

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Departamento de História e de Estudos Políticos e Internacionais

*“Luta contra o cancro e oncologia em Portugal.
Estruturação e normalização de uma área científica
(1839 – 1974)”*

Rui Manuel Pinto Costa

Porto, Novembro de 2010

Tese de doutoramento

Área do conhecimento – História

Orientação científica

Prof. Dr. Jorge Fernandes Alves

Siglas e abreviaturas

ANT – Assistência Nacional aos Tuberculosos
BPMP – Biblioteca Pública Municipal do Porto
CUP – Cambridge University Press
DGS – Direcção Geral de Saúde
DL – Decreto-Lei
ETE – Escola Técnica de Enfermeiras
EMCL – Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa
EMCP – Escola Médico-Cirúrgica do Porto
EUA – Estados Unidos da América
FBB/BB – Fundação Bissaya Barreto/Bissaya Barreto
FCG – Fundação Calouste Gulbenkian
FCUL – Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa
FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
IAC – Instituto de Alta Cultura
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPEC – Instituto Português para o Estudo do Cancro
IPO – Instituto Português de Oncologia
IPOFG – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
IST – Instituto Superior Técnico
JAMA – Journal of the American Medical Association
JSSML – Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa
LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro
LNCC – Ligue Nationale Contre le Cancer
LSCC – Ligue Suisse Contre le Cancer
MEN – Ministério da Educação Nacional
NCI – National Cancer Institute
OIHP – Office International D`Hygiène Publique
OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization
OUP – Oxford University Press
PON – Plano Oncológico Nacional
PUF – Publications Universitaires Françaises
PUP – Princeton University Press

SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCP – University of Chicago Press

Artº – Artigo

Cap. – capítulo

Cf. – Confira

Cfr. – Confronte

Cit. – Citado

Coord. – Coordenação

Dir. – Direcção

ed. /Eds. – Edição/editores

Lib. – Libri

Org. – Organização

p. / pp. – página/s

s.d – sem data

s.l – sem lugar

Sep. – Separata

T. – Tomo

Tip. – Tipografia

Trad. – Tradução

Vol/s. – Volume/s

“É o cancro uma enfermidade tão feroz, que à violência de sua fúria parece impossível escapar, o que por infortunio caiu em suas garras, podendo-se supor infeliz na possessão de tão desumano mal. É um ardiloso veneno, que entrando com suavidade a nascer, acaba com rigor a maltratar; e de sorte que se não contenta, sem que devore a mais preciosa prenda da saúde, e por conseguinte, sem que roube a mais estimável jóia da vida.”

Anastácio da Nóbrega, 1741

“O cancro é a mais terrível das enfermidades orgânicas. Principia pela occulta alteração das propriedades vitais, e acaba pela total destruição do tecido dos órgãos.”

F. M. V. Legouas, 1817

“O cancro é uma questão palpitante do momento actual, aquela que por toda a parte do mundo civilizado chama a atenção de todas as inteligências e se tornou em mira de todas as actividades no campo da Medicina.”

Miguel Bombarda, 1907

“O cancro é uma doença diferente das outras. Palpa-se, mede-se conhece-se o aspecto, vê-se crescer. Muitas vezes não é guerrilheiro emboscado, mas inimigo à vista, como nas cruzadas. No TAC ou na ressonância magnética ganha dimensão e fisionomia. Em pouco tempo conhece-se o seu carácter, indolente ou agressivo, susceptível a ser chamado à razão, ou irascível (...) O cancro parece vindo do exterior, instala-se estranho como um invasor. No fundo, é infecção vinda de dentro.”

Lobo Antunes, 2006

À memória da minha avó Maria Adelaide, pelo seu amor incondicional.

Aos meus pais, pelo apoio constante.

Resumo

Em Portugal, a organização da luta anti-cancerosa acompanhou de uma forma muito próxima o movimento global do primeiro quartel do século XX, ultrapassando alguns países europeus no tocante à planificação e concretização de um projecto que se revelou fundamental na vida médica e científica nacional. Nos anos 20 e 30, o risco posto pela doença acompanhou a transformação profunda do lugar ocupado pela medicina nos domínios da saúde pública, bem como do seu novo papel no seio de uma sociedade que se queria moldada sob o signo da modernidade. Emergiu então um movimento anticanceroso a partir de uma faixa de médicos ligada ao mundo académico, que gravitavam em redor das cúpulas políticas da época.

Inserida entre uma especialidade em processo de afirmação e as necessidades assistenciais dos cancerosos, a luta portuguesa contra o cancro resultou da conjugação de uma série de factores que ultrapassam a mera assimilação de novas tecnologias médicas ou até da criação de um espaço próprio para a prática da oncologia. Tornou-se sobretudo num meio para realizar um trabalho intenso de educação para a saúde das populações, num instrumento de ponta na formação médica especializada e numa referência de modernidade científica no contexto do Estado Novo.

Abstract

Following very closely the global movement of the first quarter of the 20 th century, the organization of the fight against cancer in Portugal surpassed some European countries, both on planning and edification of a project that became fundamental to medical and scientific national life. During the 20`s and 30`s, the risk triggered by the disease accompanied the deep transformation of the place occupied by medicine on public health, as well as its new role in a society that wanted itself to be molded under the sign of modernity. An anticancerous movement emerged then, mostly from a group of medical doctors connected to the academic world, in close link to the political cupolas of the time.

Inserted between a growing medical specialty and the health needs of cancer patients, the Portuguese fight against cancer was the result of an association between several factors, exceeding the mere assimilation of new medical technologies or the creation of a proper space for specialized medical practice. It became a way to perform an intense health education program on behalf of the populations, a state of the art instrument for specialized medical formation, as well as a reference of scientific modernity in the Estado Novo context.

Agradecimentos

Durante a preparação e realização desta tese, foram vários os arquivos e algumas as pessoas a quem recorri com o objectivo de concluir da melhor maneira um labor que se prolongou por três anos de dedicação académica, e que em muito perturba a vida familiar e social de quem o trilha. Daí que as minhas primeiras palavras sejam remetidas à Carla Alexandra, esteio basilar da vida familiar e apoio sereno de um projecto que consumiu longos períodos de tempo originalmente consagrados à convivência familiar.

Desde as informações bibliográficas sobre as temáticas a abordar, passando pela obtenção de fontes específicas, foram diversas as consultas realizadas nas bibliotecas e arquivos por onde passei. Da Biblioteca da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, passando pela Biblioteca Nacional de Portugal, Biblioteca Pública Municipal do Porto, Biblioteca do Hospital Geral de Santo António, Biblioteca do IPOFG e Centro de Documentação da Fundação Bissaya Barreto, em todos estes lugares fui acarinhado com desvelo e profissionalismo. A todos os funcionários, sem excepção, deixo estas breves linhas de agradecimento, reflectindo em larga medida a vontade de colaboração patente em todos eles, elemento esse que muito me apraz registar. Um agradecimento especial à Dra. Cristina Nogueira do Centro de Documentação da Fundação Bissaya Barreto, e ainda à Dra. Carina Marques da Universidade de Coimbra, esta última pelo seu auxílio na recolha da documentação mais actualizada na área da paleopatologia do cancro. Ao colega, Dr. Ismael Vieira, um agradecimento pela frutuosa troca de informação estatística. Ainda no registo documental, de referir em particular o Dr. Luís Alexandre Oliveira pela sua cordialidade e disponibilidade constantes perante as minhas muitas solicitações em matéria documental mais difícil de obter. Mais do que um consultor bibliográfico, foi acima de tudo um amigo disponível e generoso no imenso tempo que reconhecidamente lhe roubei, mas que ele muito graciosamente me soube ofertar.

Ao Prof. Dr. Jorge Fernandes Alves, cuja orientação pedagógica e científica me colocou em sendas inexploradas, mas sempre alicerçado no rigor do conhecimento científico, remeto uma palavra de gratidão confessa. Colaborando de uma maneira muito próxima, soube-me desde logo estimular, aconselhar e orientar da melhor maneira num percurso que naturalmente se alongou no decurso de três anos. Partilhando do meu entusiasmo pelos domínios da historiografia da saúde e medicina, acompanhou o desenrolar da investigação e, acima de tudo, mostrou sempre a máxima confiança no trabalho que viesse a realizar.

Há ainda a referir a ajuda silenciosa mas sempre constante dos meus pais e avó, cujo carinho, apoio e disponibilidade pessoal foram fundamentais para levar este trabalho a bom termo. É por essa razão que lhes dedico integralmente este texto, cujas eventuais falhas ou limitações são da minha inteira responsabilidade.

Nota do autor – No decurso deste trabalho houve necessidade de proceder à transcrição de textos em língua portuguesa dos séculos XVIII, XIX e XX. Conscientemente, optou-se por não harmonizar a grafia dos mesmos, pelo facto de não se predisporer a qualquer dificuldade interpretativa. Excepto indicação em contrário, todas as traduções de textos em língua não portuguesa foram realizadas pelo autor.

Sumário

0 – Introdução	18
0.1 – O cancro: um tema e uma problemática	18
<i>Uma realidade multifacetada</i>	22
<i>Historiografia do cancro</i>	26
<i>A problemática em torno de uma doença paradigmática</i>	34
0.2 – Delimitação cronológica e estrutura	37
0.3 – Fontes e metodologia	38
1 – Compreender, explicar e tratar o incurável. Um olhar sobre o cancro na história da humanidade	42
1.1 – A arqueologia de uma doença	42
1.2 – Do humorismo galénico à teoria celular	53
1.3 – Percepções e respostas médico-sociais face a uma nova/velha doença	85
1.4 – O risco oncológico: uma categoria científica e política na internacionalização da luta contra o cancro	112
2 – O desafio do medo e o tempo de despertar	137
2.1 – Higienismo e medicina em Portugal nos alvares de novecentos	137
2.2 – Prática clínica, saúde pública e estratégias políticas para “ <i>Uma questão palpitante do tempo actual</i> ”	161
2.3 – A propaganda anticancerosa e a saúde pública: despertar consciências e educar o cidadão	207
3 – A estruturação do IPO na génese da luta contra o cancro	249
3.1 – Instituto Português de Oncologia: um projecto fundador sob o signo da modernidade	249
3.2 – “ <i>O laboratório dos macacos</i> ” e a primazia da investigação	278
3.3 – Actividade assistencial, financiamento e modelo de funcionamento	301
3.3.1 – A vida diária do canceroso no circuito institucional	308
3.4 – Uma estrutura <i>de poder e do poder</i>	320
3.5 – Uma expansão atrasada: os centros regionais e a sedimentação de um projecto	337
4 – Ciência, tecnologia e investigação. A institucionalização de uma nova	

disciplina médica	358
4.1 – Da teoria parasitária à oncologia experimental: as bases científicas de uma nova disciplina médica	365
4.2 – A evolução das técnicas e tecnologias	386
4.2.1 – A cirurgia	390
4.2.2 – A radioterapia	402
4.2.2.1 – Desafios de protecção e segurança	420
4.2.3 – A quimioterapia	423
4.2.4 – Os radioisótopos	432
4.3 – Os desafios da formação científica e profissional	437
4.3.1 – Reformar a medicina através do exterior	437
4.3.2 – A refundação da enfermagem portuguesa e a Fundação Rockefeller	448
4.4 – Especialização oncológica e valorização de um saber	463
5 – Considerações finais	480
6 – Linhas interpretativas para o futuro: a imagem prospectiva de um campo a explorar	485
7 – Anexos	488
Anexo 1 – Marcos históricos na cirurgia oncológica (1809-1945)	488
Anexo 2 – Bibliografia de Marck Athias	489
Anexo 3 – Bibliografia de Francisco Gentil	502
Anexo 4 – “ <i>Normas para a protecção dos que trabalham com rádio</i> ”	519
Anexo 5 – Mapas do Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1º Fase)	520
8 – Fontes e bibliografia	521
8.1 – Fontes impressas	521
8.1.1 – Enciclopédias e dicionários	521
8.1.2 – Documentos oficiais	521
8.1.3 – Legislação	522
8.2 – Periódicos	523
8.2.1 – Periódicos de natureza médica e sanitária	523
8.2.2 – Outros periódicos	524
8.3 – Teses de licenciatura apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto	525

8.4 – Teses de licenciatura apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa	528
8.5 – Bibliografia sobre cancro	530
8.6 – Bibliografia sobre saúde e medicina	547
8.7 – Bibliografia sobre metodologia científica	568

Índice de Quadros

Quadro 1 – Proposições de John Howard para a luta contra o cancro (1792)	101
Quadro 2 – Algumas das primeiras instituições de pesquisa científica do cancro no mundo	128
Quadro 3 – Patologias prevalentes e número de óbitos no Hospital de São José (1851 e 1º trimestre de 1852)	139
Quadro 4 – Permilagem da mortalidade global hospitalar por doença em dois hospitais	151
Quadro 5 – Relação entre doentes oncológicos e não oncológicos observados no IPO (1928-1933)	155
Quadro 6 – Doentes oncológicos tratados no IPO (1930-1933)	156
Quadro 7 – Doentes sífilíticos tratados nos hospitais civis e militares (1930-1933)	156
Quadro 8 – Doentes tuberculosos internados e inscritos em sanatórios e dispensários da ANT (1930-1933)	156
Quadro 9 – Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Dissertações e temática oncológica (1827-1909)	166
Quadro 10 – Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Lisboa. Dissertações e temática oncológica (1836-1902)	167
Quadro 11 – Frequências absolutas de doentes cancerosos em Lisboa (1881-1903)	173
Quadro 12 – Frequências absolutas de doentes cancerosos no Porto (1893-1902)	173
Quadro 13 – Percentagem média de óbitos por cancro (1893/4 – 1902/3)	177
Quadro 14 – Participação de membros da comissão directora do IPO em reuniões científicas internacionais (1923-1935)	255
Quadro 15 – Doentes inscritos no IPO (1928-1939)	304
Quadro 16 – Percentagem de doentes curados (1928-1939)	312
Quadro 17 – Evolução do número de actos terapêuticos (1928-1939)	314
Quadro 18 – Evolução do número de exames diagnósticos (1928-1939)	314
Quadro 19 – Comparação da actividade do IPO (1948-1959)	315

Quadro 20 – Taxas de mortalidade comparadas, por 1000 habitantes (1948-1958)	342
Quadro 21 – Teses de Doutoramento publicadas no <i>Arquivo de Patologia</i> (1940-1972)	478

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Mortalidade por cancro e mortalidade geral por todas as causas de morte na cidade de Lisboa (1881-1892)	143
Gráfico 2 – Média da mortalidade anual por diversas afecções no continente e ilhas adjacentes (1916-1925)	152-153
Gráfico 3 – Óbitos anuais por cancro (1902-1930)	154
Gráfico 4 – Número de óbitos por cancro no Porto (1893-1903)	176
Gráfico 5 – Número de óbitos por cancro no Porto por 100.000 habitantes vivos (1893-1902)	176
Gráfico 6 – Percentagem da mortalidade pelo cancro em cada ano no Porto (1893-1902)	176
Gráfico 7 – Cirurgias a doenças oncológicas no Hospital Geral de Santo António - Porto (1904)	180
Gráfico 8 – Total de doentes assistidos no IPO (1928-1948)	245
Gráfico 9 – Artigos publicados por Francisco Gentil em periódicos científicos (1900-1958)	290
Gráfico 10 – Resumo do movimento de doentes (1928-1962)	318
Gráfico 11 – Bolsas de estudo e de investigação atribuídas em Portugal pela Fundação Rockefeller (1932-1946)	455
Gráfico 12 – Comparação entre os fundos alocados pela Fundação Rockefeller à luta anti-sezónica e à Escola Técnica de Enfermeiras (1933-1947)	458
Gráfico 13 – Fundos alocados pela Fundação Rockefeller à Direcção-Geral de Saúde (1933-1942)	458

Índice de Figuras

Figura 1 – Mastectomia. Técnica do século XVII	62
Figura 2 – Instrumentos cirúrgicos da primeira metade do século XVIII utilizados para segurar os tumores pela sua base e proceder à excisão tumoral	63

Figura 3 – Imagem de um cancro oculto da mama direita que ocupa parte da mesma e cicatriz resultante da extirpação do tumor (Século XVIII)	64
Figura 4 – Instrumentos cirúrgicos da segunda metade do século XVIII utilizados na exérese de tumores cutâneos	65
Figura 5 – “ <i>O que convém saber acêrca do cancro</i> ”	223
Figura 6 – “ <i>O perigo do cancro</i> ”	226
Figura 7 – Cartazes (1933-1936)	227
Figura 8 – “ <i>O cancro pode ser dominado</i> ”	228
Figura 9 – “ <i>O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo</i> ”	240
Figura 10 – Planta da Iª Clínica Cirúrgica em 1925	258
Figura 11 – Anúncio do 3º Curso de Roentgenterapia e Curieterapia na imprensa médica (1930)	294
Figura 12 – Publicidade ao tratamento de múltiplas afecções através do rádio em consultório médico (1918)	407

Índice de Fotos

Foto 1 – João Alberto Pereira de Azevedo Neves (1877-1955)	171
Foto 2 – Francisco Soares Branco Gentil (1870-1964)	184
Foto 3 – Aspecto da 1ª Exposição de Propaganda de luta contra o Cancro em Outubro de 1940	243
Foto 4 – O Pavilhão do Rádio (1933)	265
Foto 5 – Anfiteatro do IPO (1948)	273
Foto 6 – Edifício central do IPO – Bloco Hospitalar (1948)	273
Foto 7 – Marck Anahory Athias (1875-1946)	282

0 – Introdução

0.1 – O cancro: um tema e uma problemática

As ciências sociais e humanas encontram-se progressivamente mais despertas para os domínios do mundo da saúde e da doença, encaradas cada vez mais como uma importante faceta da dimensão humana, ultrapassando as barreiras do início e do fim da existência. Referir que “...a saúde, a medicina e a doença estão no princípio e no fim da condição humana”¹, é reflectir fielmente, nos seus fundamentos, acerca das concepções dominantes acerca do próprio Homem e também sobre o modo como este encarou a sua saúde ao longo de milénios: no início e no fim da sua vida. Mas podemos ir mais longe, se considerarmos que a saúde do Homem se tornou assunto de acrescido interesse em todas as fases do seu percurso terreno e não apenas nos momentos lapidares do nascimento e da morte. Hoje, tem uma representação significativamente diferente; com efeito, a medicina adquiriu paulatinamente os meios de dilatar e garantir uma maior qualidade de vida em todas as suas etapas, alargando o horizonte temporal do existir, bem como dos paradigmas sanitários que entretanto se construíram em torno desta mudança.

É sabido que a História da saúde, das ciências biomédicas e dos profissionais de saúde se tornaram no objecto de estudo de médicos e historiadores, sobretudo a partir do século XVIII. Também as doenças, sobretudo as epidémicas ou de grande impacto social têm sido autênticos personagens da História, dando forma e conteúdo a mudanças de paradigma sanitário, mas também social e político.

Contudo, as áreas por abordar são muito vastas, e o trabalho a realizar no campo da história do cancro permanece reconhecidamente amplo e quase intocado nas suas múltiplas potencialidades de investigação historiográfica. Por outro lado, a exequibilidade de um projecto de investigação também depende dos ganhos que dele se podem vir a colher em termos de aporte científico, não apenas como conhecimento académico mas pela compreensão mais aprofundada e esclarecedora da nossa actual realidade social.

¹António Barreto na apresentação do número especial da revista *Análise Social* dedicado ao tema “Os novos rostos da saúde”. Cf. *Análise Social*. Vol. XXXVIII. Nº 166 (2003), p. 5.

Neste desiderato, interessou-nos abordar a história do cancro em Portugal, doença que se tornou emblemática na sociedade ocidental no período dos denominados *Trinta Gloriosos*. Vista sob o prisma da análise histórica, cada época tem, de facto, a sua doença simbólica; se no fim do século XIX esse lugar cabia à tuberculose, a denominada *peste branca* acabou por dar lugar quase em simultâneo ao problema crescente do cancro, sobretudo quando a tecnologia médica foi capaz de começar a reduzir drasticamente a mortalidade por tuberculose pulmonar desde os meados do século XX.

Com o afastamento do espectro mortal da tuberculose, é no decurso do século XX que o cancro assume o seu estatuto de doença maldita, estigmatizante, discriminatória e desmoralizadora, como referiu Susan Sontag na sua influente obra *Illness as Metaphor*. Vista como patologia “incurável”, “degenerativa”, “devastadora”, “invasiva” e “corrosiva”, os tratamentos curativos que lhe estão associados também enfermam da mesma carga metafórica, sendo apodados de “mutilantes”, “venenosos” e “agressivos”.²

Genericamente, a doença oncológica tornou-se no que o historiador David Cantor acertadamente designou como “*a metáfora da doença dominante*”³ do nosso tempo, termo a que não é alheia a descrição que Sontag fez dos tabus que envolvem o cancro. Este sentido é melhor compreendido quando verificamos a existência de períodos históricos aos quais correspondem doenças dominantes, sejam elas epidémicas ou não. Pelo seu estatuto simbólico de doença moderna, é sintomática das nossas esperanças e medos face às reais possibilidades dos progressos científicos. A complexidade do cancro na integralidade das suas dimensões biológica, humana e social, reforça a necessidade de articular as ciências da vida com as ciências sociais e humanas.

Conhecida e estudada como entidade própria pelo menos desde a antiguidade, a história do cancro caminha em paralelo com a longa evolução do conhecimento humano, reflectindo fielmente os conceitos científicos que lhe estiveram desde sempre associados, os saberes médicos e as mentalidades prevalecentes sobre a saúde e a doença. Em certa medida, a história desta patologia permite-nos compreender a génese do “medo do cancro”, e ainda o significado profundo dos esforços talhados no campo científico, quando se tenta debelar.

² Cf. SONTAG, Susan – *Illness as Metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1978.

³ Cf. CANTOR, David – *Cancer*. In BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.) – *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. 2 vols. London: Routledge, 1993, pp. 537-561.

Durante milhares de anos que a medicina constatava a sua impotência perante esta doença, tão intratável e angustiante como tantas outras durante tanto tempo. Actualmente, constitui-se ainda como arquétipo da nossa impotência relativa no controle da doença e da morte, materializada em recontros belicosos que se desenrolam em campos de batalha hospitalares. Nas palavras de Lobo Antunes, “*A vida no hospital oncológico é uma vida de combate, em que saímos, todos os dias, derrotados. A mais vergonhosa e dolorosa das derrotas, que é não conseguir cumprir a promessa nunca formulada, mas sempre implícita, de transportar para margem segura, quem em nós confiou e depositou esperança.*”⁴

Pela sua frequência e sinonímia que ainda adquire com a inexorabilidade da morte, esta patologia encontra-se emocionalmente muito próxima de nós e da nossa sociedade. Mas se por um lado podemos dizer que a morte escapa ao discurso do saber, o mesmo já não se pode dizer relativamente ao cancro. Facilmente se pode verificar que o universo da oncologia, a luta contra o cancro, o financiamento dos cuidados de saúde, e as questões que envolvem os avanços técnico-científicos nesta área, situam-se entre os temas que actualmente mais interessam aos cidadãos portugueses, bem visíveis no protagonismo e projecção que encontram ao nível da própria comunicação social.⁵ Em termos puramente estatísticos, importa reconhecer que o cancro, em todas as suas formas, mata actualmente cerca de 23 000 pessoas em Portugal, 10 000 das quais com menos de 70 anos de idade.⁶ Estes números são consentâneos com a demais realidade mundial relativamente a este tipo de patologia, onde as doenças do foro oncológico mantêm um lugar de destaque nas principais causas de morte em todo o globo. Eventualmente, a doença oncológica atinge uma em cada três pessoas nas nações mais prósperas. As causas para este incremento ao longo de todo o século XX prendem-se em

⁴ Lobo Antunes no prefácio do livro do médico brasileiro VARELLA, Drauzio – *Borboletas da alma. Escritos sobre ciência e saúde*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 12.

⁵ Os meios de comunicação social constituem uma importante fonte de representações sobre a saúde. Para o caso particular do cancro, veja-se o destaque dado ao caso do cancro em PAIVA, Élia; PINTO, Fernanda – *O lugar do cancro na imprensa escrita em Portugal: Esboço de análise de recortes de imprensa entre 1984-2002*. In *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*, pp. 44-55. Para uma análise da visibilidade temática da saúde nos *media* portugueses veja-se CABRAL, Manuel Villaverde (coord.), SILVA, Pedro Alcântara da, MENDES, Hugo – *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002, pp. 67 - 91.

