígenes é quase nula, em comparação com a das mulheres européias. Azara, diz outro tanto das mulheres Charrua e Guarani e, segundo informações colhidas, podemos dizer o mesmo das Índias do Brasil.

O catamênio dura nelas raramente mais do que 3 dias. Além disso, é pouco abundante e reaparece regularmente, como na Europa, vindo às vezes, acompanhado de complicações histéricas. É imperceptível a quantidade de sangue rejeitado durante o estado e o inverno.

Pode-se muito bem presumir que estes fluxos periódicos durem apenas, em poucos casos, até a idade de 50 anos e que, na maioria das vezes, cessem dos 42 aos 47".

Acreditamos que deste modo chamaria a atenção se alguma índia aparecesse com hemorragia por via vaginal, em consequência de câncer do aparelho genital, do que fatalmente morreria.

A irmã Filomena, que conviveu com os índios do Rio Uapés, no Estado do Amazonas, no serviço de enfermagem, de 1946 a 1952, informou-nos não ter visto nenhum tumor ou hemorragia nelas, exceto alguns na mama, que ficaram curados com penicilina.

Disse-nos que existem cerca de 20.000 índios sob controle da Missões, no rio Negro e seus afluentes.

FATORES IRRITATIVOS

Sobre os fatores que podem ter ação irritativa nos indígenas, observamos os

seguintes:

a) o vício de fumar nas tribos em contato com os civilizados. Este vício começa desde a idade de 5 a 6 anos nos Karajá. As mulheres também fumam. Usam cachimbo de madeira com fumo de rôlo;

b) a inalação, da fumaça dos fogos que fazem com lenha, e que usam como defesa contra os mosquitos e para cozinhar. Em uma maloca, onde é pouca a ventilação, existem comumente muitos fogos, um em cada lado da rêde. Desde que nasce até que morre, o índio vive inalando fumaça das fogueiras;

c) o uso do botoque de madeira, que vai distendendo o lábio inferior, desde criança, em muitas tribos. Às vêzes, a distensão faz o lábio partir-se em duas partes, que êles unem, amarrando-as com fibra vegetal. Frequentemente o lábio fende-se em vários pontos, devido ao sol, doendo muito. Tiram, então, o botoque para aliviá-los da dor.

SUMÁRIO

O Autor está fazendo investigações sôbre o câncer nos índios e outros habitantes das selvas. Não foi encontrada esta doença nos indígenas, nas tribos visitadas em 1955, 1956 e 1957. Nestas investigações, soube que, em 1953, um índio, já civilizado, com cêrea de 55 anos de idade, faleceu com um tumor na axila, com diagnóstico clínico de linfoma. O Professor Antônio Prudente, encontrou o câncer em dois índios, sendo um no lábio inferior, no local do uso do botoque e o outro no tórax, sôbre a cicatriz de queimadura.

Mais de 100.000 índios já são assistidos pelo Serviço de Proteção aos Índios. Suas doenças, ambiente onde vivem, seus hábitos e costumes estão sendo estudados.

O Autor também está investigando a freqüência relativa das neoplasias em po-

pulações de regiões atrasadas do País, nas quais parece-lhe que esta doença é muito menos comum do que nos centros civilizados.

SUMMARY

The author is investigating the incidence of cancer among indians and other individuals living in the jungle. He did not find cancer among the tribes visited in 1955, 1956 and 1957. He had found from his investigations that one civilized indian aged more 55 years old died with a tumor in the axila and the clinical diagnosis was linfoma, in 1953. Professor Antônio Prudente, from S. Paulo, has found two more cases among Brazilian indians.

The diseases, food, customs and surroundings in over 100.000 indians are being studied. It seems that cancer is also rare among the populations that live in less developed regions of Brasil. The author is investigating this subject.

He believes if the etiology of cancer is infectious, or at least some of its types, perhaps there exists crossing reactions between the agents of these tumors and some infectious processes. If it happens, may be the individuals will have immunity some neoplasie diseases.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CARVALHO, JOSÉ C. M., LIMA, PEDRO E. e GALVÃO, EDUARDO — Observações Zoológicas e Antropológicas na Região dos Formadores do Xingu. 1949. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro.
- 2 — GALVÃO, EDUARDO. Boletim do Museu Nacional nº 14. 1953. Rio de Janeiro.
- 3 — MACHADO, OTHON — Botânica. 1945. Imprensa Nacional — Rio de Janeiro.
- 4 — SOUZA, LINCOLN — Entre os Xavante do Roneador. 1952. Ministério da Educação.
- 5 — MARTIUS, CARLOS F. P. von — Natureza, Doenças, Medicina e Remé-

- dios dos Índios Brasileiros 1.844. Tradução do Dr. Pirajá da Silva. 1939. Rio de Janeiro.
- 6 — RONDON, CÂNDIDO M. — Índios do Brasil. Vol. II. 1953. Publicações do Serviço de Proteção aos Índios. Rio de Janeiro.
- 7 — FREITAS, SADOCK. Relatórios apresentados ao Serviço de Proteção aos Índios. 1954 e 1957. Rio de Janeiro.
- 8 — MOREIRA, LUIZ F. — Manguinhos. Boletim nº 1, do Instituto Osvaldo Cruz. 1951. Rio de Janeiro.
- 9 — SILVA, WALTER — Boletim de Comissão Nacional de Alimentação. nº 2. 1957. Rio de Janeiro.
- 10 — SILVA, WALTER. Alimentação dos Selvagens Brasileiros. Revista — Cirúrgica do Brasil. Julho — Agosto, 1945. Rio de Janeiro.