⁶ Cf. Os dados estatísticos sobre o cancro em Portugal e no mundo podem ser conferidos on-line em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>, e ainda no *The WHO Global InfoBase Source Metadata*.

particular com a redução da mortalidade por doenças infecciosas e o envelhecimento das populações.

Trata-se de um problema de saúde muito significativo, tanto mais que este número total de óbitos representa 24,6% dos óbitos para as principais causas de morte, sendo destacadamente a segunda causa de morte em Portugal. E as projecções da OMS para 2030 continuam a colocar o cancro no mesmo lugar da tabela, mas com uma percentagem superior, que rondará os 25,3%.⁷ Sendo uma doença que toca frequentemente o quotidiano de todos nós, é acima de tudo um problema *major* de saúde pública. É, e será cada vez mais uma doença sobretudo dos idosos, uma vez que a maioria dos casos se detectam em pessoas com mais de 60 anos. E esta realidade tem consequências significativas para o nosso sistema de cuidados de saúde, dadas as previsões sobre o envelhecimento da população.

O seu impacto real, a título nacional e internacional é absolutamente inegável, não carecendo justificar os esforços contínuos que a sociedade continuamente realiza, e por esta, os Estados, no sentido permanente de o debelar.⁸

Ao nível nacional, o Plano Oncológico Nacional de 2001,⁹ em paridade com a Rede de referenciação hospitalar de oncologia de 2002,¹⁰ constituem o exemplo acabado da consciencialização do poder político sobre o relevo desta doença, e ainda da atenção e vontade do executivo, vertido na legislação sanitária sobre o cancro. Da planificação à assistência hospitalar, passando pelo ensino, formação e investigação ao nível das instituições e técnicos de saúde, todos esses elementos são abordados no judicioso sentido de estabelecer uma estratégia de política global sobre a problemática do tratamento.

Parece, portanto, oportuno e adequado reflectir sobre um tema tão actual quanto transversal, mas mantendo sempre presente que se deve evitar o reducionismo potencial

⁷ Cf. WHO – *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO, 2008, pp. 29- 30.

⁸ Vejam-se apenas alguns títulos da imprensa nacional: “Cancro é actualmente a maior epidemia do mundo – especialistas e governantes, reunidos em Paris, promovem «movimento de cidadãos» para doença ser realmente combatida.” *Diário de Notícias* (04/02/2000); GUIMARÃES, Maria João - “Vítimas de cancro estão a aumentar no mundo inteiro – em todo o mundo, são declarados 9 milhões de casos de novos cancros por ano.” *Público* (13/02/2001), p. 29.

⁹ Veja-se o PON 2001-2005 na Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2001. DR I Série-B nº 190, de 17 de Agosto de 2001, p. 5241 e seguintes, e ainda MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Oncológico Nacional 2001-2005*. Lisboa: DGS, 2002.

¹⁰ PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. NUNES, José Mendes; et al (coord.) – *Rede de referenciação hospitalar de oncologia*. Lisboa: DGS, 2002.

em que se pode incorrer, ao concentrar cegamente o labor de análise histórica numa patologia particular. Rejeitamos à partida o comodismo do relato fácil dos grandes sucessos, optando pela análise das estruturas, condições e meios de investigação, ensino e tratamento da doença no nosso país, desde o momento em que a luta contra o cancro começa a despertar o interesse da classe médica e do demais tecido social.

Uma realidade multifacetada

Apesar de o cancro existir há milhares de anos, os progressos para o prevenir e curar foram sempre lentos, caracterizados por avanços progressivos resultantes de marcos científicos, como sejam a descoberta da anestesia, da radioterapia e dos primeiros agentes quimioterapêuticos. No decurso dos últimos dois decénios, aumentou exponencialmente a nossa compreensão dos processos biológicos e moleculares postos em causa no cancro, o que conduziu a abordagens inovadoras quer na sua prevenção, como no diagnóstico e ulterior tratamento. No entanto, no decorrer do mesmo período a investigação clínica progrediu de uma forma mais linear, resultado de um desequilíbrio existente entre a soma de conhecimentos provenientes de uma intensa pesquisa, e a sua aplicação directa aos doentes oncológicos.

Falar em cancro, equivale pois, a abordar a projecção histórica de uma patologia que assume foros intemporais de fatalidade sócio-sanitária, e que no tempo presente constitui um assunto transversal e incontornável para todos, tanto mais que toca com muita frequência a nossa vivência humana. O estudo das doenças e da saúde numa perspectiva histórica, envolve, entre outras questões, o exame do próprio conceito de doença e os seus limites.

Quando utilizamos a palavra *cancro*, referimo-nos a um conjunto relativamente alargado de patologias do foro oncológico geralmente reunidas sobre a mesma designação genérica de *cancro*. Abarca mais de 200 tipos de doenças, ou seja, de tumores malignos, também designados por neoplasias. Cada uma possui características particulares, com causas, evolução e tratamento específicos. Do ponto de vista estritamente médico, trata-se de um processo mórbido de origem genética causada por mutações no ADN que provocam o crescimento celular descontrolado. Inicia-se quando surgem células anormais a partir de outras normais, como consequência de algum mecanismo de alteração celular ainda não totalmente compreendido. À medida que evolui localmente, as células adquirem características proliferativas, ocorrendo

alterações nos tecidos circundantes. Adquirem posteriormente características invasivas, disseminando-se e dando origem a metástases noutras partes do corpo, ao que sucede a inexorável morte.

Apesar de poder ser relatado de uma maneira muito genérica nos termos acima descritos, o cancro não é uma doença única nem muito menos com uma única causa. Trata-se de um grupo de doenças distintas, com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos, mas que pelas suas características fisiopatológicas se englobam sobre uma mesma designação genérica. É nesse sentido plural que utilizaremos a palavra *cancro* no decorrer de todo o nosso trabalho.¹¹ O uso do tabaco é a principal causa conhecida de cancro do pulmão, sendo responsável por mais de 30% de todos os cancros. Outras causas conhecidas incluem os agentes infecciosos (bactérias e vírus), a radiação (incluída a solar), as influências hormonais e os carcinogénicos químicos (pesticidas, amianto, hidrocarbonetos, anilinas, etc.). Outros factores de risco encontram-se ligados ao modo de vida, tais como o consumo excessivo de álcool, a ausência de exercício físico e a má alimentação.

Pelo seu significado patológico mas também simbólico, representa muito mais do que a colocação em causa da vida de um indivíduo; transcende-a, é um elemento de desestabilização familiar e social com repercussões directas no devir histórico. Enquanto doença, podemos aproximá-la daquilo que Jacques Le Goff apelida de “*uma ideia*”, e do que Mirko Grmek apoda de “*complexa realidade empírica*”.¹² Este último, em particular, apontou abertamente que a doença, fosse ela qual fosse, era acima de tudo um conceito, uma construção teórica que reflecte as ideias mas também a realidade patológica de um determinado período histórico.

As concepções e representações sociais do patológico, dos estados mórbidos, da doença e da cura não se reduzem ao discurso dos profissionais da área da saúde, tendo-se assistido desde os anos sessenta ao surgimento de uma nova abordagem: o discurso sobre a saúde/doença do ponto de vista dos usuários, ou seja, do doente.¹³ A partir dessa

¹¹ Para uma visão exclusivamente médica sobre os diferentes tipos de cancro, sua fisiopatologia e tratamento veja-se DeVITA, V.; HELLMANN S.; ROSENBERG S. (ed.) – *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Para a classificação oncológica veja-se PERCY, Constance; Van HOLTEN, Valerie; MUIR, Calum (eds.) - *CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia/Organização Mundial da Saúde*. 2ª Edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

¹² Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985, pp. 7- 8.

¹³ Sobre as representações sociais da saúde, da doença, do normal e do patológico, vejam-se os estudos referenciais de HERZLICH, C. – *Santé et maladie. Analyse d'une Représentation Sociale*. Paris: Mouton,

perspectiva, a percepção dos processos mórbidos da doença remete-nos para o espectro das subjectividades individuais, sugerindo-se, portanto, que as doenças e suas representações sociais estejam intimamente ligadas e dependentes do tipo de sociedade em que são produzidas. Na nossa sociedade ocidental, o cancro serviu ainda como pano de fundo fundamental a obras literárias de autores proeminentes de referência internacional como sejam Simone de Beauvoir, Leo Tolstoy, Tillie Olsen, Thomas Mann, Anton Checov ou Alexander Solzhenitsyn. No cômputo das monografias que descrevem percursos pessoais e/ou experiências vivenciais da doença, o volume de produções é muitíssimo maior, e certamente de impossível contabilização.

Tal como qualquer outra doença, também faz parte do enredo de um jogo médico e social que coloca em causa a nossa capacidade de lidar com a adversidade, em cada lugar e em cada tempo histórico. Sobretudo pelo facto da trajectória do cancro ser acompanhada muito de perto por um profundo sentido de sofrimento e de drama, que sendo de natureza individual também é, e sempre será, de natureza colectiva.

Também coloca em jogo um conjunto de relações de poder, num fenómeno que perpassa todas as sociedades, inscrevendo-se psiquicamente na ordem social. Tais relações revelam-se não só na intervenção daqueles que possuem o crédito ou a capacidade de combater a doença, mas também no relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os poderes públicos. E, se historicamente este *poder* de curar levou ao nascimento de um campo médico diferenciado, também não é menos verdade que criou a necessidade de gerir colectivamente a doença, o que justifica a intervenção do poder político neste domínio, e onde a figura do Estado assume destaque.

Partilhamos o pensamento de LeGoff quando este nos refere que “*A doença pertence não só à História superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à História profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às representações, às mentalidades.*”¹⁴ Mais ainda, diríamos que também pertence ao domínio da economia, das políticas de saúde, dos poderes públicos e privados, e ainda dos complexos mecanismos psicológicos que nos mobilizam perante o risco transversal

1969, e ainda de DORVIL, H. – *Types de sociétés et de représentation du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale.* In DUFRESNE, J.; DUMOND, F.; MARTIN, Y. (orgs.) - *Traité d'Anthropologie Médicale: l' institution de la santé et de la maladie.* Canada/France: Presses de L'Université du Québec/ Presses Universitaires de Lyon, 1985, pp. 305-332.

¹⁴ Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História.* Lisboa: Terramar, 1985, pp. 7- 8.

que qualquer doença representa. Situação limite ou fronteira da finitude humana, não faltam as provas testemunhais daqueles que a enfrentaram.

Enquanto flagelo social emergente, o investimento na luta contra o cancro justificou uma mobilização pública que começou nos alvares do século XX e tornou-se mesmo num objectivo de cariz biopolítico assumido por alguns Estados. Para este combate, foi necessário recorrer a uma investigação científica intensíssima, feita com recurso a investimentos muito significativos em novas tecnologias e terapêuticas, o que levou à criação e manutenção de um complexo bio-médico-político que se desenvolveu em torno de uma doença.

No espírito da sociedade ocidental, vencer o cancro passou sempre pelo crivo fino da descoberta, da invenção e do progresso científico, elementos que marcam o carácter experimental da ciência médica desde o século XIX. Esse trabalho de pesquisa necessitou de grandes programas de acção que fossem capazes de unir instituições de saúde, universidades e indústria farmacêutica, todos sob a coordenação do Estado.¹⁵

No início dos anos 70, conhecia-se ainda bem pouco sobre uma doença que poderia tornar-se no futuro tão irrisória como o eram já a pneumonia ou a tuberculose. Apesar do gigantesco “complexo médico-industrial”¹⁶ criado e mantido em torno do universo da saúde e doença, e mesmo tendo em atenção o progresso tecnológico imparável a que a medicina se viu sujeita desde o pós-guerra aos nossos dias, verifica-se que ainda hoje se mantém sem solução uma grande parte da patologia oncológica.¹⁷ É por vezes habitual, como tem sucedido no campo da medicina molecular, os êxitos obtidos não terem correspondência directa, pelo menos no imediato, com a expectativa entretanto criada. E embora seja previsível o progresso na predição das doenças e no desenvolvimento de quimioterapias adaptadas ao perfil molecular de cada afecção, de momento as aplicações clínicas dessas novas tecnologias ainda se encontram distantes

¹⁵ Como exemplo deste tipo de políticas para o combate ao cancro, veja-se o *National Cancer Act* de 1971, aprovado durante a presidência norte-americana de Richard Nixon.

¹⁶ Termo referido por Arnold Relman para se referir a um dos mais robustos pilares do capitalismo do nosso tempo. Cf. RELMAN, Arnold – “The new medical-industrial complex.” *New England Journal of Medicine*. 303 (1980), pp. 963-970.

¹⁷ Por exemplo, num editorial de 2002, Carney refere que apesar de ser bem conhecida a ligação entre o tabaco e o cancro do pulmão, o número de novos casos continua a subir; em raparigas e mulheres entre os 15 e os 64 anos, o cancro do pulmão é agora a principal causa de morte por cancro, e esta doença continua a ser a razão mais frequente de morte oncológica no homem. Cf. CARNEY, D. N. – “Lung cancer. Time to move from chemotherapy.” *New England Journal of Medicine*. 346 (2002), pp. 126-127.

da obtenção de resultados apreciáveis.¹⁸ Para muitos tipos de cancro, os tratamentos actualmente disponíveis não são curativos, sobretudo por não serem específicos. Contudo, a actual compreensão da doença abriu caminho a tratamentos mais dirigidos e menos agressivos para os tecidos normais, o que reduz os efeitos secundários característicos dos tratamentos ditos tradicionais. Ainda assim, a cura genérica e global, na senda do imaginário associado à “droga milagrosa” como foram os antibióticos, ou à prevenção vacínica definitiva, essa ainda não existe, e é bem provável que não veja tão cedo a luz do dia. O cancro veio para ficar e para marcar esta civilização.

É, pois, um universo imenso e multifacetado que aqui emerge e nos interpela. Importa, pois, saber abordá-lo historicamente, de molde a compreender e realçar as respostas científicas, biomédicas e sociais face ao problema do cancro.

Historiografia do cancro

De um modo muito genérico, os historiadores tendem a estudar a história de uma doença, não porque essa investigação possa orientar uma política de saúde, mas porque esse estudo nos revela a sociedade. No entanto, o que se tornou claro, com o caso do cancro, é que a compreensão sofisticada sobre os significados da doença tem implicações importantes na política de saúde da própria doença.

Desde os finais dos anos 70 do século passado que a temática do cancro tem vindo a suscitar um interesse progressivamente maior, sobretudo na esfera da investigação histórica internacional. Desde então que a bibliografia sobre a história da pesquisa oncológica se tem tornado mais vasta, reflectindo tanto a prevalência da doença como as vastos recursos financeiros entretanto investidos nesse domínio. Um bom exemplo desta tendência que se começou a esboçar a partir do pós-guerra, é a multiplicidade de artigos historiográficos dedicados exclusivamente ao cancro, e que permitiram ao historiador norte-americano James Stuart Olson a reunião de uma extensa e detalhada bibliografia anotada sobre o tema. Em mais de 400 páginas, enumerou cerca de 3000 artigos escritos entre 1945 e 1988, que incluem não só os muitos trabalhos lavrados em língua inglesa,

¹⁸ Cf. as observações de Sir David Weatherall: WEATHERALL, D. J. – “Internal medicine in the 21st century.” *Journal of Internal Medicine*. 247 (2000), pp. 3-5.

mas também francesa, italiana, russa, alemã, polaca, holandesa, portuguesa e castelhana.¹⁹

Os principais investigadores que se têm vindo a dedicar com maior interesse sobre este vasto tema, provêm do mundo anglo-saxónico, mas também do francófono, versando, naturalmente, a evolução da luta contra o cancro nos respectivos países de origem. Vários deles, saídos da pena de médicos ou investigadores ligados à pesquisa oncológica, ao passo que outros se devem aos cultores das ciências sociais e humanas. Desde o último quartel do século XX, altura em que o assunto passou a dominar as preocupações sanitárias das sociedades ocidentais, têm vindo a lume alguns trabalhos historiográficos de amplo fôlego sobre a temática do cancro, não apenas na sua vertente de luta sanitária institucional e política, mas também enquanto doença promotora de alterações científicas e tecnológicas no universo médico, especificamente desenvolvidas no sentido de a debelar. Se os primeiros começaram a partir da segunda metade dos anos 70,²⁰ o principal impulso dado à historiografia do cancro fez-se sobretudo na década de 90, assistindo-se igualmente a um interesse renovado nos primeiros anos do novo século.²¹

Alguns grupos norte-americanos e britânicos dedicados à história da medicina e da saúde, como é o caso do Centre for the History of Science, Technology & Medicine da Universidade de Manchester e da Society for the Social History of Medicine,

¹⁹ Cf. OLSON, James S. – *The History of Cancer. An annotated bibliography*. New York: Greenwood Press, 1989.

²⁰ Destacamos os seguintes: BRESLOW, Lester – *A History of Cancer Control in United States, with emphasis on the Period 1946-1971*. Bethesda: NCI, 1977; EPSTEIN, Samuel S. – *The Politics of Cancer*. New York: Anchor Press, 1979; RETTIG, Richard A. – *Cancer Crusade: The Story of the National Cancer Act of 1971*. Princeton, New Jersey: PUP, 1977.

²¹ Vejam-se CANTOR, David – *Cancer*. In BYNUM, W. F. & PORTER, R. (ed.) – *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. 2 vols. London: Routledge, 1993, pp. 537-561; CANTOR, David – *The Medical Research Council's Support for Experimental Radiology During the Inter-War Years*. In AUSTOKER, J. & BRYDER, L. (Eds.) – *The Role of Medical Research Council*. Oxford: OUP, 1989; CLOW, Barbara – *Negotiating Disease: power and Cancer Care, 1900-1950*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2001; PROCTOR, Robert N. – *Cancer Wars: How Politics Shape What We Know & Don't Know about Cancer*. New York: Basic Books, 1995; WALDHOLZ, Michael – *Curing Cancer: The Story of the Men and Women Unlocking the Secrets of Our Deadliest Illness*. New York: Simon & Schuster, 1997; WEINBERG, Robert A. – *Racing to the Beginning of the Road. The Search for the Origin of Cancer*. New York: Harmony Books, 1996; GREAVES, M. F. – *Cancer: The Evolutionary Legacy*. Oxford: OUP, 2000; ECKHART, Wolfgang U. (org.) – *100 years of organized cancer research*. Stuttgart: Thieme, 2000; KREMENTSOV, Nikolai – *The Cure: A Story of Cancer and Politics from the Annals of the Cold War*. Chicago: UCP, 2002; OLSON, James S. – *Making Cancer History: Disease & Discovery at the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

começaram desde meados da primeira década do século XXI a abordar de forma mais consistente e multidisciplinar a história do cancro em workshops, encarado não só como agente central na modelação da medicina moderna ao longo de todo o século XX, mas também como patologia geradora de transformações significativas nas vivências dos doentes, na prevenção e educação para a saúde, nas mentalidades e ainda no tecido social, político, industrial e económico das sociedades ocidentais.²² A selecção de alguns dos trabalhos apresentados nestas reuniões, permitiram a publicação de um número especial exclusivamente dedicado ao cancro no século XX, (o primeiro e único até à data) do conceituado *The Bulletin of the History of Medicine*.²³

Algo surpreendentemente, a atenção dos historiadores fora do contexto norte-americano e europeu tem sido muito reduzida, e podemos apenas presumir que esta realidade se altere no futuro, quando a centralidade dos estudos históricos na área da saúde e das biotecnologias seja submetida a um redireccionamento no sentido do epifenómeno sanitário, ou seja, quando as análises de maior amplitude sobre a saúde e a doença começarem a requerer estudos de síntese sobre fenómenos patológicos particulares, com manifestações sociais e culturais igualmente diferenciadas.

No mundo da historiografia francófona destaca-se de imediato o nome referencial e incontornável de Patrice Pinell.²⁴ Fazendo uma leitura sociológica muito abrangente e historicamente detalhada sobre a luta contra o cancro em França, Pinell faz uso de uma abordagem político-institucional para um período histórico muito específico, se bem que fundamental, que vai dos finais do século XIX até aos anos 40 do século XX. Abordou sobretudo o processo de evolução no qual se inscrevem as transformações que promovem o nascimento da medicina contemporânea, colocando igualmente em destaque os anos de transição entre as duas guerras na história do campo médico. Mostrou igualmente que a dinâmica social gerada em redor das políticas anticancerosas tiveram um papel precursor na evolução do processo civilizacional, não apenas em

²² Cf. os workshops *Cancer in the Twentieth Century*. Bethesda, 15-17 November 2004; *Patients & Pathways: Cancer Therapies in Historical and Sociological Perspective*. Manchester, 6-8 October 2005; *Sites & Styles: Exploring the Comparative History of Cancer*. Manchester, 22-24 March 2007.

²³ Cf. CANTOR, David (ed.) – “Cancer in the Twentieth Century.” *The Bulletin of the History of Medicine*. Special Issue. Vol. 81. Nº 1 (Spring 2007).

²⁴ Veja-se PINELL, Patrice – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Éditions Métailié, 1992; reeditado posteriormente em língua inglesa: PINELL, Patrice – *The Fight against Cancer: France 1890-1940*. London: Routledge, 2002. Do mesmo autor, veja-se ainda PINELL, Patrice – *Cancer*. In COOTER, R ; PICKSTONE, J. (Eds.) – *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000, pp. 671-686.

França, mas a nível internacional. Por seu turno, Pierre Darmon²⁵ faz uma leitura histórica bastante alargada no tempo para mostrar o percurso histórico das doutrinas, terapêuticas e concepções sociais sobre a doença oncológica.

Ainda no campo institucional, Joan Austoker abordou a história do *Imperial Cancer Research Fund* (ICRF), ressaltando sobretudo o modo como a mais eminente instituição caritativa britânica se organizou para combater a doença. A ênfase foi colocada na mudança de objectivos da instituição, bem como no crescimento da investigação experimental sobre a oncologia. Não deixou ainda de dar atenção aos debates de princípios do século XX sobre a influência dos agentes virais no cancro e o impacto da Grande Guerra no *Imperial Cancer Research Fund*. Esta análise historiográfica parece-nos mais abrangente e apurada face à de Walter Ross, que versando uma temática semelhante para os EUA, nos dá uma versão semelhante mas algo palaciana do percurso histórico da American Cancer Society.²⁶ Sem fugir do contexto institucional, mas mais voltado para a vertente dos trabalhos científicos e dos programas governamentais, a recente abordagem de Theodore Malinin também não deixa de colocar a sua ênfase nos desenvolvimentos científicos norte-americanos em redor da doença.²⁷

Ainda no registo das instituições anticancerosas de matriz nacional, veja-se a particularidade do caso holandês, devidamente explanado por Johannes van Dongen, e ainda por Joost Lesterhuis e Eddy S. Houwaart, estes últimos com uma análise no registo da oncologia experimental holandesa.²⁸

Por seu turno, o percurso institucional dos centros anticancerosos alemães foi abordado por Gustav Wagner e Andrea Mauerberg,²⁹ ao passo que Wolfgang Hien

²⁵ Cf. DARMON, Pierre – *Les Cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Plon, 1993.

²⁶ Cf. e cfr. AUSTOKER, Joan – *A History of the Imperial Cancer research Fund, 1902-1986*. Oxford: OUP, 1988, e ROSS, Walter S. – *Crusade: The Official History of the American Cancer Society*. New York: Arbor House, 1987.

²⁷ Cf. MALININ, Theodore I. – *Cancer Merchants: History of NCI's, Viruses and Cancer Programs*. Pittsburgh: Dorrance Publishing, 2008.

²⁸ Cf. DONGEN, Johannes A. van – *Geschiedenis van het Nederlands Kanker Instituut het Antoni van Leeuwenhoekhuis*. Amsterdam: 1979, e LESTERHUIS J.; HOUWAART, E. S. – *Bringing the inbreed-mouse to Europe. The Netherlands Cancer Institute within the context of international cancer research 1913-1950*. In ECKHART, Wolfgang U. (org.) – *100 years of organized cancer research*. Stuttgart: Thieme, 2000, pp. 89-94.

²⁹ Cf. WAGNER, Gustav; MAUERBERG, Andrea – *Krebsforschung in Deutschland: Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Krebsforschungs-zentrums*. Berlin: Springer, 1989.

soube trazer a metodologia sociológica para se focar na questão dos cancros provocados pela indústria química.³⁰ Hien abordou a ideologia e a prática da medicina ocupacional na Alemanha do século XX, em especial os cancros provocados pela anilina nos operários tintureiros, e pelo arsénico nos comerciantes de vinho. Explorou ainda o modo como os empregadores usaram os conceitos de predisposição genética e susceptibilidade, para poderem rejeitar trabalhadores eventualmente mais vulneráveis a tarefas potencialmente perigosas, e ainda como as tradições de pesquisa do período nazi persistiram até aos tempos mais recentes.

Este último período em particular, foi igualmente abordado por Robert Proctor, num estudo pioneiro e algo controverso sobre o pensamento e atitudes político-sanitárias do regime nacional-socialista face à doença oncológica, mas também sobre as premissas científicas da época, muitas delas desenvolvidas e defendidas por cientistas alemães.³¹

Num estudo de Marie-José Imbault-Huart, a autora afirma mesmo não haver uma história do cancro do ponto de vista social, mas sim científica. A partir daí, e recorrendo a casos remotos como o cancro da mama da rainha Ana de Áustria, a autora propõe uma reflexão sobre o estatuto maldito que o cancro impõe não só aos afectados, mas também aos médicos, fazendo-nos ainda pensar sobre o recurso ao curandeirismo, feito por todos os estratos sociais.³²

Numa abordagem mais voltada para os caminhos da história cultural, James Patterson³³ verteu a sua atenção para as mudanças do conhecimento popular sobre o cancro, e o modo como os agentes políticos responderam aos receios da população face à doença. Analisou os conflitos que levaram ao estabelecimento da American Society for the Control of Cancer em 1913 e do National Cancer Institute em 1937, explorando

³⁰ Cf. HIEN, Wolfgang – *Chemische Industrie und Krebs*. Bremerhaven, Germany: Wirtschaftsverlag, 1994.

³¹ Cf. PROCTOR, Robert N. – *The Nazi War on Cancer*. Princeton: PUP, 1999.

³² Cf. IMBAULT-HUART, Marie-José – *História do cancro*. In Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História*. Mem Martins: Terramar, 1985, pp. 165-176. Ana de Áustria, mulher de Luís XIII, morreu de cancro da mama em 1666. A “sua doença”, como escreveu mais tarde Frances Elliot, “é um cancro da mama, escondido durante muito tempo, e agora agravado pela ignorância dos curandeiros. Ultimamente tornou-se uma chaga aberta, fonte de sofrimento intenso.” Cf. ELLIOT, Frances – *Old court life in France*. Vol. 1. New York and London: G. P. Putnam, 1873, p. 406.

³³ Cf. PATTERSON, James T. – *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1987.

ainda as razões pelas quais os médicos norte-americanos foram tão lentos a admitir o tabaco enquanto agente causal da doença, e o modo como o optimismo tecnocrático americano levou Richard Nixon a declara a “guerra ao cancro” em 1971. Note-se que este último assunto, sobretudo o *National Cancer Act* foi igualmente examinado em profundidade por Richard Rettig.³⁴

Estas abordagens históricas, têm sido complementadas por um conjunto cada vez maior de estudos altamente focalizados no combate a um ou outro tipo particular de cancro, seja o da mama, do ovário, do útero, do pulmão, a leucemia, o linfoma, ou outros, o que se compreende facilmente se reconhecermos que as causas materiais e enredos sociais que lhes estão subjacentes podem ser profundamente diferentes. Se bem que estes estudos sejam difíceis de contabilizar, muito provavelmente o cancro da mama tem sido o mais abordado de todos, tanto mais que durante milénios esta foi a manifestação mais explícita e frequente da doença, confundindo-se habitualmente com ela própria: o cancro da mama era, em si mesmo, o cancro.³⁵

E a pulverização de olhares tende a aumentar. Ainda em cruzamento com uma leitura historiográfica, têm surgido outros trabalhos, sejam eles de cariz marcadamente mais sócio-histórico,³⁶ antropológico, interdisciplinar,³⁷ ou ainda na incontornável vertente da história das ideias.³⁸ Se bem que os estudos de fundo sobre a história da

³⁴ Cf. RETTIG, Richard A. – *Cancer Crusade: The Story of the National Cancer Act of 1971*. Princeton, New Jersey: PUP, 1977.

³⁵ Veja-se a este respeito OLSEN, James S. – *Bathsheba's Breast: Women, Cancer and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002; ARONOWITZ, R.A. – “Do not delay: Breast Cancer and Time, 1900-1970.” *Millbank Quarterly*. 79 (2001), pp. 355-386; LERNER, Barron H. – *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear, and the Pursuit of a cure in Twentieth Century America*. Oxford: OUP, 2001; JASEN, Patricia – “Breast cancer and the language of risk, 1750-1950.” *Social History of Medicine*. 15 (2002), pp. 17-43, e ainda MOULIN, Daniel de – *A Short History of Breast Cancer*. Boston: Martinus Nijhoff, 1983. Outros exemplos de estudos ultra-focalizados podem ser encontrados em JASEN, Patricia – “From the “Silent Killer” to the “Whispering Disease”: Ovarian Cancer and the Uses of Metaphor.” *Medical History*. 53 (2009), pp. 489-512, e KEATING, Peter; CAMBROSIO, Alberto – “Beyond “Bad News”: The Diagnosis, Prognosis and Classification of Lymphomas and Lymphoma Patients in the Age of Biomedicine (1945-1995).” *Medical History*. 47 (2003), pp. 291-313.

³⁶ Cf. FUJIMURA, Joan H. – *Crafting Science. A Sociohistory of the Quest for the Genetics of Cancer*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1996, e MEDINA DOMÈNECH, Rosa María – “*Curar el Cancer? Los orígenes de la Radioterapia española en el primer tercio del siglo XX.*” Granada: Universidad de Granada, 1996.

³⁷ Cf. STACEY, Jackie – *Teratologies. A cultural Study of Cancer*. London: Routledge: 1997. A autora não só conta a sua própria história, como envolve na sua abordagem a história, a sociologia, a biologia, o cinema, etc.

³⁸ Cf. RATHER, L. J. – *The Genesis of Cancer. A Study in the History of Ideas*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1978.

terapêutica anticancerosa começam agora a surgir,³⁹ são ainda escassos, assim como os trabalhos histórico-estatísticos, apesar de Johannes Clemmesen⁴⁰ nos ter legado um notável trabalho de investigação nesta matéria.

Quando nos voltamos para o caso português, não é difícil verificar a existência de um vazio quase completo na produção historiográfica sobre a doença oncológica ou da luta contra o cancro em Portugal. Se bem que o estudo de algumas patologias tenha sido alvo de estudos historiográficos de grande profundidade, são sobretudo as doenças epidémicas que têm vindo a recolher o interesse e a ser alvo de análise, caso da denominada gripe espanhola ou ainda das diferentes pestes, fenómenos que desde a Idade Média e até finais do século XIX fizeram a sua aparição em intervalos irregulares.

A tradição historiográfica nacional sobre a saúde e a medicina,⁴¹ não faz senão referências meramente pontuais e pouco desenvolvidas no tocante à oncologia e à luta contra o cancro. Referimo-nos aos provectos mas preciosos trabalhos de Ferreira de Mira, Luís de Pina e Maximiano Lemos, cuja concepção encontra as suas raízes no positivismo histórico do século XIX, revelando uma abordagem nitidamente iatrocêntrica, ainda muito voltada para a figura do médico/medicina, e menos para a *saúde* enquanto área de actuação médica. Em abono da verdade, diga-se que tais obras datam na sua maior parte da primeira metade do século XX ou fins do século XIX, quando a luta contra o cancro no nosso país, tal como a conhecemos hoje, ainda não contaria senão com poucos anos de existência.

Num registo mais recente, o autor da *História da Medicina Portuguesa no Século XX*⁴² faz apenas uma breve referência linear ao Instituto Português de Oncologia (IPO) e à pessoa de Francisco Gentil, certamente condicionado pelo carácter sintético que

³⁹ Cf. o exemplo dos vários artigos que compõem o recente dossier temático: ROQUÉ, Javier; HERRAN, Néstor (ed.) – “Isotopes: Science, Technology and Medicine in the Twentieth Century.” *Dynamis*. Vol. 29 (2009), pp. 123-364.

⁴⁰ Sobre a história da estatística do cancro veja-se CLEMMSEN, Johannes – *Statistical Studies in the Aetiology of Malignant Neoplasms. Vol I, Review and Results*. Copenhagen: Munksgaard, 1965.

⁴¹ Constituída por obras consideradas clássicas na história da medicina portuguesa, elaboradas essencialmente por titulares das cadeiras de história da medicina. Cf. PINA, Luís de – *História Geral da Medicina*. Porto: Tipografia da Livraria Simões Lopes, 1954, MIRA, M. B. Ferreira de – *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947 e LEMOS, Maximiano – *História da Medicina em Portugal: instituições e doutrinas*. Vol. I e II. Lisboa: D. Quixote e Ordem dos Médicos, 1991 (1ª ed. 1899).

⁴² MACEDO, Manuel Machado – *História da Medicina Portuguesa no Século XX*. Lisboa: Clube do Coleccionador dos Correios, 2000, pp. 47- 48.

conferiu à sua obra, o que não lhe permitiu dispor de grande margem de manobra para se dedicar à oncologia em particular.

Seja por mero desinteresse, seja pela aparente escassez de historiadores portugueses dedicados à saúde enquanto espaço social que ultrapassa o campo estrito da doença e da medicina, os estudos sistemáticos de natureza historiográfica sobre o cancro são ainda muito poucos entre nós. Quanto aos que existem, tratam-se sobretudo de abordagens de cariz eminentemente institucional e biográfico, redigidos quase exclusivamente por médicos, versando a atenção da sua investigação para os traços mais salientes de um universo devedor da figura tutelar do médico Francisco Gentil⁴³ e da instituição que hoje porta o seu nome: o IPOFG. Pela sua natureza generalista, mas sobretudo factual e cronológica, destaca-se claramente a incontornável obra coordenada pelo endocrinologista Luís da Silveira Botelho⁴⁴, havendo ainda outras que se dedicaram ao caminho mais recentemente trilhado pelos centros regionais do Porto e Coimbra no tratamento da doença oncológica.⁴⁵ O resgate dos factos, personagens e instituições ligadas à luta contra o cancro, repousam geralmente numa narrativa de carácter marcadamente descritivo e esquemático, seguindo assumidamente objectivos expositivos e cronológicos.

Numa leitura diferente e assumidamente sociológica, destacamos a existência das incursões de Hélder Raposo⁴⁶ e João Arriscado Nunes,⁴⁷ o primeiro dos quais fez uma

⁴³ Cf. BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978.

⁴⁴ Cf. BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000. Trabalhou durante 43 anos no IPOFG, de 1947 a 1990, e foi até à presente data o médico que mais anos estiveram ao serviço daquela instituição, tendo percorrido praticamente todos os graus hierárquicos. Fundou a consulta de endocrinologia, foi director de enfermaria e, mais tarde, director clínico, chegando mesmo a director do Centro Regional de Lisboa do IPOFG, em 1988. Teve também funções ligadas ao ensino pré-graduado, tendo sido nomeado e incumbido de organizar a participação do Instituto no ensino do 5º ano da Faculdade de Ciências Médicas. Pediu a exoneração em Setembro de 1990, e desde então dedicou-se à redacção de biografias de médicos que foi conhecendo.

⁴⁵ Sobre o Centro Regional do Porto, veja-se PACHECO, Francisco do Carmo – *Ao serviço do doente oncológico: 25 anos da história do Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil*. Lisboa: Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2002. Sobre o Centro Regional de Coimbra, veja-se PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Um caminho com história. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional de Coimbra*. Lisboa: IPO; Coimbra: CRO, 2003.

⁴⁶ RAPOSO, Hélder – “A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia.” *Fórum Sociológico*. Nº 11/12 (2004), pp. 177-203.

⁴⁷ Cf. NUNES, João Arriscado – “Risco, incerteza e regimes de verdade. A patologia tumoral e a biologia do cancro.” *Revista de História das Ideias Vol. 23*. Coimbra: Instituto de História e Teoria das Ideias, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra (2002), pp. 285-315; Idem – “Escala, heterogeneidade e

leitura sociológica da institucionalização do IPO, assente no construtivismo fenomenológico, enformado pelos escritos de Michel Foucault e pelo exemplo francês de luta contra o cancro explanado por Patrice Pinell.

Com estas breves referências pretendemos apenas elaborar um recenseamento sintético, mas suficientemente abrangente e significativo sobre a produção historiográfica nacional e internacional relativa à oncologia e ao cancro, revelando alguma da diversidade e riqueza que podemos encontrar na abordagem desta matéria. O que de facto ressalta e importa reconhecer, é que está ainda por realizar um estudo abrangente que dirija um enfoque histórico sobre a criação de um novo domínio científico na medicina, em paridade com as políticas de saúde pública que lhe estão associadas, sem negligenciar a institucionalização da luta contra o cancro e as relações históricas existentes entre esta e a sociedade portuguesa. Falta, pois, um estudo sistemático e integrador, onde se articulem as estruturas hospitalares com o poder e a sociedade, partindo do conhecimento daqueles que as estruturaram, dos que os frequentaram, e ainda da organização e modelos que marcaram a sua existência.

Uma vez mais se depreende que a transdisciplinaridade entre os diferentes domínios do saber em ciências sociais e humanas é, e será cada vez mais, o principal caminho para a elaboração de registos historiográficos abrangentes sobre todos os domínios que perpassam o nosso mundo social, e em última análise, as nossas tribulações humanas.

A problemática em torno de uma doença paradigmática

No devir da medicina de finais de oitocentos, a investigação científica sobre o cancro despertou quando esta doença passa a assumir foros de destaque no universo das principais causas de morte no mundo ocidental. Esta tendência de natureza internacional também teve em Portugal os seus seguidores. Contudo, a investigação sobre a cancerologia no nosso país não pode ser desligada de uma outra linha de força, igualmente de carácter científico, que rapidamente tomava forma e enformava a anterior: a redefinição da medicina no campo do poder. Operou-se no país uma mudança muito significativa, para não dizer radical, na formação e consolidação de uma autêntica comunidade de investigadores e centros de investigação das ciências médicas

representação: Para uma cartografia da investigação sobre o cancro.” *Revista Crítica de Ciências Sociais* nº 46. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra (1996), pp. 9-46.

e biológicas, no decurso de uma janela temporal que se estende desde a última década do século XIX até meados do século XX.

A partir do início do século XX assiste-se ao despertar da classe médica e da sociedade para uma doença particular, que pela sua frequência crescente se começa a tornar num problema de saúde pública. A cancerologia, disciplina médica inexistente ou francamente incipiente, começa igualmente a trilhar um caminho consistente em busca de um lugar próprio no seio dos saberes médicos. Importa determinar os factores político-sanitários e as condições de natureza técnica, científica e institucional que promoveram a sedimentação desse processo no contexto português. Importa ainda compreender que os domínios científicos emergentes estão muitas vezes inextricavelmente vinculados a quadros institucionais e lógicas organizacionais que lhes conferem espaço de desenvolvimento e margem de afirmação. Daí que o IPO esteja em larga medida na base deste devir, ao congregar num só lugar o espírito de uma disciplina médica em plena fase de expansão ao longo de todo o século XX.

Sem dúvida nenhuma, o lugar de incubação do espírito científico que tinha na base a exclusividade do estudo da doença oncológica foi durante muito tempo o IPO de Lisboa, mas esta institucionalização da investigação oncológica não correspondia apenas ao desiderato exclusivo do que se estava a passar nas ciências biomédicas.

O próprio papel do Estado, enquanto responsável e promotor de políticas de saúde pública, desempenhou um papel fundamental na compreensão deste fenómeno, fosse pelas políticas de saúde especialmente dirigidas a uma patologia, fosse pelo apoio claro a modelos médicos de intervenção e de luta contra o cancro.

A escolha desta problemática tem por base uma variável empírica que a justifica: o processo histórico que colocou a sociedade face a uma velha/nova doença, que deslocou a responsabilidade pelo tratamento de uma doença da esfera privada para a esfera pública, que fez da luta contra o cancro um projecto consistente, e que fez da oncologia uma disciplina médica em progressivo desenvolvimento e sedimentação no contexto do saber médico português.

E é por essa razão que abordámos os domínios da história da ciência médica, das ideias e da saúde pública, entrosando-as no esteio da nossa história social. Com efeito, o modo como uma sociedade responde aos problemas levantados por esta doença reflecte inexoravelmente as suas concepções sobre o valor da vida, revelando ainda os mais profundos valores que a sedimentam. Mas sem querer cair na tendência de fazer uma

“história da medicina sem medicina”⁴⁸, realçou-se de sobremaneira o estudo e a explicação da génese e das transformações estruturais de um saber científico, de modo a obter uma visão mais completa da realidade histórica, e uma melhor compreensão do fluxo histórico dos conhecimentos e práticas médicas nas suas relações com os factores culturais e sociais do seu tempo. E por muito que nos sentíssemos tentados a realizar uma aproximação comparativa do processo histórico que enforma a luta contra o cancro entre Portugal e outros países, seria certamente um trabalho com um discurso devedor da mera historiografia factual, pouco capaz de colocar em evidência as singularidades do caso português.

Ao invés do eminente Mirko Grmek,⁴⁹ que opta abertamente por fazer uma história das doenças, preterindo a história dos saberes sobre as doenças e as práticas sociais que lhe estão associadas, pensamos que continua a ser igualmente importante o estabelecimento de consensos no seio da produção científica, em paridade com a geração de novas ideias e novos discursos, que podem em si gerar ruptura epistemológica. Talvez o mais importante seja proceder a uma convergência de esforços interdisciplinares, caminho apontado e defendido pelo próprio Grmek e ainda por outros autores, encarado como processo renovador da história da saúde e da medicina. Este tipo de abordagem é igualmente defendido em Portugal, sobretudo pelo Grupo de História e Sociologia da Ciência do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra/CEIS 20, coordenado por João Rui Pita e Ana Leonor Pereira.⁵⁰

Tendo em consideração estes pontos norteadores, procuramos dar a conhecer o nosso trabalho.

0.2 – Delimitação cronológica e estrutura

⁴⁸ Expressão utilizada por Wilson em 1980 para denunciar os abusos da aproximação sociológica à historiografia médica americana. In GRMEK, Mirko D. (dir.) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. T. I. Antiquité et Moyen Âge*. Paris: Seuil, 1995, p. 22.

⁴⁹ Mirko D. Grmek, médico e proeminente historiador das ciências e da medicina, francês de origem croata, falecido em 2000, é um dos mais brilhantes e influentes historiadores da medicina do final do século XX. Discutiu o modelo da ‘patocenose’ como referencial de análise da história das doenças. O conceito de patocenose é uma noção fundamental para a história das doenças e dos estados sanitários do ser humano no passado, que se pode definir como o conjunto formado por todos os estados patológicos no seio de uma população, num tempo e espaço determinados. Cf. GRMEK, Mirko D. – *Les maladies a l’aube de la civilisation occidentale: Recherches sur la Réalité Pathologique dans le Monde Grec Préhistorique, Archaique et Classique*. Paris: Payot, 1983.

⁵⁰ Cf. PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – “Histórias da medicina e da farmácia na oficina do profissional da história.” *Revista Portuguesa de Farmácia*. Vol. 51. Nº 1 (2001), pp. 17-25.

Em termos estruturais e cronológicos, a investigação foi dividida em quatro grandes capítulos que se encontram discriminados no sumário. Centrám-nos no período compreendido entre meados do século XIX e 1974, por considerarmos esta a etapa cronológica em que Portugal assiste ao despontar do interesse médico, e ainda à emergência, institucionalização e posterior sedimentação da luta contra o cancro.

Recorrendo a um encadeamento e inserção dos acontecimentos num sentido e tempo históricos, tentou-se colocar em evidência as fases mais importantes em que decorre a institucionalização da luta contra o cancro, bem como o lugar talhado pela oncologia no contexto das demais disciplinas/especialidades médicas. A opção pelo ano de 1839 como baliza inicial justifica-se pelo facto de ser nessa altura que surge a primeira tese de licenciatura em medicina dedicada à cancerologia, no que constituiu o primeiro resquício incipiente da investigação médica sobre esse tema em Portugal. Por seu turno, o ano de 1974 foi escolhido por ser nessa altura que o Centro Regional do Norte do IPO inicia sua actividade, concretizando-se plenamente um objectivo de cobertura geográfica que nascera com a criação do primeiro centro lisboeta nos anos 20.

No primeiro capítulo, a ênfase foi colocada na retrospectiva histórica da doença oncológica, inscrevendo-a na história da humanidade, realçando o modo como se encarava e tratava até finais do século XIX. Também se abordou o impacto social do cancro e os pródromos da internacionalização do combate à doença.

No capítulo seguinte abordou-se a contextualização da luta contra o cancro no seio das políticas e estruturas de saúde pública vigentes na primeira metade do século XX. Destacaram-se as reformas na política de saúde, sobretudo a de 1901, detectando e explanando as rupturas e concepções dominantes sobre o combate ao cancro, tanto no campo médico, como no campo da sociedade civil. Evocou-se o papel das campanhas sanitárias, fazendo jus a um princípio de profilaxia social, que se traduziu no empenho de algumas associações de cidadãos na luta contra várias doenças, tidas como evitáveis. O texto debruçou-se ainda sobre as concepções de combate ao cancro veiculadas pelos profissionais de saúde, pelos políticos e legisladores.

O destaque do terceiro capítulo recaiu integralmente na estruturação formal do IPO, analisado enquanto instituição formalmente criada para a compreensão de um conjunto específico de patologias, mas também como lugar de institucionalização de conhecimentos e saberes especializados numa área emergente da ciência médica. Foca ainda a expansão e sedimentação do projecto inicialmente pensado nos anos 20 para o

combate ao cancro, mostrando como se processou a planificação e expansão de uma estrutura exclusivamente criada para verter na sua prática os princípios de investigação, ensino e tratamento dos doentes portadores de doença oncológica.

Intimamente ligado com este capítulo surge o seguinte, onde a análise se fez ao nível da ciência e da técnica, colocando em evidência a institucionalização da oncologia enquanto nova disciplina. Das bases científicas à revolução das técnicas biomédicas, passando pelas necessidades e desafios da formação profissional dos técnicos de saúde, tudo se conjugou no sentido do estabelecimento de um conhecimento científico próprio, plasmado na planificação e concretização de um esforço de modernização dos profissionais de saúde. Não se negligenciou a relevância e pertinência dos apoios internos e externos à formação profissional, o que contribuiu em larga medida para detectar problemas e estruturar mudanças no tratamento do doente oncológico. Em paridade, analisou-se a valorização da oncologia enquanto área do saber médico.

É no seio desta janela temporal que se assiste ao processo de estruturação e consolidação progressiva de uma luta sanitária, de uma caminhada científica, e de um saber médico em busca de afirmação.

0.3 – Fontes e metodologia

A pesquisa histórica baseou-se principalmente na recolha e análise de textos e documentos de natureza médica, mas também de cariz legal, nomeadamente a legislação afecta à saúde e assistência promulgada entre 1901 e 1974. O uso desta última fonte serviu sobretudo o propósito de descortinar no processo legislativo as concepções do Estado sobre o seu papel na saúde pública, incluindo a luta contra o cancro. Não é de estranhar que reflecta de igual modo os momentos de ruptura ideológica, as influências dos discursos político-sanitários e os movimentos sociais face à luta anti-cancerosa.

Ainda no âmbito da visão política, fez-se uso das *Actas da Câmara Corporativa* (1935-1974), cujas virtualidades enquanto fontes históricas advêm do facto da Câmara Corporativa possuir competências consultivas alargadas, funcionando como órgão de pressão e arbitragem, sobretudo dos vários interesses económicos e sociais que constituíam a base do regime. As questões da saúde também aqui eram tratadas e apreciadas, em paridade com os discursos médico-sanitários que lhe dão forma.

Nos órgãos noticiosos oficiais, tais como o *Boletim da Assistência Social* e a revista *Hospitais Portugueses*, encontram-se plasmados todo um conjunto de opiniões, análises e notícias sobre a intervenção do poder político nas áreas da saúde e assistência, mas também se podem encontrar estudos e comentários acerca das correntes e documentos coevos sobre os mesmos temas, escritos sobretudo por médicos e outros profissionais de saúde com eventuais responsabilidades na área da cancerologia.

Mas o fulcro de toda a investigação teve por base a análise sistemática de um conjunto seleccionado de periódicos, que pela sua natureza científica nos transmitem as informações necessárias à elaboração dos traços mentais, técnicos, científicos e até mesmo políticos que caracterizaram a estruturação e sedimentação da cancerologia enquanto disciplina científica, bem como a institucionalização da luta contra o cancro. Uma das vantagens mais clara destas fontes, advém igualmente do facto de reflectirem fielmente o pensamento, as atitudes, anseios e vontades dos mais directos implicados na luta contra o cancro em Portugal, tanto mais que são deles os discursos analisados. Pela sua natureza singular, proporcionam com segurança um quadro muito abrangente da intervenção médica numa área emergente do conhecimento científico. Refiro-me às incontornáveis revistas da imprensa médica coeva, seleccionadas tendo em mente o tema do nosso trabalho, a partir de um total de 523 publicações periódicas relativas à medicina e ciências afins, entre 1749 e 1974. Dos variadíssimos títulos disponíveis, foram especialmente escolhidos e amplamente analisados aqueles que pelo seu âmbito e periodicidade dominante, constituem os meios mais ajustados ao conhecimento pretendido, sobretudo o *Arquivo de Patologia*, o *Boletim do Instituto de Oncologia*, *A Medicina Contemporânea*, *A Medicina Moderna*, o *Porto Médico*, *O Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* e o *Jornal do Médico*,⁵¹ entre outros títulos igualmente disponíveis. Foram ainda cruzadas as fontes nacionais com alguns dos principais periódicos médicos franceses da época, o que se revelou particularmente

⁵¹ Sobre os diferentes títulos da imprensa médica para a época, veja-se o extenso catálogo de PAULO, Zeferino Ferreira – *Periódicos portugueses de medicina e ciências subsidiárias. Lista alfabética dos diferentes géneros de publicações periódicas. Principais características. Genealogia. Índices de instituições, de assuntos, cronológicos e topográfico. Bibliografia*. Lisboa: Instituto para a Alta Cultura, 1944, e ainda coordenada pelo mesmo autor a útil *Bibliografia médica portuguesa (1940-1963)*. 16 vols. Lisboa: Centro de Documentação Científica. IAC, 1947-1964. Sobre a importância do periodismo médico e o seu impacto veja-se CARVALHO, Augusto da Silva – “O jornalismo médico português e 'A Medicina Contemporânea'.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano L. Nº 1 (1932), pp. 1-13 e ainda SACADURA, Sebastião Cabral da Costa – “Para a História das sociedades e revistas médicas portuguesas.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 116. Nº 1-3 (1952), pp. 17-22.

necessário e proveitoso para melhor aquilatar da reconhecida influência científica estrangeira no pensamento médico português.

Acresce, evidentemente, a informação utilizada através da recolha e pesquisa bibliográfica, em muitos casos escrita pelos próprios intervenientes durante o período cronológico abordado, em paridade com trabalhos científicos e/ou académicos ligados à oncologia experimental no nosso país.

Tendo por base as fontes supracitadas e a perspectiva histórica que se pretendeu conferir à análise, o percurso de investigação obedeceu basicamente a um método de trabalho do tipo qualitativo e heurístico. Foi necessário em certa medida envergar a roupagem do explorador, para ir à descoberta das componentes da problemática que dá forma ao objecto de estudo escolhido. E por mais exhaustiva que a pesquisa tenha sido, não descartamos a eventual existência de documentação pouco acessível, ainda inédita ou mal catalogada, que de alguma maneira poderia ter sido utilizada, mas que por razões de disponibilidade não se mostravam passíveis de uso directo.

Se é certo que cada investigador deve elaborar a sua própria metodologia, mais certo se torna que não existe apenas uma, mas sim várias metodologias. Mais do que um método, poderíamos falar de métodos,⁵² já que foram vários os caminhos e as fontes de que pudemos lançar mão para alargar o conhecimento sobre a temática proposta.

O tratamento e análise dos documentos baseou-se sobretudo num trabalho de inferência sistemática. No seu sentido mais lato, a inferência é um método de generalização que visa estabelecer um juízo, uma prova ou uma formulação geral de uma ou mais proposições. Neste sentido, os dados, os factos e os acontecimentos servem de ponto de partida tendo em vista um trabalho de organização ou de associação de ideias. Este trabalho de síntese conduz normalmente a concepções ou a conclusões a partir do material empírico ou existencial, ou seja, a partir de tudo o que pode servir para a resolução do problema.⁵³

Fizemos uma tentativa de desconstruir os documentos, procurando mostrar o componente oculto das evidências presentes nos diversos textos analisados. Esta

⁵² Os métodos não são senão formalizações particulares de procedimento, caminhos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados, sem que esta adaptação dispense a fidelidade aos princípios fundamentais do procedimento científico. Cf. QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998, p. 25.

⁵³ Cf. DESHAIES, Bruno – *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997, p. 224.

necessidade de *desconstrução* resulta da natureza do próprio texto enquanto unidade semântica dotada de intencionalidade pragmática. Ou seja, os textos contêm discursos que só podem ser entendidos num contexto próprio de produção, em atenção ao tempo histórico e ao espaço social em que são produzidos, e dos quais não nos podemos alienar.⁵⁴ Quando analisa fontes escritas, o historiador tem a obrigação de ter sempre em mente toda a problemática da enunciação do texto, desde os factores ideológicos, socioculturais e económicos que regulam a sua produção até aos efeitos sociais, psicológicos e ideológicos que o emissor procura obter.

No que se refere à inclusão de imagens, optámos por inserir ao longo do texto um conjunto de referências fotográficas e iconográficas que pudessem aproximar o texto da realidade visual de momentos significativos, ilustrando procedimentos médicos, acontecimentos, personalidades ou situações marcantes.⁵⁵

⁵⁴ A intencionalidade pragmática dos textos e a multiplicidade de conceitos que podem definir um “discurso” encontram-se explicados em SILVA, Vítor Manuel de Aguiar e – *Teoria da Literatura*. Vol.1. 8ª Edição. Coimbra: Almedina, 1999, pp. 565-574.

⁵⁵ Para o acervo fotográfico veja-se especialmente o conjunto de fotos publicado em GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia*. Lisboa: 1951.

1 – Compreender, explicar e tratar o incurável. Um olhar sobre o cancro na história da humanidade

“A doença não tem existência em si, é uma entidade abstracta à qual o homem dá um nome. A partir das indisposições sentidas por uma pessoa, os médicos criam uma noção intelectual que agrupa os sintomas de que sofre o «doente», os sinais que um observador pode constatar, as lesões anatómicas, por vezes, uma causa ou um germe causal, e a este conjunto aplicamos uma etiqueta chamada diagnóstico, do qual decorre um tratamento destinado a agir sobre os sintomas e, se possível, sobre a causa.”⁵⁶

Jean-Charles Sournia

1.1 – A arqueologia de uma doença

As palavras *karkinos* e *karkinoma* (cancro e carcinoma), enquanto termos técnicos pensados para denominar uma doença específica, foram criadas por Hipócrates, sendo esta a terminologia que começou a ser utilizada por volta do século V a.c. para denominar sobretudo os tumores malignos da pele, da face e da mama. Desde a antiguidade e durante vários séculos, o imaginário popular associava o cancro à imagem de um caranguejo. Com efeito, o termo carcinoma foi tomado por analogia directa com o caranguejo: a tenacidade e projecção do tumor faz lembrar a grande capacidade de agarre das suas pinças, a forte vascularização tumoral lembra as patas, a progressão inexorável da doença recorda a marcha retrógrada do crustáceo, e por fim, o carácter destruidor da doença reflecte a sua voracidade. Não é ainda de enjeitar o facto de alguns tumores assumirem traços de eventual parecença com a forma do caranguejo, quando se encontram em fase de invasão dos tecidos próximos, altura em que a pele que cobre o tumor adquire um aspecto enrugado e uma tonalidade rosada.

Mas da mesma maneira que o termo *lepra* servia na Bíblia para abarcar sob a mesma designação um largo número de afecções cutâneas, também o termo *carcinoma* parece estar na origem da denominação genérica de um grande número de tumefacções ou excrescências suspeitas, por parte de Hipócrates.

⁵⁶ SOURNIA, Jean-Charles – *O homem e a doença*. In Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985, p. 359.

Nos seus *Aforismos*, o pai da medicina ocidental procedeu a uma divisão sistematizada dos diferentes tipos de tumores, se bem que englobasse sob a mesma terminologia todo um conjunto de outras lesões que nada tinham de cancerosas. Segundo o médico grego, a doença compreendia três graus de gravidade: o *carcinus*, ou tumefacção benigna não ulcerada; o *squirrhos*, que designa o cancro ainda curável; e o *carcinoma*, ou tumor ulcerado, designação que melhor corresponde à ideia que actualmente se tem sobre a doença, e que, na sua propensão para a metastização, conduzia à morte. Hipócrates coloca nesta última categoria os cancros “ocultos”, assim designados por não afluírem à superfície da pele: “*Nos seios formam-se tumores duros, uns maiores, outros menores; não supuram, mas tornam-se progressivamente mais duros; depois, formam-se cancros escondidos*”⁵⁷ que levam ao emagrecimento e ao sofrimento que antecedia a morte. Nestes casos, considerava qualquer tratamento fútil, servindo apenas para encurtar a vida do doente.

O diagnóstico dos tumores ulcerados passava pela observação directa das ulcerações, geralmente com fundo coberto por uma camada de muco e pus, exsudado esse acompanhado pela presença de pequenas hemorragias, conformando corrimentos espessos e nauseabundos, de odor *sui generis*. Desta forma, descreveu várias formas de cancro, incluindo o do útero, da face e do estômago.

O rápido emagrecimento, a cor amarelecida, a prostração, a dor irradiante e a morte que sobrevinha aos afectados, levaram Hipócrates a supor que a *melancolia* provocada pelos grandes desgostos se depositava em algum lugar do organismo sob a forma de tumor, alargando-se em seguida ao resto do corpo e determinando a morte. As incontáveis variedades desta produção acidental de *atrabilis* ou *melancolia*, serviam em último caso para explicar a benignidade ou malignidade dos tumores. Até ao século XVIII, esta definição hipocrática servirá de base ao estudo do cancro, e é no quadro por ele desenhado que se tornará uma entidade patológica cada vez mais individualizada.

Quando o romano Aurelio Cornelius Celsus (28 a.c – 50 d.c) traduz a terminologia grega para o latim, fá-lo para designar as ulcerações malignas de penetração profunda, mantendo-se até hoje a designação que conhecemos: *cancro*.⁵⁸

⁵⁷ LITTRÉ, É. (trad.) – *Oeuvres complètes d'Hippocrates*. 10 vol. T. II. Paris: J.-B. Baillière, 1836-1861, p. 482. (Tradução nossa)

⁵⁸ Cf. CELSI, Aurelius Cor. – *De re medica. Libri VIII*. Lugduni: Apud. Joan. Tomasium & Gulielmum Gazerum, 1554, p. 306.

Mais tarde, Galeno (131-203 d.c.) também aportará a terminologia “oncos”, expressão com origem grega em *ὄγκος*⁵⁹ (tumor). No seu *Tratado dos tumores*⁶⁰ (*De tumoribus praeter naturam*), único tratado médico da antiguidade dedicado exclusivamente aos tumores cancerosos e não cancerosos, Galeno começa a analisar as causas do processo mórbido. A classificação galénica reconhecia três classes de tumores: os “tumores de acordo com a natureza”, que correspondiam aos aumentos de volume fisiológicos, “os tumores que ultrapassam a natureza”, ou seja, os processos de reparação natural das feridas, e finalmente, os “tumores contra natura”. Esta última classe incluía formações patológicas tão díspares e diversas como eram os cancros, abscessos, edemas, quistos, bubões, pústulas, fleimões e outros. Até meados do século XVIII, os tratados de cirurgia continuariam a agrupar, sob a designação genérica de tumores, um conjunto enorme e heterogéneo de doenças ou manifestações patológicas, confundindo muitas vezes a doença oncológica com nódulos tuberculosos, granulomas actinomicóticos, lúpus e outras enfermidades diversas. De todos estes diferentes tipos, apenas os cancros correspondem genericamente à actual noção de tumor neoplásico.

Actualmente, o termo tumor designa qualquer processo mórbido que se caracteriza por um aumento circunscrito de volume, mas que no seu sentido clínico engloba os processos inflamatórios, as anomalias, e o verdadeiro processo neoplásico.

De acordo com a teoria médica dos *humores*,⁶¹ para Galeno os “tumores contra natura” eram explicados pela discrasia dos quatro humores. Era o resultado da solidificação da bÍlis negra em vários locais do organismo, o que por sua vez promovia um desequilíbrio orgânico que seria o causador directo da doença. Esta teoria sobre a origem do cancro não é senão a confirmação das ideias de Hipócrates anteriormente referidas. Note-se ainda que esta concepção greco-romana dos tumores malignos e inclusive a teoria dos humores, estão na origem de um conjunto de noções dogmáticas

⁵⁹ Cf. a entrada *Oncologia* no *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Academia das Ciências de Lisboa. Vol. II. Lisboa: 2001.

⁶⁰ Cf. GALIEN, Claude – *Les six principaux livres de la thérapeutique, avec le deuxième de l'art curatoire à Glaucon, ausquels est aiousté le livre des tumeurs contre nature, nécessaires à tous les chirurgiens*. Lyon: Tibault Payan, 1558.

⁶¹ Galeno adoptou a teoria dos humores de Hipócrates. Este último acreditava que o corpo continha quatro fluidos corporais que denominou de *humores* - o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. A saúde e a doença seriam o resultado do equilíbrio ou desequilíbrio entre estes fluidos. Sobre a doutrina dos humores predominante no universo hipocrático, galénico e medieval, veja-se SOUSA, A. Tavares de – *Curso de História da Medicina. Das origens aos fins do século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981, pp. 59 - 60.

sobre o cancro que permaneceram intactas no ideário médico durante toda a idade média, renascimento e uma boa parte da época moderna. A explicação causal dos tumores era atribuída a um desequilíbrio psíquico, ao seu tempo denominada melancolia, bílis negra ou atrabílis.

Tratados apenas pelo cautério, ou pela excisão local seguida de cauterização com ferro em brasa, quer pela aplicação directa de unguentos arsenicais altamente corrosivos, tanto gregos como romanos conheciam o carácter recidivante da doença. Um tratamento mais racional e adiantado foi o proposto por Leónidas de Alexandria (século II d.c.) que se afastou das teorias conservadoras de Hipócrates e Galeno, extirpando de um modo mais amplo no caso do cancro da mama, ultrapassando os limites da invasão e cortando em tecido são, aproximando-se de certa maneira às modernas técnicas cirúrgicas. Mesmo assim esta excisão era selectiva, feita apenas no caso de tumores de pequena extensão. Ainda no cancro da mama, rejeitava qualquer acto cirúrgico caso se encontrasse endurecida ou se o tumor estivesse aderente à parede do tórax.

E se esta preocupação dos antigos gregos e romanos com o cancro mostra que não é de modo algum uma doença exclusivamente moderna, a paleopatologia provou a vulnerabilidade humana a uma enfermidade que vem acompanhando o homem desde sempre. Mais do que isso, não é sequer uma patologia exclusivamente humana, por ser comum a outros vertebrados, no que chega a anteceder a existência dos primeiros homínídeos. De facto, já se identificaram tumores ósseos fossilizados em esqueletos de dinossauros com mais de 150 milhões de anos,⁶² e ainda um osteoma no registo fóssil de um peixe com 300 milhões de anos.⁶³

Apesar de ainda existirem algumas dificuldades na identificação absoluta das doenças oncológicas em restos humanos, têm-se vindo a desenvolver os estudos sobre a frequência e prevalência do cancro na antiguidade.⁶⁴ Tendo por base estruturas ósseas

⁶² Foi identificada uma metástase óssea de um cancro primário desconhecido numa vértebra de um *Edmontosaurus*. Cf. ROTHSCILD, B.M.; TANKE, D.H.; HELBLING, M.; MARTIN, L.D. – “Epidemiologic study of tumors in dinosaurs”. *Naturwissenschaften*. 90 (2003), pp. 495-500.

⁶³ Cf. MOODIE, R. L. – “Tumors in the Lower Carboniferous”. *Science*. 66 (1927), p. 540.

⁶⁴ A quantidade de estudos publicados sobre a paleopatologia do cancro é demasiado extensa para ser citada na totalidade. Vejam-se por todos CAPASSO, Luigi L. – “Antiquity of cancer”. *Int. J. Cancer*. 113. (2005), pp. 2–13, e ainda STROUHAL, E. – *Malignant tumors in past populations in Middle Europe*. In La VERGHETTA, M.; CAPASSO, L. (eds.) – *Proceedings of the XIIIth European Meeting of the Paleopathology Association*. Teramo: Edigrafical Publisher, 2001, pp. 265-272.

com sinais evidentes de patologia oncológica, fossem elas o resultado de um tumor primário (mais raro) ou de metastização óssea da doença primitivamente localizada noutra parte do corpo, identificaram-se com clareza casos de osteosarcomas, carcinomas nasofaríngeos e ainda de mieloma múltiplo,⁶⁵ sendo estes os habituais tipos de cancro encontrados em restos humanos desde o neolítico. Em Portugal, Salvado Júnior descreveu em 1947 algumas lesões patológicas de origem neoplásica em crânios neolíticos de Eira Pedrinha, em Condeixa.⁶⁶

Mesmo assim, e apesar do cancro ter afectado os humanos desde sempre, é importante notar que a frequência das doenças oncológicas seria inferior à do tempo presente, tal como nos é mostrado pelo relativamente escasso número de casos, num universo de milhares de esqueletos estudados.

Outros estudos de paleopatologia e paleo-oncologia permitiram colocar em evidência um tumor ósseo no úmero no cadáver de um guerreiro da idade do ferro, em Musingen, na Suíça, datado de acerca de 10 000 a.c. A atestar a presença, antiguidade e dispersão geográfica de doenças oncológicas, existem ainda várias descrições de restos ósseos humanos com sinais evidentes de mieloma múltiplo, encontradas em lugares tão díspares como a Hungria, Inglaterra ou os EUA, numa janela cronológica anterior ao tempo presente que varia entre os 3 000 e os 5 000 anos. Se bem que a frequência da doença antes do neolítico terá sido muito inferior à actual, parece plausível que alguns tumores, incluindo o carcinoma nasofaríngeo no antigo Egipto e o mieloma múltiplo em África, na Eurásia e nas Américas, podem ter tido frequências semelhantes ou mesmo mais elevadas no passado, quando comparadas com as actuais.⁶⁷

Para além das doenças oncológicas com manifestações ósseas, a paleopatologia permitiu recentemente determinar um carcinoma prostático como causa de morte num

⁶⁵ Trata-se de um tipo de cancro (neoplasma) que deixa vestígios da sua presença em estruturas ósseas. Cf. MUNSHI, Nikhil C.; ANDERSON, Kenneth C. – *Plasma Cell Neoplasms*. In DeVITA, V.; *et al* – *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp. 2155-2185.

⁶⁶ Cf. JÚNIOR, A. Salvado – *Exame anátomo-patológico das peças ósseas n.º 80, 97, 90*. In CORREIA, A. M.; Teixeira, C. – *A jazida pré-histórica de Eira Pedrinha*. Lisboa: Serviços Geológicos de Portugal, 1949, pp. 39-40.

⁶⁷ Sobre a importância da paleopatologia e particularmente da paleo-oncologia no estudo do cancro em populações da antiguidade, veja-se: HALPERIN, Edward C. – “Paleo-Oncology: The Role of Ancient Remains in the Study of Cancer”. *Perspectives in Biology and Medicine*. Vol. 47. Nº 1 (Winter 2004), pp. 1-14.

esqueleto com cerca de 2 700 anos, o que abre uma nova janela de investigação para a aplicação de técnicas muito recentes no estudo do cancro em vestígios ósseos.⁶⁸

Passando para o campo do registo escrito, a descrição documental mais antiga que se conhece sobre o tratamento cirúrgico do cancro é uma relação de oito casos de tumores ou úlceras da mama no Egípto, tratadas com recurso à cauterização. Estas referências encontram-se contidas no papiro Edwin Smith, datando de 1 550 a.c., ou seja, há mais de 3 500 anos.⁶⁹ Para uma população cuja esperança média de vida estaria na casa dos 30 anos, a incidência de tumores malignos não seria alta entre os antigos egípcios. Existem poucas provas factuais encontradas em múmias e esqueletos, mas os que se descobriram incluem um osteocondroma do fémur, um cistoadenoma do ovário e ainda um carcinoma da nasofarínge. Atribuídos à vontade dos deuses, encontram-se referências escritas a tumores do deus Khonsu, que não deveriam ser tratados pelos médicos, e no papiro Ebers 813 encontra-se mesmo descrito um “útero com úlceras”, identificado como sendo um carcinoma uterino.⁷⁰

Na prática médica egípcia, estes tumores eram cauterizados com recurso a um ferro em brasa. Os escritos desse tempo mencionam mesmo que para aquele mal não havia solução, uma percepção sobre a doença oncológica que atravessou firmemente os tempos, e que ainda hoje alimenta as crenças de muitos sobre o eventual desfecho desta condição patológica.

Outros textos antigos também nos dão conta da doença. Documentos escritos em caracteres ayurvédicos indicam que à cerca de 2 000-2 500 anos atrás o cancro já era reconhecido como entidade patológica distinta no sub-contidente indiano.⁷¹

Existem ainda alguns exemplos dispersos sobre a existência do cancro, que conhecemos melhor por terem atingido elementos da alta sociedade, o que de algum modo permitiu o seu registo para a posteridade. Por exemplo, o médico grego

⁶⁸ SCHULTZ, Michael; *et al* – “Oldest known case of metastasizing prostate carcinoma diagnosed in the skeleton of a 2,700-year-old Scythian King from Arzhan (Siberia, Russia)”. *Int. J. Cancer*. 121 (2007), pp. 2591–2595.

⁶⁹ Cf. BREASTED, J.H. – *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. Chicago: UCP, 1930.

⁷⁰ A análise extensiva do papiro Ebers, assim como de praticamente todos os papiros médicos que se conhecem, encontra-se exaustivamente descrita em GRAPOW, H.; *et al* – *Grundriss der Medizin der alten Ägypter*. (9 vols.) Akademie-Verlag, 1954-1973. Como curiosidade, refira-se que o papiro adquiriu o nome do egíptólogo alemão Georg Ebers, que o decifrou em 1873.

⁷¹ Cf. SURAIYA, J. N. – “Medicine in Ancient India with Special Reference to Cancer.” *Indian Journal of Cancer*. 10 (December 1973), pp. 391-402.

Democedes terá curado um suposto cancro da mama da rainha Atossa, consorte de Dario I, rei da Pérsia, por volta do século VI a.c., evento de desfecho feliz e que para a época constituía uma verdadeira raridade, se bem que não se tratava de um real tumor maligno, mas sim benigno. Já a imperatriz bizantina Teodora (mulher de Justiniano) não teve tanta sorte, morrendo vítima de um tumor verdadeiramente canceroso no ano de 548, sem que o recurso a “banhos” na estância termal de Brusa lhe tivesse valido. São exemplos muito esparsos, mas também neles se pode depreender da dificuldade de obter bons resultados terapêuticos, a par do sentimento de horror associado.

Mas esta secular impotência médica não significa que a doença oncológica e várias das suas prováveis manifestações clínicas não fossem parcialmente conhecidas e até sistematizadas. Desde muito cedo os praticantes esculapinos aprenderam a distinguir os tumores benignos dos malignos, enriquecendo o património do diagnóstico médico acerca da natureza invasiva de certos tumores operáveis e inoperáveis, e ainda da espectável velocidade do seu crescimento. Se exceptuarmos as referências documentais da antiguidade clássica greco-romana, muitas delas evidentes na descrição e outras nem tanto, existem alguns exemplos de identificação clara das manifestações da doença em documentação europeia alto-medieval,⁷² fontes onde se alude directamente à patologia cancerosa.

A julgar por essas fontes, a frequência da doença oncológica em todas as suas formas seria baixa. No entanto, devemos ter em atenção a extrema dificuldade de identificação de alguns tipos de cancro, muitos deles ainda genericamente englobados na categoria das doenças dos humores, o que poderia fazer subir eventualmente a frequência da doença oncológica mal identificada no seio das populações medievais.

A própria literatura médica não nos deixa quaisquer dúvidas quanto à existência habitual dos tumores, quer se soubessem tratar ou não, mas revela igualmente a existência de muitos diagnósticos incorrectos.

Os textos dos médicos árabes medievais são disso um bom exemplo, muitos deles traduções dos antigos tratados médicos romanos de Galeno, ou então bizantinos, como

⁷² Veja-se a referência a 8 casos de cancro na análise de uma colecção de 118 textos que vão dos séculos VII ao IX, provenientes de mosteiros franceses, mas também de Inglaterra, Bélgica, Luxemburgo, Alemanha, Suíça, Itália e inclusivamente Espanha, em BIRABEN, Jean-Noël – *Les maladies en Europe: équilibre et rupture de la pathocénose*. In GRMEK, Mirko D. (Dir.) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 1. Antiquité et Moyen Âge*. Paris: Seuil, 1995, pp. 304-306.

os de Oribásio e Paulo de Egina.⁷³ Nesse sentido, a concepção medieval sobre o cancro praticamente não muda relativamente ao conhecimento e premissas galénicas. No século XI, Avicena faz descrições do aumento lento do cancro, bem como da invasão e destruição dos tecidos adjacentes. Mas ainda referia que a lepra seria o cancro de todo o organismo, ao passo que o cancro localizado seria a lepra de um só membro. Este médico árabe propunha a excisão e remoção de todo o tecido afectado, incluindo a amputação e ressecção das veias que se dirigissem a partir do tumor. De seguida, aplicaria o cautério se necessário. Abulcassis mostrava-se igualmente favorável à excisão das lesões cancerosas se estas se localizassem em áreas acessíveis, a cauterização dos tecidos adjacentes ao tumor, mas não tinha dúvidas em não fazer nada no caso das lesões extensas.

Em plena Idade Média, Bruno de Longo Burgo localiza a origem do cancro no “*sangue melancólico das veias, que se devem espremer durante a operação*”, ao passo que Henry de Mondeville, professor de medicina em Montpellier e cirurgião do rei francês Filipe O Belo, também culpa a melancolia, ou seja a bÍlis negra. O tratamento que propunha era à base de uma dieta e purgantes, operando apenas se o tumor pudesse ser completamente excisado, reconhecendo que a remoção incompleta do mesmo degenerava geralmente numa ferida que não curava. Esta mesma noção nos é transmitida mais tarde por Ambroise Paré, no século XVI, quando escreve que “*Le cancer est fait de mélancolie (...) La cause conjointe du cancer est l’humeur mélancholique*”, vendo ainda as metástases como manifestações locais da bilis negra, pelo que recomendava a sangria.⁷⁴

Na obra do médico papal no século XIV, Guy de Chauliac (1300-1368), cujo tratado de oito volumes sobre afecções cirúrgicas seria muito apreciado e seguido na

⁷³ No seu livro “*Da medicina*”, Paulo de Egina refere-se aos lugares de eleição do cancro (mama e útero), considerando inútil a operação neste último caso, devido à rápida recidiva e ao aparecimento de metástases. No caso do cancro da mama recomendava a extirpação e mostrava-se claramente contra o uso do cautério, dispositivo usado com frequência por outros médicos. Cf. AEGINETA, Paulus – *On cancer* (section 45), in ADAMS Francis (ed. e trad.) – *The seven books of Paulus Aegineta*. (Book 6) 3 vols. London: The Sydenham Society, 1844-47, pp. 332-334. Também no seu tratado de carácter enciclopédico “*Sinagoge Médica*”, Oribásio reproduz as opiniões dos hipocráticos e alexandrinos, referindo que os cancros eram incuráveis, aumentando rápida ou lentamente de volume, eram dolorosos, e o lugar de aparecimento era variável, reconhecendo a rápida capacidade de recidiva após excisão ou o exacerbar da doença em caso de aplicação de medicamentos corrosivos. Cf. BUSSEMAKER, U. C.; DAREMBERG, C. (ed. e trad.) – *Oeuvres d’Oribase*. 6 vols. Paris: J. B. Bailliere & fils, Imprimerie Nationale, 1851-76.

⁷⁴ Cf. FORGUE, Émile – “*Le problème du cancer dans ses aspects psychiques.*” *Journal des Practiciens*. 25 (1931), p. 1578.

restante Europa,⁷⁵ encontram-se presentes várias expressões que exprimem o pavor suscitado pelo cancro, tema sobre o qual se debruçou com particular atenção. Doença perniciosa quando se tornava visível, costumava ser de uma tal gravidade que Chauillac se lhe refere com a expressão *noli me tangere*, sob pena de exacerbar o seu furor.

O tratamento reduzia-se invariavelmente ao cautério, no caso das lesões pequenas e acessíveis, uma vez que as de maior dimensão continuavam interditas ao canivete do cirurgião, conforme as várias opiniões da época. O próprio Chauillac aconselhava comer peixe e caranguejo de um rio rochoso, o uso de esmeraldas e safiras como preventivo e, como tratamento, a aplicação diária de carne de galinha fresca na zona afectada, coberta com atadura de pano escarlata.

Com efeito, ao longo da idade média subsistiu quase sempre uma querela permanente entre médicos e cirurgiões sobre a necessidade da intervenção cirúrgica. Nesse sentido é interessante consultar os diferentes tratados médicos publicados em Portugal do final da Idade Média e Renascimento. No *Tratado das Epidemias* de 1418, da autoria de Valesco de Taranta,⁷⁶ referia as experiências de um cirurgião que extirpava os tumores escrofulosos, enquanto outro aplicava arsénico na cura dos cancros, das úlceras e das hemorragias, no que se recomendava toda a prudência.

Nas suas *Centúrias*, o famoso médico renascentista José Rodrigues de Castelo Branco (1511-1568), também conhecido como Amato Lusitano, não deixa de fazer uma particular referência ao tratamento paliativo do cancro, considerando-o mais adequado e com melhores resultados do que as aplicações locais do ferro (leia-se, cauterização) e de agentes cáusticos *in situ*, aos quais sobrevinham habitualmente úlceras de grande dimensão, que conduziam inexoravelmente à morte do doente.⁷⁷

⁷⁵ Cf. JOUBERT, Laurent – *La Grande Chirurgie de Monsieur Guy de Chauillac*. Lyon: Estienne Michel, 1579. Para uma relação das diversas edições ao longo de quatro séculos veja-se o recente trabalho de BONNICHON, Ph. – “Guy de Chauillac et la “Grande Chirurgie”. Quatre siècles de vie universitaire.” *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*. Vol. 6. N° 3 (2007), pp. 39-44.

⁷⁶ Cf. o Lib. VII, cap. XII e XV em TARANTA, Valasti de – *Tractatus de epidemia et | peste domini Valasti de Taranta atiu & medicine do | ctoris excellenissimi*, pp. 395-397. Maximiano Lemos identificou esta obra como sendo de 1401. Cf. LEMOS, Maximiano – *História da Medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições*. Vol I. Lisboa: Publicações D. Quixote/Ordem dos Médicos, 1991, p. 85 (1ª edição em 1899).

⁷⁷ Veja-se a cura 31 em BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas*. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946. Veja-se ainda LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980.

Se bem que Amato advogava a intervenção cirúrgica numa fase precoce da doença, pela excisão dos tumores de pequenas dimensões em áreas anatomicamente acessíveis e pouco vascularizadas, no tocante aos cancros ocultos assumia desde logo uma posição mais cautelosa. A verificação da existência das denominadas “*raizes do cancro*”, contribuía de forma directa na escolha da intervenção terapêutica. Neste último caso, optaria por uma abordagem não interventiva, claramente na senda hipocrática, ao referir que: “*o melhor é não os tratar. Os tratados levam depressa à morte, os não tratados duram mais longo tempo. (Hipócrates, livro 6º dos Aforismos)*”.⁷⁸

Profundamente conhecedor dos textos de Galeno e Hipócrates, a concepção de Amato sobre esta doença e o seu tratamento, constituem um fiel reflexo das concepções médicas da antiguidade greco-romana, omnipresentes ao longo da Idade Média e ainda no século XVI. Expressa sobretudo a permanência, entre pensadores seguidores de Galeno, das ideias aristotélicas e ainda da prática escolástica de conciliar as opiniões das principais autoridades médicas.

A ideia prevalecente sobre a origem do cancro é ainda de raiz galénica. Mantendo esta concepção, Amato replica a teoria humoral: “*O cancro forma-se do humor melancólico (...) conforme ensinou Galeno no livro De Atrabile*”. “*Os tumores carcinosos costumam formar-se em todas as partes do corpo*”. “*Vimos muitos cancros nas mamas, no queixo, nas regiões glandulares, como no pescoço, nas axilas e nas virilhas*”.⁷⁹ Recomendava, pois, a evacuação do humor melancólico através de purgas e sangrias, concomitantemente à intervenção cirúrgica quando esta fosse manifestamente possível, ou aos cuidados paliativos quando estes constituíssem a única opção a tomar.

Adstrita em particular ao cancro da mama, a Cura 32^a da III Centúria⁸⁰ revela-nos de forma sintética o *status quo* do conhecimento médico sobre o cancro da mama no século XVI. Descrevendo os sintomas inicialmente referidos pela doente, que incluíam a abundante sudorese e palpitações cardíacas sentidas cerca de dois meses antes do surgimento de “*prurido na papila da mama direita*”, “*picadas lancinantes*” e “*febre*”, Amato passa a fazer uma atenta observação da mama, observando um espessamento da

⁷⁸ LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinaiis*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 221.

⁷⁹ LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinaiis*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 223.

⁸⁰ LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinaiis*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, pp. 220 - 224.

papila. Diagnosticou de imediato “*uma atroz doença, que era sem dúvida um cancro*”, expondo de imediato à doente que se tratava de uma doença grave, e para o que interessava, fatal.

Mesmo assim, e dada a fase inicial em que se encontrava, Amato propôs a hipótese do tratamento cirúrgico, com a remoção radical do tumor, por se encontrar num local circunscrito, e afastado dos principais vasos sanguíneos, bem ao jeito das pequenas intervenções praticadas pelos cirurgiões desse tempo. Contudo, tal proposta acabou por ser rejeitada pela doente, o que também não era incomum para a época, em face da dor e do risco associado a qualquer acto cirúrgico em que a anestesia era inexistente. Ao fim de dois anos, a doença progredira e já se havia metastisado, “*em vez do pequeno tumor, sofria de uma ulceração cancerosa, de grande tamanho*” e tinha “*raízes de tal modo implantadas que era de crer tivesse ocupado os pontos mais íntimos do corpo*”.⁸¹ O mesmo constatou noutro caso, num doente que “*deixou passar oito meses nos quais não tratou de empregar nenhuma espécie de remédios, embora nesse intervalo de tempo, aquele pequeno tumor se houvesse tornado grande.*”⁸²

Durante 25 séculos, desde Hipócrates até ao dealbar do século XIX, as concepções sobre o cancro derivam todas elas da noção omnipresente de um desequilíbrio humoral, permanecendo, do ponto de vista conceptual, uma doença sistémica. No entanto, atrás desta unidade aparente, as variantes são numerosas. Mesmo assim, até ao século XVI, a teoria galénica da melancolia manteve-se perene, rivalizando apenas com as doutrinas iatromecânicas de seiscentos, que colocavam o ingurgitamento da linfa no centro da carcinogénese, e que introduziram na cancerologia o embrião da metodologia experimental.

⁸¹ LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 222.

⁸² BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas. Cura XXXI*. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946, p. 110.

1.2 – Do humorismo galénico à teoria celular

No século XVII as visões humorais começam a dar lugar a novas teorias iatromecânicas da doença. A teoria dos humores, sempre presente na explicação do cancro só começa a ser posta em causa, se bem que muito timidamente, com Giovanni Ingrassia ainda no século XVI, e mais decididamente por Marco Severino (1580-1659) no século XVII.⁸³ Se o primeiro se encontra no esteio do humorismo galénico, o segundo já leva em linha de conta as características anatómicas dos tecidos afectados, alicerçado nos estudos anatómicos de Vesálio. Severino aplica o nome de *abcessus* a todos os tumores contra natura, mas distinguindo claramente os de natureza inflamatória, daqueles de natureza cancerosa. Descreveu os sarcomas ósseos e propôs uma classificação dos tumores da mama, advogando, tal como Ambroise Paré já o fizera, a remoção dos nódulos axilares juntamente com a mama cancerosa. Apesar deste epifenómeno na literatura médica seiscentista, foi necessário aguardar pelo século XVIII para se ver materializado um esboço de classificação geral dos tumores baseado na anatomia patológica macroscópica, tanto mais que na ausência das futuras noções de patologia tecidular de Bichat e patologia celular de Virchow, pouco mais se poderia fazer.

Outras ideias manifestadas sobre a doença incluíam-na no foro das maleitas contagiosas, hipótese defendida por Zacuto Lusitano em 1659,⁸⁴ por Nicolau Tulp em 1672, por Jenker em 1731 e Bernard Peyrilhe em 1773. Estas percepções de contagiosidade não são de estranhar, tanto mais que no pensamento médico de até meados do século XVIII as causas de praticamente todas as doenças estavam de algum modo relacionadas tanto à corrupção do ar como à corrupção moral, aspectos aos quais presidia Deus, visto como a causa última de toda e qualquer enfermidade.

Os miasmas e os “maus ares” eram vistos como elementos pouco benéficos à saúde, se bem que as causas mais aceites para explicar o surgimento do cancro não se encontrassem englobadas nessa categoria. Ao longo de todo o século XVII as explicações etiológicas do cancro permaneceram não apenas numerosas mas igualmente confusas, se bem que nos finais dessa centúria o cancro começa a ser visto como o

⁸³ Cf. INGRASSIA, Giovanni Filippo – *De tumoribus praeter naturam*. Napoli: 1553, e SEVERINO, Marco Aurelio – *De recondita abscessuum natura*. Napoli: Ottavio Beltrano, 1632.

⁸⁴ Cf. LEMOS, Maximino – *Zacuto Lusitano: a sua vida e a sua obra*. Porto: Eduardo Tavares Martins, 1909, p. 218.

produto de anormalidades linfáticas, teoria introduzida por Descartes, ao mesmo tempo que a ideia de remover os nódulos linfáticos aquando das ablações cirúrgicas ganhava cada vez mais adeptos. Mas a mescla de teorias explicativas permanecia bem viva, passando pela discrasia humoral, retenção mecânica dos humores ou coagulação dos mesmos, perturbações tróficas ou coagulação da linfa, ao que se lhe acrescentariam novas explicações químicas ao longo de todo o século XVIII.

A procura da causa “química” do cancro teve a sua era a partir de 1700, quando Bernardino Ramazzini (1633-1714) publica *De morbis artificum diatriba*,⁸⁵ tendo sido o primeiro a atribuir a origem química de alguns tipos de cancro, bem como a relação destes com determinadas grupos sociais, actualmente denominados por grupos de risco. E não eram só algumas ocupações profissionais que pareciam estar associadas à doença, de tal modo que as referências ao cancro da mama nas religiosas é igualmente frequente em literatura coeva. Por seu turno, ao descrever o cancro do escroto nos limpa-chaminés em 1775, Percivall Pott volta a sua atenção para o papel das irritações químicas no espoletar do cancro do escroto nos limpa-chaminés que até então era confundido com as lesões genitais sifilíticas, ao passo que em 1774 Bernard Peyrilhe tentava inocular o cancro humano em animais, convencido que esta doença era devida a um “vírus” que se formava na linfa estagnada.⁸⁶ Em muitos aspectos, Peyrilhe pode ser considerado um inovador na ainda inexistente área da “cancerologia”, ao falar da hereditariedade da doença, referindo-se à sua hipotética contagiosidade, e, pela primeira vez na história, ao colocar o problema da sua transmissão, tentando mesmo realizá-la com recurso a metodologia experimental, pela injeção em cães, do que ele chamou de “suco” canceroso.⁸⁷

No devir de um conhecimento médico cartesiano, o ingurgitamento dos vasos pela linfa, o seu endurecimento e a sua fermentação, constituíam os elementos da etiologia

⁸⁵ Cf. RAMAZZINI, Bernardino – *De morbis artificum diatriba*. Modena: Antonio Capponi, 1700. Escrita em 1690, esta obra foi publicada pela primeira vez em 1700, sendo traduzida para inglês em 1705 e para francês em 1711.

⁸⁶ No tocante à história das teorias sobre a origem do cancro veja-se DARMON, Pierre – *Les Cellules folles. L’homme face au cancer de l’Antiquité à nos jours*. Paris: Plon, 1993, e ainda WOLFF, Jacob – *The Science of Cancerous Disease from Earliest Times to the Present*. Nantucket, 1990. (Tradução inglesa de WOLFF, Jacob – *Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart*. 2^o ed., Yena: Gustav Fischer, 1929)

⁸⁷ Cf. PEYRILHE, Bernard – *Dissertation académique sur le cancer, qui a remporté le prix double de l’Académie des sciences, Arts et Belles lettres de Lyon, le 8 décembre 1773*. Paris: 1776, ou o original PEYRILHE, Bernard – *Dissertatio de Cancro, quam duplici proemio donavit illustris Academia Scientiarum, litterarium et artium Lugdunensis*. Paris: 1774.

que explicava a formação e diversidade do cancro. A teoria da linfa, derivada do pensamento cartesiano e de novo explanada por Stahl e Hofman, referia que o cancro era composto pela fermentação e degeneração da linfa, variando em densidade, acidez e alcalinidade. Esta teoria rapidamente recolheu uma multiplicidade de defensores, de tal modo que John Hunter (1723-1792) também perpetuou esta conjectura, concordando que os tumores cresciam a partir da linfa coagulada, quando esta não era adequadamente drenada na corrente sanguínea.

Pestífero fermento, vício latente, força oculta, doença especial, todas estas designações revelam a concepção mental de uma doença que escapava à compreensão médica, mas cuja existência era impossível negligenciar.

Ainda no devir da omnipresente teoria humoral, tanto a corrente médica mais ortodoxa como aquela exposta nos menos eruditos manuais de medicina popular (que neste assunto pouco ou nada divergiam), ambas postulavam que o tratamento do denominado “vício canceroso” se deveria efectuar com base num tratamento geral do doente, incluindo uma dieta adequada, purgantes, repouso moderado e sangrias:

“Cura-se com o bom regimento, fugindo de todas as cousas que possaõ gerar o tal humor, como saõ as salgadas, seculentas, e amargosas: use de mantimentos frios, e húmidos, faceis de digerir, como alface, borragens, peros, assados, ameyxas, frango, franga, gallinha, cabrito, vittella, ovos brandos passados por assucar; o sono seja moderado, evite as payxoens da alma, que esquentã muyto os humores, e ande lúbrico de ventre. A causa antecedente se deve evacuar com sangrias havendo enchimento de sangue, ou dor, e se for por falta de evacuaçaõ (...)”⁸⁸

Realizavam-se ainda a aplicação de emplastos, cataplasmas, unguentos, emolientes e ainda de tónicos diversos feitos à base de mercúrio, arsénico, antimónio, enxofre, cal viva e outros agentes químicos diversos, incluindo o óleo de ouro, este último particularmente recomendado pelo “cirurgião aprovado” Luís Gomes Ferreira nas fases mais precoces da doença.⁸⁹ De todos estes, o mais utilizado era o arsénico,

⁸⁸ FERREIRA, Luis Gomes – *Erario Mineral dividido em doze tratados*. Lisboa Occidental: na Officina de Miguel Rodrigues, 1735, p. 277.

⁸⁹ Cf. FERREIRA, Luis Gomes – *Erario Mineral dividido em doze tratados*. Lisboa Occidental: na Officina de Miguel Rodrigues, 1735, p. 277. Natural de Barcelos, mas tendo exercido sobretudo em contexto colonial (Brasil), o autor não era médico, mas sim cirurgião aprovado, numa altura em que a divisão entre médicos e cirurgiões colocava o prestígio da arte de curar nos ombros dos primeiros, em detrimento do trabalho manual dos segundos.

substância que continuou a ser utilizada com bastante frequência até meados de oitocentos. A acreditar em vários relatos de curas obtidas, alguns desses compostos cáusticos conseguiriam sarar alguns cancros de pele em fase precoce, se bem que de um modo errático e muito esporádico. Ou então, poderiam aparentar ser curas pelo facto dos inchaços serem (voluntária ou involuntariamente) confundidos com a terrível doença, mas não sendo senão meros quistos benignos. Por essa razão o uso de preparados mercuriais permitiram a alguns médicos falar em bons resultados em lesões cancerosas, quando na realidade não eram senão lesões sifilíticas confundidas com cancro.

A confusão estabelecida com outras moléstias também era muito comum, como se pode depreender da publicidade encontrada em 1746 na *Gazeta de Lisboa*, periódico onde o cirurgião José Pedro fazia publicidade de produtos trazidos da América, com os quais podia curar “*cancros, escrófulas, a que chamam papeiras, tumores, pólipos que nascem dentro dos orifícios do nariz, já cancerosos, outros tumores que chamam `lobinhos`, chagas corrosivas e muitos outros males, (...)*”⁹⁰ tudo curando sem tocar com o ferro. Outros anúncios deste mesmo periódico mostram que o uso de emplastos era privilegiado em detrimento de outras intervenções, sobretudo por aqueles que vendiam os seus préstimos de modo ambulante, caso de “*Fr António de Castro, Hespanhol, (...)*” que vendia “*Emplastos para curar as chagas malignas, e cancerosas, para ruturas; para desfazer tumores.*”⁹¹

Se não existia uniformidade na preparação científica dos prestadores de cuidados de saúde, estranhamente já parecia existir no modo de aplicação da diversa terapêutica medicamentosa. A semelhança entre os métodos utilizados por médicos e curandeiros era habitual, o que não abonava em favor das tentativas de legitimação dos primeiros, tornando difícil estabelecer fronteiras claras entre medicina profissional e popular. As combinações terapêuticas usadas eram tão vastas quanto variadas: o uso de unguentos à base de olhos de caranguejo (ricos em carbonato de cálcio) e rãs, encontravam-se aconselhados para aplicação nas úlceras cancerosas, tal como descrito na *Pharmacopea*

⁹⁰ *Gazeta de Lisboa*. Nº 2 (11 de Janeiro de 1746).

⁹¹ *Gazeta de Lisboa Occidental*. Nº 24 (1724), p. 192.

Tubalense de 1740, e em algumas boticas portuguesas de finais dessa centúria.⁹² A coexistência de um variado número de personagens dedicados às “artes de curar”, que iam do médico formado na universidade ao cirurgião aprovado, passando pela enorme quantidade de mezinheiros, curandeiros, barbeiros, sangradores, algebristas, saludadores ou simples curiosos, todos contribuíam para tornar mais díspar e heterodoxo o tratamento do cancro.

Mas era na intervenção limitada do bisturi que residiam as melhores hipóteses de cura, que mesmo sendo diminutas não eram de desperdiçar. Se era comum proceder à cauterização dos tumores cutâneos de pequeno volume, a excisão cirúrgica alargada não era recomendada, muito menos quando aqueles se tornavam proliferativos e ulcerados, altura em que se consideravam incuráveis e, como tal, assunto totalmente descartado pela intervenção cirúrgica até meados do século XVIII.

A generalidade da literatura médico-cirúrgica portuguesa de setecentos é, a este respeito, muito homogênea na sua preferência pelo cuidado paliativo ou na intervenção limitada e altamente criteriosa do bisturi, como se pode inferir do escrito por alguns dos mais conceituados praticantes da altura. As edições sucessivas da obra cirúrgica do metódico António da Cruz, médico do Hospital de Todos os Santos que vivera entre a segunda metade do século XVI até 1626, são disso boa prova. Pouco atreito à intervenção cirúrgica, que via como tecnicamente difícil e perigosa, acreditava que o cirurgião deveria relegar a sua intervenção a um tratamento paliativo, prática que assim permaneceu imutável, atestada ao longo das várias edições sucessivas e póstumas da sua obra nos séculos XVII e XVIII.⁹³ Também António Ferreira, cirurgião régio de D. Pedro II aconselhava o tratamento paliativo, recorrendo-se à cirurgia apenas se reunidas as habituais condições operatórias: ausência de aderências, tamanho reduzido do tumor e bom estado geral do doente.⁹⁴ O mesmo se infere da *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahliana*, editada em 1740, e onde o jovem cirurgião lisboeta

⁹² Cf. COELHO, Manuel Rodrigues – *Pharmacopea Tubalense Chimico-Galênica*. Roma: Otf. Balio Gerendini, 1740 e ainda LIMA, Américo Pires de – “As boticas do Doutor Alexandre Rodrigues Ferreira (fim do Séc. XVIII).” Sep. dos *Anais da Faculdade de Farmácia do Porto*. Vol. IX. Porto, 1949.

⁹³ Cf. CRUZ, António da – *Recopilação de Çurgia, dividida em cinco tratados...* Acrescentada por Francisco Soares Feio e António Gonçalves. Lisboa: na oficina de Bernardo da Costa Carvalho, 1711, pp. 146 e 242. A primeira impressão é de 1601, a que se seguiram outras, com adendas e acrescentos em 1605, 1630, 1649, 1661, 1669, 1688 e 1711. Sobre as diferentes edições veja-se SILVA, Innocência F. da – *Diccionario Bibliographico Portuguez*. T. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858, p. 119.

⁹⁴ Cf. FERREIRA, António – *Luz verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa: na Officina de Valentim da Costa Deslandes, 1705, pp. 421-424.

José Ferreira também opinava que não se devia intervir cirurgicamente nos casos de cancro.⁹⁵ Também António de Almeida, destacadíssimo cirurgião do seu tempo, procedia à extirpação das lesões cancerosas com todos os cuidados, abstendo-se desde logo de o fazer em certos casos e regiões anatomicamente pouco acessíveis, como no útero, local que excluía liminarmente da dita intervenção.⁹⁶

Outros compêndios cirúrgicos lusitanos menos proeminentes, que em muitos casos não eram senão traduções comentadas de outras obras europeias coevas, sobretudo francesas, reflectiam igualmente essa abordagem do cancro, muito semelhante em praticamente todo o espaço europeu.⁹⁷ Muito desse compendiado médico, tanto português como estrangeiro, estava ainda eivado de antigas doutrinas galénicas e mezinhas de lavra medieval, convivendo em franca concorrência com os escritos dos mais destacados cultores do espírito científico das Luzes. Na segunda metade de setecentos, o cirurgião Lima Bezerra relatava as principais “*desordens da Medicina em Portugal*”, sem esquecer a “*multidão de livros inúteis de Medicina (sem exceptuar os Franceses) que innundão o nosso Reino.*”⁹⁸

Houve, contudo, efémeras tentativas de natureza experimental, feitas no sentido de tratar a doença com recurso a meios menos ortodoxos. Partilhando da corrente de pensamento mais tradicional sobre a origem e tratamento do cancro, foi na Paris iluminista, e com a colaboração de Payen, que António Nunes Ribeiro Sanches conduziu uma pesquisa sobre a utilização de barro proveniente da região de Mafra, que pensava ser eventualmente benéfico à cura da fatídica enfermidade.

A aplicação tópica e a deglutição de pequenas porções da denominada “terra de Mafra”, parecia ter algum efeito em casos de doentes cancerosos. Se de início os resultados dos ensaios pareciam animadores, acabaram por se mostrar de curta duração.

⁹⁵ Cf. FERREIRA, José – *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahliana Accõmodada ao Curativo deste Paiz. Livro primeiro (...)* Lisboa Occidental: 1740.

⁹⁶ Cf. ALMEIDA, António de – *Tratado Completo da Anatomia e Cirurgia com um Resumo da História da Anatomia e Cirurgia, Seus Progressos e Estado d’Ella em Portugal.* Lisboa: na Officina de Antonio Gomes, 1788.

⁹⁷ A tradução de manuais e tratados de cirurgia por médicos portugueses foi prática comum ao longo de todo o século XVIII. Como exemplo desta realidade, veja-se o conteúdo de MATTOS, Manuel de Sá – *Bibliotheca elementar chirurgico-anatomica; ou Compendio historico-critico, e chronologico sobre a Cirurgia e Anatomia em geral, que contém os seus principios, incrementos e ultimo estado, assim em Portugal, como nas mais partes cultas do Mundo...* Porto: na Officina de António Alvarez Ribeiro, 1788.

⁹⁸ Cf. LIMA, Manuel Gomes de – *Diário Universal de Medicina, Cirurgia e Pharmacia, que contém os trabalhos dos academicos das duas Academias, Medica e Cirurgica do Porto.* Lisboa: Régia Officina Typographica, 1772. (A primeira edição é de 1764, publicada no Porto)

O trabalho experimental que se prolongou por grande parte de 1764, assente nos princípios iluministas da ciência médica de setecentos, não obteve os resultados inicialmente previstos, desvanecendo-se no ano seguinte a esperança de uma cura, que a concretizar-se, aportaria no dizer do próprio Ribeiro Sanches “(...) *hum tão grande benefício para a humanidade.*”⁹⁹ Outra possibilidade aventada pelo famoso médico português, passaria pelos banhos de vapor tal como se realizavam habitualmente na Rússia, desta vez numa toada francamente mais higienista:

*“Penso que se poderia tentar o uso do banho de vapor no tratamento do cancro quer oculto quer aberto, tendo o cuidado de ao mesmo tempo utilizar cataplasmas de cenouras amarelas e, na sua falta, de nabos, que se retirariam ao entrar no banho, afim de que a parte doente ficasse exposta, como o resto do corpo, ao vapor de água quente. Antes de sair do banho esfregar-se-iam com sabão todos os sítios que não estivessem doridos. Seria necessário continuar estes remédios durante quatro meses, e não tomar durante todo este tempo nenhum alimento vegetal: ter-se-ia também cuidado, se houvesse úlcera de a não enxugar ao fazer o penso, co receio de ferir a carne viva e fazé-la sangrar, o que não faria senão aumentar o mal. Não preciso avisar que seria necessário juntar vinagre à água que se lançasse sobre as pedras incandescentes, para purificar o ar do quarto.”*¹⁰⁰

A experiência acabaria por mostrar a ineficácia deste expediente, a mesma já sabida desde longa data sobre o termalismo em Portugal; também o recurso aos tradicionais “banhos” era tido por incapaz de proporcionar qualquer tipo de cura do cancro, servindo apenas um propósito fracamente paliativo ao promover o bem-estar dos afectados.¹⁰¹ Ribeiro Sanches não deixou ainda de reconhecer os efeitos adversos das preparações

⁹⁹ FERREIRA, Ernesto – “O médico português Ribeiro Sanches e a cura do cancro.” *Petrus Nonius*. Vol. 3. Nº 3-4 (1941), pp. 224.

¹⁰⁰ Cf. a “Memória Sobre os Banhos de Vapor da Rússia Considerados para a Conservação da Saúde e para a Cura de Várias Doenças. Pelo Sr. António Ribeiro Sanchez antigo primeiro Médico do Corpo da Imperatriz de todas as Russias, Associado estrangeiro (etc.) Remedia autem maxime universalia nota hactenus sunt aqua, ignis, argentum vivum, opium.” In *Medicina na Beira Interior. Da pré-História ao Século XX. Cadernos de Cultura*. Nº 4 (Outubro de 1991), p. 37.

¹⁰¹ Cf. BRANDÃO, Joaquim Ignacio de Seixas – *Memórias dos annos de 1775 a 1780 para servirem de história, analysi e virtudes das agoas thermaes da villa das Caldas da Rainha, (...) Lisboa: na Régia Officina Typografica, 1781, p. 237.*

mercuriais administrados para o tratamento da sífilis, afirmando ter visto gonorreias, cancro e bubões degenerarem em cirros e cancros.¹⁰²

Desde a idade média aos finais do século XVIII, a medicina mostrava-se incapaz de tratar os tumores visíveis senão pelo recurso ao cautério, aos unguentos e à excisão cirúrgica local, sem fazer uso dos conceitos de assepsia, e perpetuando as mesmas práticas multisseculares para o combate a uma maleita grave, que deixava entrever um desfecho quase sempre fatal.

Os sucessos do bisturi eram raros, exceções quase sempre descritas como tal, e que confirmavam o habitual pessimismo clínico sobre a doença. Na sua esmagadora maioria, a intervenção dos cirurgiões do século XVIII era muito limitada: aplicavam ligaduras, reduziam e imobilizavam fracturas simples, realizavam sangrias, escarificavam, incisavam abscessos e extraíam dentes. No entanto, não era incomum encontrar outros que se mostrassem mais ousados, realizando aquilo que poderíamos apelidar de grande cirurgia. Em situações limite, procedia-se a trepanações, herniotomias e amputações de membros, ou ainda à extirpação de cálculos da bexiga (litotomia). Removiam-se igualmente tumores cancerosos da mama através da mastectomia, apesar dos elevados riscos associados não serem negligenciáveis: traumatismo, hemorragia e infecção, sem falar na ausência de anestésicos verdadeiramente eficazes. A rapidez do acto era essencial.

Praticada pelo menos desde o século XVII por Wilhelm Fabricius Von Hilden (1560-1634)¹⁰³ e Johannes Scultetus (1595-1645),¹⁰⁴ a mastectomia era um procedimento sumamente perigoso e muitas vezes ineficaz. As ilustrações do tratado de Scultetus mostram a remoção da mama, cortada pela base após esta ter sido tracionada com recurso a agulhas e pequenas cordas, deixando uma larga ferida que era geralmente cauterizada. (Ver figura 1)

¹⁰² Cf. SANCHES, A. N. Ribeiro – *Observations sur les maladies vénériennes, par feu M. Antonio Nunes Ribeiro Sanches, publiées par M. Andry*. Paris : chez Théophile Barrois le jeune, libraire, 1785.

¹⁰³ Cf. HILDEN, Wilhelm Fabricius Von - *Opera quae extant omnia*. Frankfurt: 1682. Nesta obra, Von Hilden relata os seus métodos cirúrgicos, incluindo vários casos de cancro onde procedeu a extensas cirurgias. Foi o primeiro a excisar gânglios axilares no cancro da mama.

¹⁰⁴ Cf. SCULTETUS, Johannes – *Armamentarium Chirurgicum*.Ulm: B. Kühnen, 1655. Este tratado continuou a ser leitura habitual dos cirurgiões europeus ao longo do século XVIII, como fica provado pelas várias edições e traduções que se sucederam, algumas acrescentadas e adendadas pelos tradutores e editores. A título de exemplo vejam-se SCULTETI, Joannis *Armamentarium Chirurgicum*. Hagae-Comitum: Ex Officina Adriani Vlacq, 1656, e SCULTET, Jean – *L'Arcenal de Chirurgie*. Lyon: Leonard de La Roche, 1712.

Entendida mais como uma intervenção de excepção do que uma prática comum ou sequer recomendável para o tratamento do cancro, quando realizada em contexto curativo poderia ter resultados satisfatórios, se bem que também estes constituíam a excepção e nunca a regra. Num relatório de Richard Wiseman (1622-1676), cirurgião de Carlos II de Inglaterra, em doze mastectomias realizadas, duas doentes morreram durante a operação, outras oito pouco tempo depois, e apenas duas permaneceram “curadas” por um período indeterminado de tempo.¹⁰⁵

Mesmo na centúria seguinte, Alexander Monro I referiu que em 60 pessoas operadas a casos de cancro da mama, apenas 4 não recidivaram ao fim de 2 anos. Antonio Scarpa, no curso da sua longa prática não observou senão 3 casos de extirpação tumoral sem recidiva. Em 100 cirurgias efectuadas por M. Boyer, apenas 4 ou 5 terão ficado curadas, nos demais casos, a doença recidivou.¹⁰⁶ Marco Severino já tinha completado esta intervenção cirúrgica com a adenectomia axilar, mas é com Samuel Sharp e Jean-Louis Petit,¹⁰⁷ que se recomenda o exame sistemático das axilas e a exérese de todos os gânglios axilares suspeitos, cuidados que progressivamente passariam a fazer parte de todo cirurgião competente.

Começaram-se a desenvolver vários instrumentos que permitiam uma amputação rápida da mama. A maioria destas técnicas envolvia o recurso a anéis metálicos para afastar a mama da parede torácica e permitir um corte mais rápido.

O procedimento exigia o uso de instrumento cirúrgico afiado, preferencialmente de lâmina larga, e uma celeridade considerável por parte do cirurgião. A fama e qualidade do mesmo encontravam-se na razão directa da rapidez e destreza com que era capaz de efectuar a amputação, acto que no seu todo habitualmente demorava entre dois e dez segundos. A execução técnica do acto em si, encontra-se muito bem descrito nos tratados cirúrgicos da época. (Vejam-se as figuras 2, 3 e 4)

¹⁰⁵ Cf. MOULIN, Daniel de – *A short history of breast cancer*. Boston: Martinus Nijhoff, 1983, pp. 1-107.

¹⁰⁶ Cf. estes dados apresentados sobre a cirurgia ao cancro da mama em LITTRÉ, Emile – *Cancer*. In *Dictionnaire de Médecine ou répertoire general des sciences médicales*. 2ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C^a., 1834, p. 311.

¹⁰⁷ Cf. e cfr. SHARP, Samuel – *Critical Enquiry into the Present State of Surgery*. London: Tonson, 1750, e PETIT, J.-L. – *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*. 3 vol. Paris: Chez Méquignon l’aîné, 1775-1790.

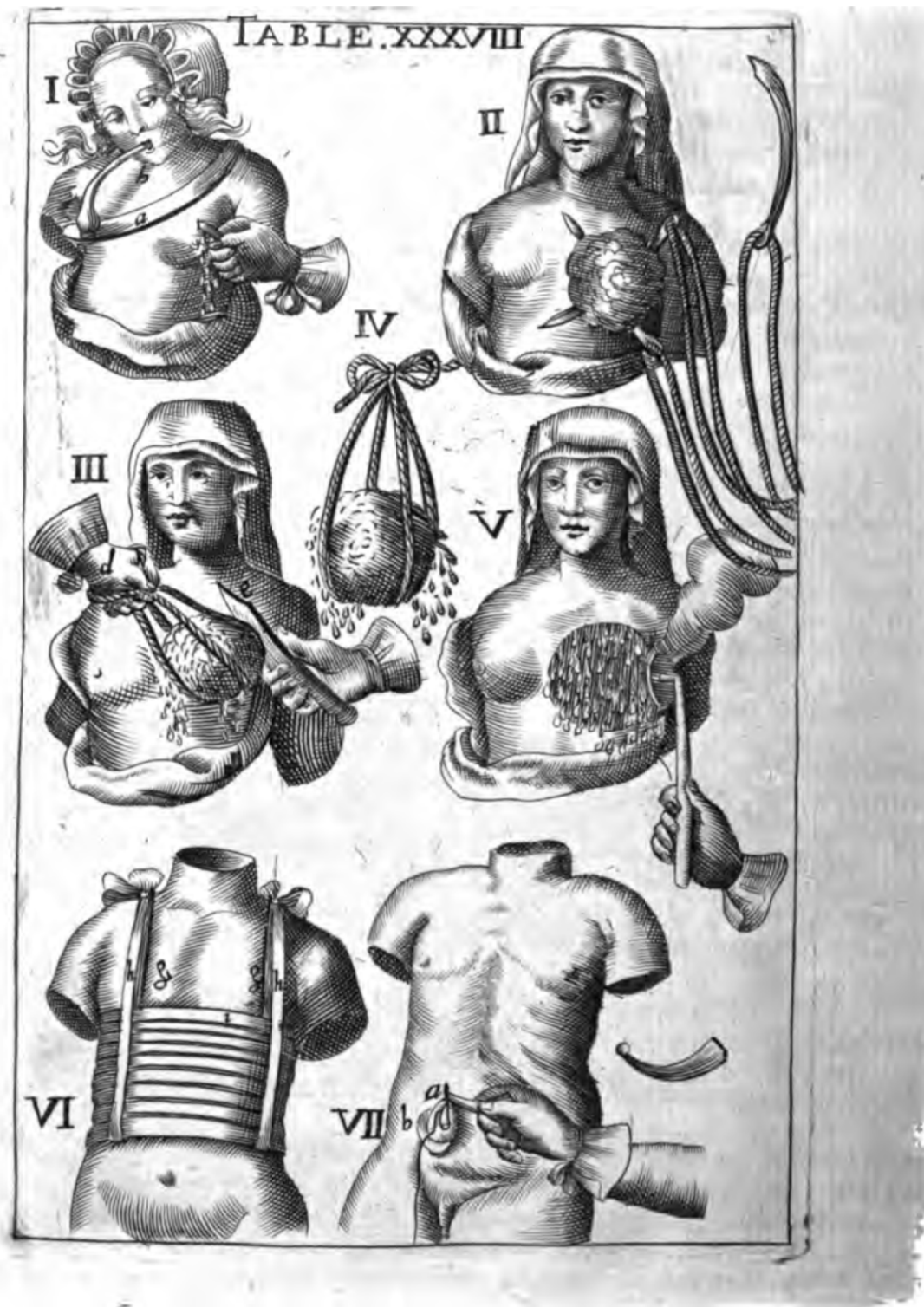


Figura 1 – Mastectomia; técnica do século XVII. Procedimento em pleno uso no século XVII e descrita numa das mais famosas obras de cirurgia da época, era, contudo, uma prática pouco selectiva. Baseava-se no repuxamento da mama com recurso a fios em cruz inseridos na base da glândula (II), para de seguida a amputar com um golpe/corte rápido (III). A hemorragia subsequente controlava-se através de termocauterização (V). Método cruel e muito imperfeito, acabou por cair totalmente em desuso a partir de meados do século XVIII. **Fonte:** TABLE XXXVIII in SCULTET, Jean – *L'Arcenal de Chirurgie*. Lyon: Leonard de La Roche, 1712, [s.p]. (Edição francesa da obra original de 1655. O sucesso desta obra reflectiu-se por mais de 100 anos. As pranchas desta tradução francesa de 1712 são praticamente iguais às de todas as versões europeias entretanto publicadas)

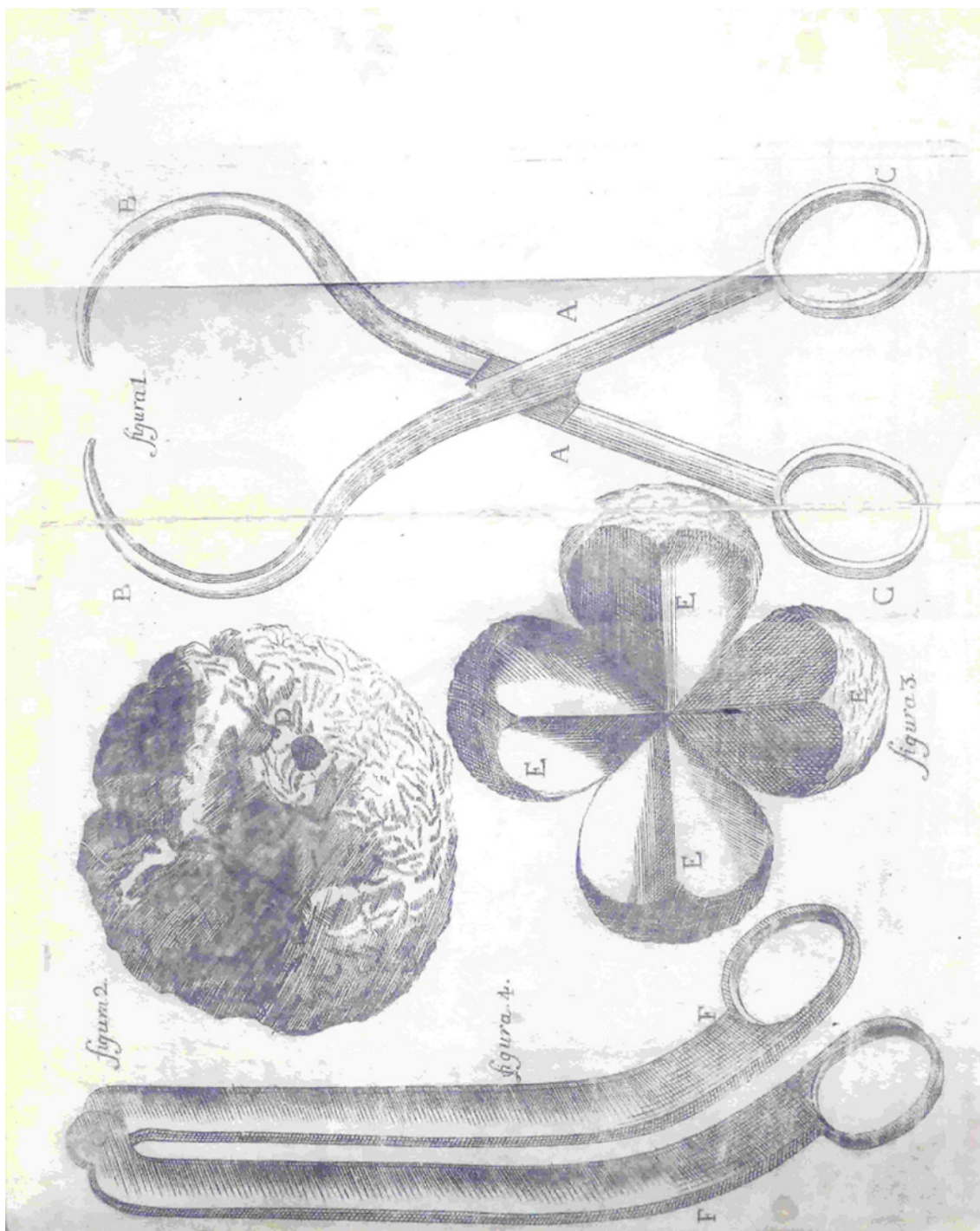


Figura 2 – Instrumentos cirúrgicos da primeira metade do século XVIII utilizados para segurar os tumores pela sua base, e proceder à excisão. Veja-se ainda um tumor ulcerado, aberto em quatro partes, mostrando a sua natureza homogénea. **Fonte:** NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro...* Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741, p. 8-9.

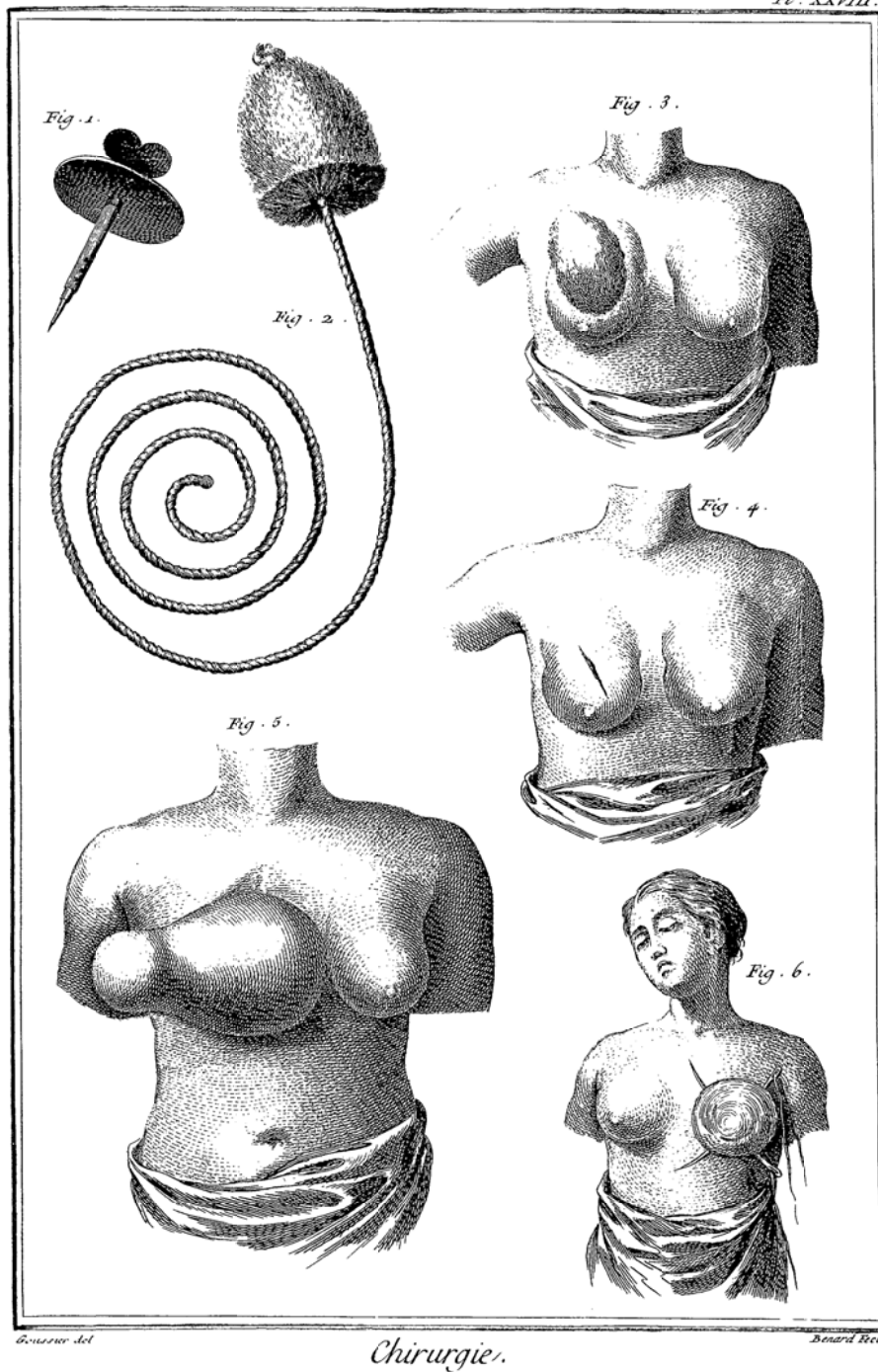


Figura 3 – Imagem de um cancro oculto da mama direita que ocupa parte da mesma (3) e cicatriz resultante da extirpação do tumor (4). Veja-se ainda o método de mastectomia mais arcaico: depois de passar dois fios em cruz pela base do tumor, repuxava-se a mama e amputava-se (6). **Fonte:** Planche XXVIII in DIDEROT et d'ALEMBERT - *L'Encyclopédie ou Dictionnaire Raisoné des Sciences, des Arts et des Métiers*. (28) *Chirurgie – Appareils et matériel: recueil de planches sur les sciences, les arts libéraux et les arts mécaniques, avec leur explication*. Éd. fac-sim. de textes et de planches extraits de l'éd. de Paris: Briasson, 1751-1780. Paris: Inter-livres, 1988, [s.p].

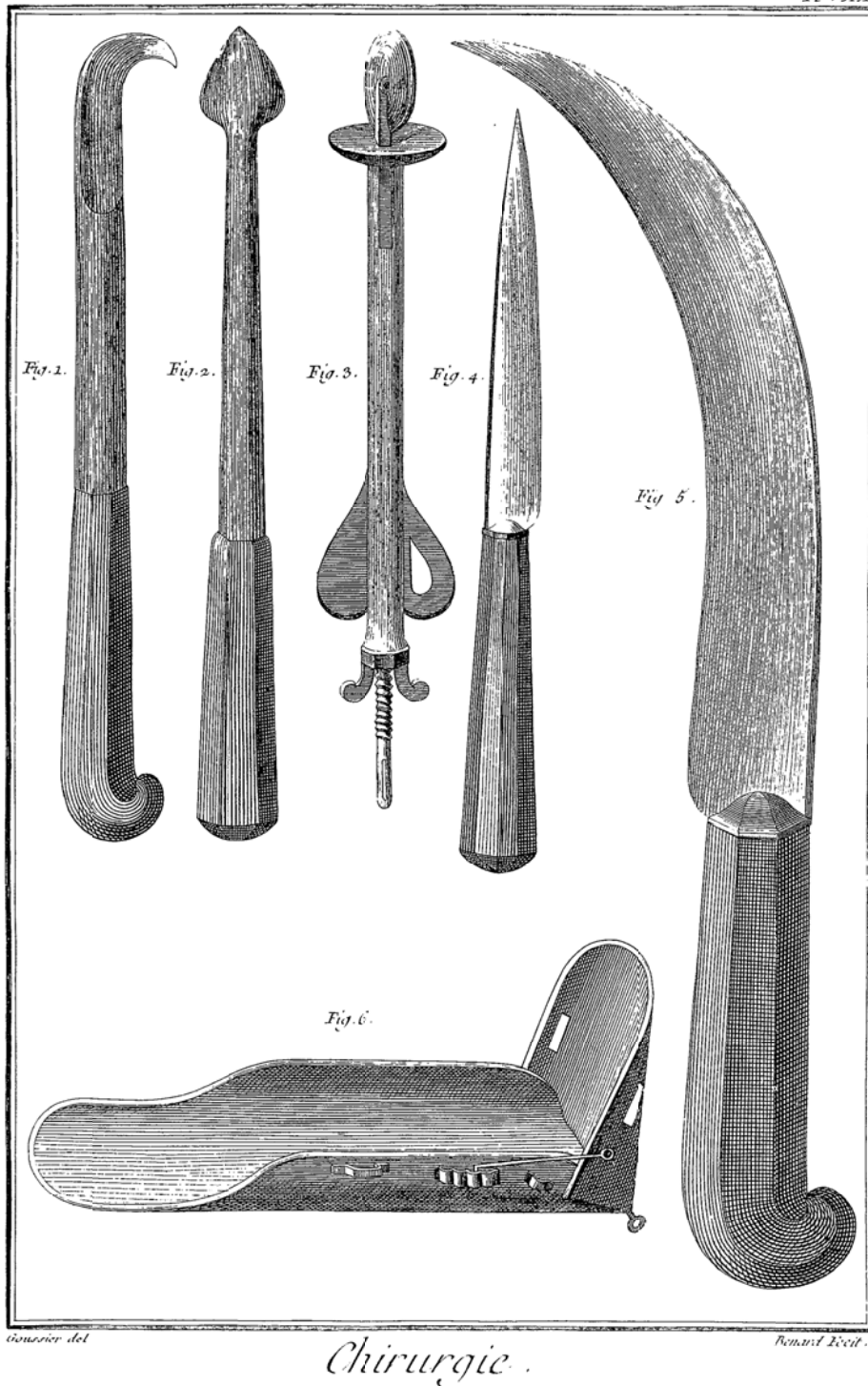


Figura 4 – Instrumentos cirúrgicos da segunda metade do século XVIII utilizados na exérese de tumores cutâneos. **Fonte:** Planche XX in DIDEROT et d'ALEMBERT – *L'Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*. (28) *Chirurgie – Appareils et matériel: recueil de planches sur les sciences, les arts libéraux et les arts mécaniques, avec leur explication*. Éd. fac-sim. de textes et de planches extraits de l'éd. de Paris: Briasson, 1751-1780. Paris: Inter-livres, 1988, [s.p].

Deitada a doente, com as mãos atadas ou segura por assistentes, o cirurgião posicionava-se à direita da mesma, elevando a mama com a sua mão esquerda e repuxando-a um pouco para si; com a outra mão fazia uso do bisturi ou canivete, com o qual incidia a pele na parte inferior da circunferência do tumor. Introduzia de seguida os dedos na incisão para o elevar e descolá-lo do topo do músculo peitoral, cortando a pele à medida que o dissecava. A extirpação dos gânglios axilares também se efectuava, se o cirurgião assim o entendesse. Após aplicar compressas, realizava-se de seguida um penso em banda, apertado em redor do tórax, tendo o cuidado de não comprimir excessivamente a mama saudável. Três a quatro dias mais tarde levantavam-se as compressas, efectuando o tratamento da úlcera resultante. Indubitavelmente, era comum assistir-se a um cruel espectáculo durante este tipo de cirurgias, onde eram regra a hemorragia, os gritos, os desmaios e as queixas dos doentes, acometidos por dores agudas e lancinantes. As feridas resultantes podiam demorar meses a cicatrizar.

Um desses dolorosos e sangrentos relatos foi-nos deixado pela novelista Fanny Burney, submetida ela própria à excisão de um cancro da mama por mastectomia em 1810, realizada pela mão do então renomado cirurgião francês Dominique-Jean Larrey, que fazia uso das técnicas cirúrgicas sedimentadas ao longo do século anterior:

“O Sr. Dubois colocou-me sobre o colchão e abriu um lenço sobre a minha face. Era contudo, transparente, e vi, através dele que a cama fora instantaneamente rodeada por sete homens e pela minha enfermeira. Recusei ser segurada; mas então, bem visível através do lenço, vi o brilho do aço polido – fechei os meus olhos...

Contudo - quando o aço terrível mergulhou no meu peito – cortando veias – artérias – carne – nervos, não precisei de razões para sustar o meu choro. Comecei um grito que durou continuamente durante todo o tempo da incisão – e quase me sinto maravilhada pelo facto de ainda não soar nos meus ouvidos! Tão excruciante foi a agonia. Depois da ferida feita e o instrumento retirado, a dor parecia não ter diminuído, (...) – mas quando de novo senti o instrumento – descrevendo uma curva – cortando através do veio, se assim o posso dizer, enquanto a carne resistia de um modo tão pertinaz de modo a opor-se e cansar a mão do operador, que era forçado a mudar da direita para a esquerda – aí, de facto, penso que terei morrido, não mais tentei abrir os olhos... O instrumento retirado uma segunda vez e concluí que a operação tinha terminado – Oh não! De novo o terrível corte foi renovado – e pior do que nunca, para

*separar a base, a fundação desta horrenda glândula das partes a que adería... contudo, mais uma vez, ainda não tinha tudo terminado...*¹⁰⁸

Por seu turno, a literatura médica portuguesa setecentista relativa ao cancro também não revela quaisquer progressos assinaláveis, tanto mais que não faz senão reproduzir o conhecimento da medicina francesa coeva, como é o caso do *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro, datado de 1741*.¹⁰⁹ Apesar de um título curioso e aparentemente promissor, o compêndio traduzido do francês pelo cirurgião lisboeta Anastácio da Nóbrega não é senão um reflexo directo dos conhecimentos da época sobre o cancro, nitidamente depurados, mas sem a introdução de quaisquer inovações terapêuticas. Nesse sentido, mostrou estar mais atento à descrição e explanação das novidades cirúrgicas europeias do que à aplicação local de agentes químicos tópicos.

Não foi esse o caso do primeiro jornal médico que se publicou em língua portuguesa. Saído em 1749, o *Zodiaco Lusitanico-Delphico* de Manuel Gomes de Lima Bezerra¹¹⁰ apresentava uma observação de Boaventura Duran, que em 1729 vira em Plasencia recidivar um cancro numa mulher submetida a mastectomia, afirmando aquele cirurgião que o pretendido tumor se curara pela aplicação de um composto de sais de chumbo.

O progresso no tratamento do cancro foi, de facto, mínimo. O princípio do *nole mi tangere* continuava a ser regra para a “*horrível enfermidade*”, sempre que havia forte suspeita ou se tinha a certeza de se estar perante uma “*chaga cancrosa*”, fosse ela “*cancro primitivo*” ou “*degenerado*”, facto a que corresponderiam as metástases. As aplicações de unguentos com base em substâncias mais ou menos corrosivas

¹⁰⁸ HEMLOW, J. (ed.) – *The Journals and Letters of Fanny Burney (Madame D’Arblay)*. 12 Vols. Oxford: Clarendon Press, 1972-84, vol. 6, p. 598 f. , cit. in PORTER, Roy (ed.) – *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge: CUP, 1996, pp. 218-219. (Tradução nossa.)

¹⁰⁹ Cf. NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro assim no Que pertence á Applicação dos Remédios, como á Execução Operatória...* Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741. De acordo com o *Dicionário da Lingua Portuguesa* de 1799, esta obra é de 1747. Cf. o *Catálogo dos livros que se hão de ler para a continuação do Diccionário da lingua portugueza mandado publicar pela Academia Real das Sciencias de Lisboa*. Lisboa: Typographia da mesma academia, 1799, p. 5.

¹¹⁰ Cf. o *Zodiaco Lusitano-Delphico. Anatomico, Botanico, Chirurgico, Dendrologico, Ictyologico, Lithologico-Medico, Metereológico, Optico, Ornithológico, Pharmaceutico, e Zoologico*. 1749, atribuído a Manuel Gomes de Lima Bezerra.

mantiveram-se hábito bastante frequente ao longo de todo o século XVIII,¹¹¹ se bem que continuava a ser por demais conhecido que “*contra ea nihil boni*”. Mesmo nos casos mais localizados, como podiam ser os tumores malignos das pálpebras, o tratamento paliativo era sempre o mais recomendado.¹¹² Apenas a sistematização da doença entrou numa nova fase, em grande medida pela generalização das autópsias, com o que passou a ser possível efectuar alguma destrição entre o cancro e os demais tumores.¹¹³ Chegados às primeiras décadas do século XIX, perpetuavam-se no compendiado médico português os conhecimentos retidos desde o século transacto. Era uma realidade constatada tanto nos tratados mais específicos sobre a doença, quanto nas obras de cirurgia mais generalistas, muitas das quais não eram senão traduções adendadas de literatura médica francesa.¹¹⁴

Uma boa parte do corpo cirúrgico nacional também carecia da preparação técnica e científica necessária à execução de procedimentos mais invasivos como o anteriormente descrito. De facto, com excepção da relativa suficiência do Hospital de Todos os Santos em Lisboa, na cidade do Porto e noutras localidades do país o ensino cirúrgico era deplorável. No Hospital da Misericórdia portuense os futuros cirurgiões passavam por cursos de dois a quatro anos, acompanhando a clínica de um dos cirurgiões pertencentes à instituição. Mas mesmo sendo aprovados pelo cirurgião-mor do reino, apenas

¹¹¹ Cf. o tratamento proposto e recomendado em LOURENÇO, António Gomes – *Cirurgia Clássica, Lusitana, Anatomica, Farmaceutica, Medica, ...* Lisboa: Na Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1780, pp. 213-219. Esta foi a única edição que nos foi possível analisar; a primeira edição desta obra data de 1754, com reedições sucessivas até 1790. O autor era lente de cirurgia no Hospital Real de São José em Lisboa. Cf. SILVA, Innocência F. da – *Diccionario Bibliographico Portuguez*. T. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858, p. 148.

¹¹² “*As especies desta horrivel enfermidade pela maior parte são mortaes. A cura, quando em alguns casos a possa admitir, se poderá fazer radical, ou paliativa. A radical consiste na separação do tumor, não havendo contra-indicante. A paliativa se faz com os remedios especificos, assim como a cicuta, belladonna, clematites ou trepadeira, sumo de uvas de cão, de genciana, e outras muitas, que para este fim se tem descrito, (...)*” SANTA ANNA, Joaquim José – *Elementos de Cirurgia Ocular*. Lisboa: Na Officina de Simão Thaddeo Ferreira, 1793, p. 75.

¹¹³ Cf. PORTUGAL, António Rodrigues – *Novo systema dos tumores, no qual estas doenças se reduzem em seus géneros e espécies, por José Jacob Plenck, etc. Traduzido do latim. Primeira Parte*. Porto: na Officina de Antonio Alvares, 1786.

¹¹⁴ Cf. LOPES, Manuel António – *Tratado compendioso do scirro, e do cancro, em que deduzindo-se a moléstia de seus princípios, e causas, se applica o tratamento e curativo mais adequado*. Lisboa: Impr. Regia, 1811. (Manuel António Lopes foi cirurgião da Armada Real, servindo interinamente como Cirurgião-Mor); LEGOUAS, F. M. V. – *Novos principios de cirurgia, resumidos das obras dos authores modernos conforme o plano do livro de G. de la Faye (...)* T. II. Lisboa: na Typografia Rollandiana, 1817, pp. 317-323, e ainda PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de – *Instituições de Cirurgia. Theorica e practica*. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo, 1804, p. 64. (A 1ª edição é de 1786).

contactavam com uma espécie de “múmia” mal conservada, viam dissecar apenas dois músculos, e a anatomia prática dos principais órgãos era completamente ignorada.¹¹⁵

E reportando-nos em especial ao cancro, nem a doença se encontrava adequadamente compreendida, nem os métodos de tratamento haviam mudado de forma sensível. Mesmo assim, é necessário ter em consideração que é no decorrer desse século que nasce a epidemiologia¹¹⁶ do cancro, desde que pela primeira vez se constatou que nas religiosas a incidência do cancro da mama era elevada, mas a do colo do útero era reduzida, como consequência do celibato e ainda do facto de nunca terem aleitado; que a incidência do cancro do escroto nos limpa-chaminés era elevada devido à constante exposição à fuligem; e que a incidência do cancro do nariz era elevada naqueles que cheiravam rapé (tabaco). Foi também no decorrer desta centúria, mais precisamente em 1761, que soou pela primeira vez o alarme sobre os eventuais efeitos carcinogénicos do tabaco, e a sua influência na saúde humana, quando John Hill lançou um alerta sobre o uso do rapé, relatando ser causa de cancro do nariz. Este aviso foi seguido de outro em 1795, num relatório sobre carcinoma dos lábios em homens que fumavam cachimbo, feito por Samuel Thomas von Soemmering, professor de anatomia em Mainz e em Munique.¹¹⁷

Em resumo: no século XVIII, os principais desenvolvimentos incluíram o emprego de técnicas cirúrgicas limitadas mas mais sistemáticas, baseadas em estudos anatómicos mais precisos. A convergência de diversas pesquisas, práticas e saberes, acabou por promover uma alteração em termos de pensamento médico já no final desse século, altura em que o cancro começa a ser encarado em termos de estrutura científica como doença de origem local e não sistémica, a par do reconhecimento do potencial cancerígeno de alguns factores ambientais, como eram o tabaco e o rapé.

¹¹⁵ Cf. LEMOS, Maximiliano – *História do ensino Médico no Porto*. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925, pp. 4-5.

¹¹⁶ A palavra «epidemiologia» deriva da palavra «epidemia», que tem a sua origem no domínio das doenças infecto-contagiosas. Os estudos epidemiológicos, que podem ser descritivos, analíticos ou experimentais, constituem uma fonte de informações importantíssimas sobre as ligações, os factores de risco e as relações de causa-efeito para uma miríade de doenças. A epidemiologia científica surge apenas no século XIX pela mão de John Snow. Este médico inglês apontou as causas e os modos de transmissão da cólera em Londres, trabalho que é considerado por muitos o marco inicial da epidemiologia científica; é também um verdadeiro *survey* sociológico, onde se apontam as relações entre a epidemia e as condições socioeconómicas.

¹¹⁷ Cf. SHIMKIN, Michael B. – *Contrary to nature. Being an illustrated commentary on some persons and events of historical importance in the development of knowledge concerning cancer*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1977.

Contudo, até aos finais de oitocentos desconhecia-se a existência de qualquer tipo de tratamento curativo, o que estava em relação directa com a reduzida eficácia da própria medicina. De facto, o que hoje podemos considerar como medicina moderna tem a sua data de nascimento colocada apenas nos últimos anos do século XVIII, altura em que encontra as suas origens enquanto ciência positivista.¹¹⁸ Será apenas no início do século XIX, com a ascensão da medicina hospitalar e a generalização do método clínico-anatómico, que a medicina se constituiu como verdadeira disciplina científica, fazendo uso do método experimental num contexto de emergência do positivismo.

Se a medicina ainda não possuía as respostas para a generalidade dos problemas de saúde, muito menos no caso do cancro. Alguns investigadores notaram e mostraram que a melhoria e enriquecimento da alimentação, mais do que os avanços da ciência médica ou na saúde pública, se encontravam na génese do declínio da taxa de mortalidade, desde o século XVIII.¹¹⁹ Pode mesmo afirmar-se que o poder curativo dos médicos (ou a ausência dele) do tempo de Hipócrates face às doenças, não era substancialmente diferente daquele dos médicos no início do século XIX. Nessa altura, a medicina continuava ineficaz em larga medida. Somente nos séculos XIX e XX se desenvolve como disciplina científica própria, e certamente mais próxima de uma tecnologia¹²⁰ do que de uma ciência conceptual. As exigências da medicina técnico-científica, baseada na construção de saberes cientificamente estabelecidos, é o resultado de uma ruptura conceptual, que deixou de ter como foco a medicina do homem, para ter como foco a medicina do corpo do homem - ou medicina da doença.

A expressão mais nítida desta mudança no que toca ao estudo do cancro foi a afirmação da anátomo-patologia e da medicina celular. O recurso corrente ao uso do microscópio acromático inventado em 1824, passa a realizar-se a partir de 1830, conferindo um acréscimo considerável ao desenvolvimento de várias disciplinas, em especial à medicina. O cancro, por exemplo, passa a ser estudado em termos

¹¹⁸ FOUCAULT, Michel – *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1999, p. 4.

¹¹⁹ Veja-se por todos o eminente médico e sociólogo da medicina: McKEOWN, Thomas – *The Modern Rise of Population*. London: 1976, e ainda McKEOWN, Thomas – *The Role of Medicine: Dream, Miracle or Nemesis?* Princeton: N.J., 1979.

¹²⁰ Entenda-se aqui a “tecnologia” enquanto aplicação do conhecimento à produção do mundo material. A tecnologia envolve a criação de instrumentos materiais (tais como máquinas) utilizados na interacção humana com a natureza. Cf. GIDDENS, Anthony – *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

morfológicos, deixando de ser considerado como uma entidade única, mas antes como um grupo mórbido e heterogéneo, constituído por patologias diferentes. A sua natureza e diferenciação torna-se mais clara quando John Hunter¹²¹ reconhece e anuncia a diversidade dos tumores, confundidos até então sob a mesma designação de cancro, apesar de ainda não ser capaz de conhecer os elementos distintivos daqueles mesmos tumores cuja diversidade anunciava. Mesmo assim o ponto de viragem estava definitivamente traçado, não tardando a que a anatomia patológica permitisse a Alfred Donné (1801-1878) descrever as leucemias, e a Jean Curveilhier (1792-1874), descobrir a benignidade de alguns tumores.

De facto, o uso do microscópio lança uma divisão clara entre as teorias explicativas da doença, no que as poderíamos dividir entre teorias pré e pós-microscópio.

As bases científicas para o estudo patológico do cancro estavam lançadas, e seria a escola alemã aquela com lugar de particular relevo no estudo patológico da doença. Em 1838 surge a teoria do blastoma, pela mão do patologista alemão Johannes Müller, que demonstrou ser o cancro constituído por células e não linfa. Contudo, pensava que as células não provinham de células normais. Teorizou que estas células provinham da germinação de elementos entre tecidos normais.

Mais do que aportar uma mera construção nosológica microscópica, o médico alemão Rudolf Virchow (1821-1902), discípulo de Müller, conferiu um novo impulso ao enunciar que o local dos fenómenos mórbidos, inclusivamente do cancro, era localizável a nível celular. Rejeitando liminarmente a teoria dos humores, ainda em vigor, volta a atenção dos médicos para as células, até então totalmente negligenciadas. Voltado para a morfologia dos tecidos normais e patológicos, de acordo com o criador da teoria celular, os tumores eram o fruto de agregação de células e de tecidos envolventes. Para Virchow, todos os fenómenos vitais eram fenómenos celulares, e toda a célula provinha de uma outra célula (*omnia celulla ex celullae*). As células não nasciam da linfa, mas antes de células-mãe, e o mesmo se passava com o cancro, que poderia ter a sua origem numa célula normal.¹²² O cancro passa então a adquirir a

¹²¹ “As doenças que são habitualmente classificadas debaixo desta denominação, são muito diferentes, pelo seu aspecto, e o são muito provavelmente, quanto à sua natureza.” (Tradução nossa). HUNTER, John – *Oeuvres completes*. T. I. Paris: 1843, p. 686.

¹²² Sobre a teoria celular de Virchow e o cancro, veja-se VIRCHOW, Rudolf – *Cellular Pathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*. Berlin: 1858, e VIRCHOW, Rudolf – *Pathologie des tumeurs*. 4 vol. Traduction par Aronssohn. Paris: 1867-1877.

categoria de tecido vivo, formado de novo (tecido neoplásico) afastando-se definitivamente da discrasia humoral e da transformação degenerativa dos órgãos.

A este novo centro de interesse pela célula, acrescenta-se outro que lhe é coevo: o da fisiologia e patologia celulares. A teoria celular de Virchow, revolucionária e plena de seguidores, entrava em conflito com os progressos no diagnóstico anatómico dos tumores aportados por Collard em 1828 e Hermann Lebert¹²³ em 1845. Com efeito, em 1866 ainda se discutia a nível internacional a distinção anatómica entre as estruturas tumorais, defendendo-se Lebert ou Virchow, conforme os argumentos classificativos de cada um e as particularidades expressas pelos diferentes tipos de patologias oncológicas estudadas. Mau grado algumas resistências iniciais, a teoria celular de Virchow foi-se impondo progressivamente em toda a Europa ao longo da segunda metade do século XIX. Constituem-se desde então numerosos ramos da medicina ao redor de células doentes, como sejam a hematologia, dado o número de células veiculadas pelo sangue e a sua acessibilidade; ou a imunologia, ciência das células que intervêm directamente ou pelo intermédio de produtos de secreção para neutralizar um corpo estranho no organismo.

Em Portugal, a teoria de Virchow também suscitou o confronto de ideias, encontrando os seus seguidores e detractores, de modo que no terceiro quartel do século XIX a controvérsia sobre a origem dos tumores cancerosos continuava acesa, reinando a dúvida sobre a coerência explicativa em redor das mais recentes teorias, fossem elas provenientes da escola médica francesa, muito seguida no nosso país nessa altura, fossem da escola alemã, em crescendo de importância no seio nacional e internacional. Um bom exemplo das polémicas que tiveram lugar em torno da teoria de Virchow foi a que envolveu Sousa Martins na *Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, publicada no periódico dessa sociedade científica em 1869, acerca de um tumor da mandíbula comunicado por António Barbosa.¹²⁴ Mais do que dar origem a facções antagónicas, o

¹²³ Lebert foi um dos primeiros a utilizar o microscópio na anatomia patológica, tendo publicado um atlas com mais de 200 imagens macro e micropatológicas a cores, de particular importância para o estudo tumoral. Cf. LEBERT, Hermann – *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. 4 vol. Paris: Baillière, 1857-61.

¹²⁴ Cf. a “Polémica com Barbosa sobre a teoria do desenvolvimento contínuo de Virchow.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. (27 de Novembro de 1869), p. 12.

facto é que estas teorias coexistiram e em certa medida tentavam colmatar as lacunas explicativas uma da outra.¹²⁵

Em meados da década de 60, as teorias invocadas para explicar a origem dos carcinomas eram sobretudo duas: a teoria do blastoma, baseada na anatomia patológica e sustentada por Broca,¹²⁶ e a teoria do desenvolvimento contínuo, defendida por Virchow, que não reconhecia outra origem para os elementos cancerosos senão as células normais da região doente. Este diferendo científico mostra bem o antagonismo de duas escolas europeias, a francesa e a alemã, que tendo os seus defensores dentro de cada um dos países de origem, também os tinham do outro lado da “barricada”, ultrapassando a índole nacionalista na primazia da ciência.

Na arena da anátomo-patologia, a doença era tão desconhecida quanto debatida, permanecendo como elemento de clara dissidência intelectual e científica, numa altura em que ainda se procedia à definição e classificação sistemática dos tumores malignos. A microscopia ainda tinha as suas dúvidas e incertezas, e os objectos que estudava prestavam-se por vezes a interpretações contraditórias. Tanto assim era que:

“Este facto pathologico entra n'aquelle vasto grupo que todos os pathologistas chamam tumores; por tanto não podemos furtar-nos á obrigação de determinar a significação d'este termo, e de conhecer e classificar os diversos objectos, que constituem esta circumscripção pathologica. Não concordam a sciencia e arte sobre este objecto, e lia tantos, litigantes quantos são os que pensam, falam ou escrevem sobre tumores. O fiat lux ainda se não fez ouvir, e são ordem do dia a confusão e o cahos.”¹²⁷

Em termos clínicos, as coisas não eram tão conflituosas. Conheciam-se bem as manifestações genericamente associadas às doenças oncológicas, fosse a palidez, as úlceras cutâneas características, o emagrecimento rápido e a astenia, sinais que geralmente resumiam o que muitos séculos mais tarde se veio a designar por caquexia cancerosa. Contudo, tal não impedia que em muitos casos o diagnóstico se mantivesse

¹²⁵ Sobre os conceitos e teorias vigentes em Portugal e na Europa acerca do cancro veja-se o breve resumo coevo em FARIA, Manuel da Costa – *Algumas palavras sobre o carcinoma, sua natureza, etiologia, crescimento e infecção*. Tese apresentada e defendida em Julho de 1868 na Escola Médico-Cirurgica de Lisboa. Lisboa: Typographia Universal, 1868.

¹²⁶ Sobre a origem dos elementos do carcinoma, veja-se a teoria de Broca in BROCA, Pierre P. – *Traité des tumeurs*. 2 Vol. Paris: P. Asselin, 1866-1869.

¹²⁷ LIMA, António Augusto – *Indicações e contra-indicações da extirpação do cancro*. Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870, pp. 12-13.

difícil e obscuro, podendo mesmo passar completamente desapercibido, o que era frequente antes da introdução da anatomia patológica. Esta, não só permitiu um melhor conhecimento dos danos tecidulares, mas lançou as fundações da cirurgia oncológica; os tecidos removidos pelo cirurgião podiam agora ser examinados e realizar-se um diagnóstico preciso a partir do material excisado.

A anatomia patológica pretendia nessa altura assistir à própria geração dos tumores, confundindo em certa medida esse estudo com aquele em que a anatomia consagrava à génese dos elementos normais do organismo. Obedecia sobretudo à tendência que reinava na ciência ao identificar os actos fisiológicos com os actos patológicos, quer se tratassem de modificações parciais e morfológicas, determináveis e caracterizáveis com recurso ao microscópio, quer se tratassem de modificações gerais do organismo, que pareciam dominar a maior parte da patologia.

As próprias teorias de crescimento tumoral também mostravam as diferentes concepções existentes sobre a natureza da metastização, mais uma vez plasmadas nas ideias de Virchow e de Alfred Heurtaux, renovando-se o antagonismo entre as mesmas escolas já referidas. Independentemente da explicação apresentada, a metastização era vista sob as premissas do processo infeccioso, de tal modo que a generalização do tumor primitivo era vista como patognomónica da infecção.

Mais frequente no género feminino do que no masculino por causa do cancro da mama e do útero, o número de casos oncológicos aumentava com a idade, e era raro nas crianças. As causas do cancro, vistas como numerosas e variadas, dividiam-se na taxonomia médica da segunda metade de oitocentos em duas categorias: locais e gerais. O traumatismo e a inflamação eram vistas como causas locais, e a hereditariedade era considerada, geralmente aceite e reconhecida desde Pierre Broca, quando este apresenta o primeiro estudo conhecido que relaciona a prevalência familiar do cancro da mama (e outros tipos de patologia oncológica) no historial médico de uma família particularmente fustigada pela doença oncológica.¹²⁸ Estudar ao longo de várias gerações o historial oncológico desta família, permitiu a Broca concluir do potencial hereditário de transmissão e da predisposição familiar desta doença, aspecto ainda hoje pleno de actualidade.

¹²⁸ Cf. este estudo em BROCA, Pierre P. – *Traité des tumeurs*. Vol. 1. Paris: P. Asselin, 1866, p. 151 e seguintes.

Esta predisposição familiar encontrava na terminologia médica uma expressão que desde longa data lhe conferia corpo, e que mergulhava as suas raízes na teoria dos humores: a diátese.

Nenhuma expressão em patologia recebeu tantas significações com esta. Resultava da necessidade que todos os médicos tinham sentido de se referirem a um estado mórbido latente, uma alteração humoral, um princípio vicioso, desconhecido na suas natureza e sede, de molde a explicarem o surgimento espontâneo e contínuo de uma quantidade enorme de doenças que pareciam estar identificadas com a própria organização dos tecidos, como a constituição, o temperamento e as predisposições dos indivíduos. Trata-se, pois, do princípio mórbido, hereditário ou adquirido, que se desenvolvia em certas circunstâncias, fosse sob a forma de tuberculose pulmonar, de gota, de diabetes, de cancro, etc. Por essa razão o cancro era considerada uma doença *diatésica* ou *constitucional*, e é por isso mesmo que talvez a expressão fosse utilizada na segunda metade do século XIX e ainda nos primeiros anos da nova centúria.¹²⁹ O objectivo era o de conferir uma explicação empírica à ainda inexplicável relação entre cancro, hábitos de vida, hábitos alimentares e predisposição genética. Na senda desta mentalidade e dos preceitos higienistas, as regras de vida saudável constituíam o principal instrumento da recomendação médica da altura: “*A hygiene, pois, [leia-se, regras de vida saudável] convenientemente dirigida, melhorando a constituição do individuo, deve pelo menos retardar a primeira manifestação da doença, que se conserva assim no estado latente.*”¹³⁰

A terapêutica limitava-se à sua impotência em presença de uma doença incurável. Não faltava a introdução esporádica de medicamentos garantidamente eficazes pelos seus promotores, mas na realidade perfeitamente inúteis; de Angola chegam inclusive plantas utilizadas pelos habitantes locais, como a mistura do pó do pau de quicongo com a folha de Pita, indicadas como tratamento tópico dos cancros cutâneos.¹³¹ Outros métodos foram tentados, como a aplicação de compressão no local do tumor ou as

¹²⁹ Cf. “O cancro considerado como doença constitucional” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XXIV (1906), pp. 309-311.

¹³⁰ FARIA, Manuel da Costa – *Algumas palavras sobre o carcinoma, sua natureza, etiologia, crescimento e infecção*. Tese apresentada e defendida em Julho de 1868 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia Universal, 1868, p. 40.

¹³¹ Cf. as *Memórias económicas da Academia Real das Sciencias de Lisboa*. Tomo IV. Lisboa: na Tipographia da mesma academia, 1812, p. 61.

experiências com sanguessugas, sem que os resultados se mostrassem de algum modo animadores.¹³²

Com efeito, ao longo do século XIX o tratamento foi sofrendo alterações pontuais, acompanhando os progressos farmacológicos, mas numa toada francamente paliativa. Os preparados mercuriais, iodados e arsenicais de outros tempos passaram a ser considerados ineficazes e contraproducentes. O mesmo se passou com a quina, que entretanto tivera alguns adeptos. Rejeita-se o recurso ao cautério. Recomendava-se preferencialmente o tratamento paliativo, no mesmo sentido do que já se fazia habitualmente com outras doenças incuráveis, tais como a tuberculose ou as doenças cardíacas. Aconselhava-se sobretudo o repouso, as águas medicinais e ainda o uso de narcóticos para o controle da dor associada à doença. As perturbações digestivas e as eventuais hemorragias também eram tratadas apenas com recurso ao tratamento paliativo.

Os analgésicos mais utilizados iam do ópio ao extracto de cicuta,¹³³ sobretudo esta última, que após muitos anos de uso incorrecto e pernicioso, acabou também por ser aceite como analgésico paliativo. O uso do extracto de cicuta tinha alguma expressão em Inglaterra na segunda metade do século XVIII, mas era muito pouco usado em Portugal e no resto da Europa pelos resultados duvidosos, e por vezes mortais, resultado associado geralmente a aplicações realizadas por médicos inexperientes ou menos escrupulosos. Mesmo assim, podia ser utilizada de modo paliativo, como analgésico, fosse ingerido ou aplicado localmente, tendo tido maior sucesso e uso mais alargado em Portugal a partir de finais do século XVIII, feita pela mão de alguns médicos influentes, como Manuel Henriques de Paiva, influenciado pelas experiências centro europeias e pelo descrito na tradução de manuais de medicina de feição por vezes mais popular do que académica.¹³⁴

¹³² Sobre a aplicação de compressão e o uso de sanguessugas, vejam-se YOUNG, S. – *Minutes of the cases of cancer and cancerous tendency successfully treated by the new method of pressure, etc.* London: 1816; RÉCAMIER, J. C.-A. – *Recherches sur le traitement du cancer par la compression méthodique simple ou combinée, et sur l'histoire général de la même maladie.* 2 vol. Paris: Gabon, 1829; e LASERRE – “Nouvelles observations sur l'efficacité des sangsues contre les cancers ulcérés.” *Annales de médecine physiologique* (1822).

¹³³ Planta venenosa da família das umbelíferas, da qual se pode obter um alcalóide muito venenoso denominado cicutina. Começou a ser recomendada para o cancro por Stoek, em Inglaterra, em meados do século XVIII.

¹³⁴ Sobre o uso da cicuta no tratamento do cancro em Portugal e na Europa, veja-se PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de – *Aviso ao povo acerca da sua saúde por Monsieur Tissot, traduzido em portuguez e accrescentado com notas, ilustrações, e um tratado das enfermidades mais frequentes de que não tratou*

Apesar da toada paliativa, ainda se recorria esporadicamente à sangria selectiva no sentido de combater as denominadas “*peritonites sintomáticas*”,¹³⁵ o que certamente deixaria o paciente ainda mais debilitado, mas que mostra bem a permanência dos resquícios de práticas cirúrgicas multi-seculares, ainda presentes na mentalidade médica dos finais de oitocentos. Tendo entretanto entrado em desuso desde a 2ª metade do século XIX, curiosamente, a sangria continuava a ter na primeira década do século XX algumas aplicações terapêuticas ainda aceites pela comunidade médica: envenenamento por monóxido de carbono, uremia, eclampsia, gota, clorose e perturbações circulatórias.¹³⁶

A terapêutica medicamentosa apoiava-se em analgésicos ou noutros medicamentos com propriedades paliativas, como seja o caso do condurango, que teve os seus apoiantes nos EUA e Europa a partir de inícios da década de 70. Em Portugal, o seu uso parece ter sido apenas iniciado na década de 80, reconhecidamente como medicamento paliativo e não mais do que isso.¹³⁷ O desalento e ineficácia da terapêutica farmacológica era um dado assente e exposto sem reboço em 1870 por António Lima, finalista do curso de medicina portuense:

“A aquisição dos mais preciosos agentes pharmacologicos é devida a conhecimentos meramente empiricos. Desgraçadamente, não poderam até hoje enriquecer a therapeutica prophylactica com um preventivo util da affeição cancrosa, nem a experiência dos clínicos nem a theoria pathologica do cancro. A hygiene e a pharma-

mr. Tissot na referida obra. T. II. Lisboa: na Oficina de Filipe da Silva e Azevedo, 1786, p. 66, e idem – Instituições de Cirurgia. Theorica e practica, que comprehendem a physiologia e a pathologia geral e particular, (...) 2ª edição. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo, 1804, pp. 36-37, 63-64.

¹³⁵ Cf. LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do fígado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, p. 28 e seguintes. Natural de Lisboa onde nasceu em 1841, João Lacerda concluiu o curso de medicina em 1865 pela EMCL, defendendo uma tese que se pode considerar incomum quanto ao tema versado. Pertencendo ao quadro de saúde da armada onde teve o posto de 3º inspector de saúde naval, com a graduação de Capitão-tenente. Foi nomeado secretário-geral do governo da província de Cabo Verde em 1870, cargo que desempenhou até 1873. Em 1868 fora distinguido por serviços relevantes em Cabo Verde aquando da epidemia de febre-amarela. Foi de novo nomeado para o mesmo cargo em 1876, até 1877. Em 1878 é nomeado chefe de secção da 1ª repartição da direcção geral de marinha no ministério da marinha e ultramar. Cf. SILVA, Innocêncio Francisco da – *Diccionario Bibliographico Portuguez*. Tomo X. H-J. Lisboa: Imprensa Nacional, 1883, p. 221.

¹³⁶ Cf. “Indicações da Sangria.” *Porto Médico*. 5º Ano. Nº 11 (1908), pp. 349-350.

¹³⁷ Cf. LENCASTRE, D. António de – “Notas clínicas: O condurango no tratamento do cancro.” *A Medicina Contemporânea*. Ano IV (1886), pp. 122-124.

colgia, empenhadas na cura do cancro, só têm patenteado sua inefficacia. A medicina, operatória, invocada como ultimo recurso curativo, offerece resultados tão pouco seguros que muitos clínicos abalisados a proscreveram da therapeutica do cancro. Muitos práticos, impressionados pela inefficacia curativa dos meios experimentados, têm chegado a acreditar apenas na virtude palliativa dos recursos actuaes, resignando-se com a tendência destruidora da affecção cancrosa.”¹³⁸

Neste quadro de franca impotência, o tratamento curativo passava apenas pelo acto cirúrgico, e mesmo esse sem quaisquer garantias de sucesso. Mesmo assim, a era moderna da cirurgia electiva dos tumores viscerais teve início cerca de 60 anos antes destas palavras de António Lima, nos EUA em 1809. Nesse ano, Ephraim McDowell removeu um tumor ovário com cerca de 7 kg de uma paciente de 47 anos, que acabou por sobreviver mais 31 anos após a cirurgia.¹³⁹ Este procedimento, o primeiro de 13 ressecções ovárias realizadas por McDowell, foi a primeira cirurgia abdominal electiva para uma patologia oncológica, conferindo um enorme estímulo ao desenvolvimento desta prática, mas sem os progressos inicialmente pretendidos.

Apesar do sucedido, o procedimento não se generalizou, mantendo-se apenas como uma mera excepção pontual e nunca como regra da prática cirúrgica. Daí que a primeira ovariectomia realizada em Portugal tivesse lugar apenas em 1866, praticada por António Maria Barbosa, mas sem a obtenção do almejado sucesso.¹⁴⁰

No nosso país, e na ausência de outras fontes, é de crer que a primeira laparotomia por tumor sólido dos anexos do útero efectuada com êxito parece ter sido realizada muito mais tarde, em 1889, pela mão de José António Serrano, que aplicou precocemente entre nós as doutrinas de Pasteur e as práticas de Lister.¹⁴¹ Confundido

¹³⁸ LIMA, António Augusto – *Indicações e contra-indicações da extirpação do cancro*. Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870, p. 28.

¹³⁹ Cf. THORWALD, J. – *Science and the secrets of early medicine*. New York: Harcourt, Brace and World, 1962. Os resultados de McDowell foram publicados vários anos mais tarde em McDOWELL, E. – “Three cases of extirpation of diseased ovaria.” *Eclectic Repertory Anal Rev.* 7 (1817), pp. 242-244.

¹⁴⁰ Cf. BARBOSA, António Maria – *Nota sobre a ovariectomia, lida na Academia Real das Sciencias Medicas de Lisboa em sessão de 19 de Abril de 1866*. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias Medicas de Lisboa, 1866.

¹⁴¹ Cf. SERRANO, J. A. – “Tumor solido do ovario, do peso de 2150 gr. Laparotomia. Cura.” *A Medicina Contemporânea*. Ano VII. Nº 27 (1889), pp. 201-203, e SERRANO, J. A. – “Tumor solido do ovario, do peso de 2150 gr. Laparotomia. Cura. (Continuação)” *A Medicina Contemporânea*. Ano VII. Nº 28 (1889), pp. 209-210. E ainda MARTINS, J. T. de Sousa – “Explicações sobre ovariectomia. Acerca da primeira ovariectomia feita em Portugal. Acidentes da anestesia.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*. (6 de Julho de 1889), p. 269.

inicialmente com um quisto do ovário e operado como tal, não o teria sido se o diagnóstico original fosse o de um tumor sólido, para o qual se recomendaria o habitual tratamento conservador e de feição paliativa. O que era mais habitual era realizar a extirpação de pequenos nódulos tumorais facilmente acessíveis, e que não implicassem à partida qualquer suspeita de recidiva. Só assim se compreende a cirurgia efectuada 30 anos antes a um cancroide do lábio em Fevereiro de 1859 no grande Hospital de São José:

*“Durante esta semana houve só uma operação digna de mencionar-se: a extirpação d`um cancroide do labio inferior e a cheiloplastia. O operador, o sr. Marques, prolongou com duas pequenas incisões os angulos da boca, comprehendeu depois a parte affectada n`uma incisão em V. separou, quando foi necessário, os retalhos lateraes e uniu-os com pontos de sutura. É o processo de Malgaigne.”*¹⁴²

Se em alguns casos o recurso ao bisturi era possível no domínio das manifestações visíveis do tumor, sempre que a lesão estivesse limitada, fosse acessível aos instrumentos cirúrgicos e se esperasse alguma segurança no resultado da intervenção, tais intervenções não promoviam a cura da doença, extinguindo apenas uma manifestação local. Como nos refere o médico João Lacerda em 1865, *“Se muitas vezes, nos que são do domínio da clinica externa, o canivete do cirurgião consegue fazel-as desaparecer, a intervenção da arte não effectua a cura radical da doença, extingue apenas um symptoma, uma manifestação local da diathese que mais tarde, às vezes bem pouco tempo depois surge de novo reproduzindo a lesão anatómica no mesmo órgão ou n`outro, e conduzindo o doente por uma vereda de soffrimentos ao termo fatal da existência.”*¹⁴³

Estas considerações relativas aos meios cirúrgicos utilizados no tratamento dos tumores visíveis, delimitados e acessíveis, estavam muito longe de serem aplicados aos órgãos internos, rejeitando-se à partida a intervenção do bisturi em tais situações, face aos enormes riscos associados e sobejamente conhecidos da classe médica.

Os casos em que se praticavam cirurgias mais audazes resultavam quase sempre mal. Apesar de Claude-Anthelme Récamier ter tido sucesso na primeira histerectomia

¹⁴² Cf “Revista Médica” *Archivo Universal*. Nº 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139.

¹⁴³ LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do figado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, p. 27.

total de um cancro do útero em 1829, o feito deve-se à extraordinária perícia do cirurgião, e foi praticamente incapaz de se reproduzir: das 21 doentes submetidas a histerectomia 3 anos mais tarde, nenhuma sobreviveu à operação, o que levou rapidamente ao abandono de tal experiência.¹⁴⁴ Da mesma maneira, se Lisfranc foi capaz de realizar em 1826 algumas ablações de recto canceroso, o sucesso relativo da técnica cirúrgica (sobreviveram 5 em 9 doentes) esbarrou com a morte a prazo de todos os operados, fruto de recidivas.¹⁴⁵ No outro lado do atlântico o sucesso era igualmente muito limitado, e em 1838 Richard Kissam não deixou de relatar o seu insucesso aquando da morte de uma doente por sepsis,¹⁴⁶ após ter procedido à remoção de um tumor do ovário.¹⁴⁷

As infecções pós-operatórias eram responsáveis pelo falhanço completo das melhores e mais cuidadosas técnicas, fazendo decrescer dramaticamente, todo e qualquer eventual sucesso inicial. Em meados do século XIX, mesmo a pequena cirurgia podia acabar em tragédia, como se pode constatar das referências a actos operatórios efectuadas em 1859 no Hospital de São José:

*“No hospital [de São José] tem-se feito, que nos conste, desde o 1º de Janeiro duas operações: uma cataracta por depressão, cujo resultado se não pôde conhecer ainda, e a extirpação d’um cancroide do labio inferior, remediando-se a falta de substancia com a cheiloplastia, pelo processo de Syme. Neste caso a gangrena sobreveio aos retalhos, que se tinham feito, estendeu-se aos tegumentos do peito e o doente falleceu dia e meio depois da operação.”*¹⁴⁸

O tratamento da maioria dos tumores passou a depender de dois desenvolvimentos, ambos umbilicalmente ligados à cirurgia. O primeiro foi a introdução dos anestésicos

¹⁴⁴ Cf. ACKERKNECHT, Erwin – *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris: Payot, 1986, p. 188. Claude-Anthelme Récamier (1774-1852) também nos transmitiu em 1829 a noção de metástase, sem que isso alterasse significativamente as ideias contidas das descrições medievais e greco-romanas sobre as mesmas.

¹⁴⁵ Cf. COCHETON, J. J.; GUERRE, J.; PÉQUIGNOT, H. – *Histoire illustrée de l’hépto-gastro-entérologie*. Paris: Roger da Costa, 1987, p. 140.

¹⁴⁶ Entenda-se por *sepsis* uma infecção generalizada, potencialmente fatal.

¹⁴⁷ Cf. “Case of removal of an ovarian tumour.” *The American Medical Intelligencer*. Vol. I. Nº 23 (1838), pp. 409-411.

¹⁴⁸ “Revista Médica.” *Archivo Universal*. Nº 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28.

em 1846, o que permitiu inaugurar uma nova era, no decurso da qual se descobriu que a cirurgia radical seguida da extracção dos gânglios linfáticos adjacentes podia talvez permitir uma cura. Note-se que até então, e mesmo posteriormente - até finais do século XIX - a única técnica passível de ser utilizada com eventual sucesso no combate ao cancro continuou a ser esta ablação cirúrgica alargada, que podia chegar a incluir casos extremos onde se praticava a amputação total de membros, de modo a ser considerada realmente eficaz.¹⁴⁹ Cloroformizar o doente antes de o submeter a um acto cirúrgico, passou a ser a norma no ambiente hospitalar.

O segundo grande desenvolvimento que estimulou o alargamento da cirurgia surge no devir da introdução dos princípios da assepsia por Joseph Lister em 1867, permitindo reduzir consideravelmente as mortes pós-cirúrgicas provocadas por sepsis. Baseado nos conceitos de Pasteur, Lister introduziu o uso do ácido fénico e descreveu os princípios da assepsia em vários artigos na revista médica *The Lancet* nesse mesmo ano.¹⁵⁰ E mau grado a oposição de alguns detractores mais cépticos, passados poucos anos já faziam parte da prática cirúrgica corrente em toda a Europa. Começava assim, o princípio do fim da temida sepsis pós-operatória, factor contra indicativo por excelência da cirurgia interna.

Curiosamente, no mesmo ano em que Lister publica os seus princípios, surge em Portugal uma tese de final de curso na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, integralmente dedicada às condições de higiene do Hospital de Santo António, na então denominada “grande cirurgia,” demonstrando a actualidade e pertinência de que se revestia o tema da higiene em contexto operatório.¹⁵¹

Estes verdadeiros progressos acabaram por libertar a prática cirúrgica da dor e do risco de sepsis, permitindo um uso muito mais alargado da cirurgia no tratamento dos tumores. Na década que precedeu a introdução do éter, apenas tinham sido efectuadas 385 cirurgias no Massachussets Medical Hospital. Na última década do século XIX,

¹⁴⁹ Cf. BARBOSA, António Maria – “Cancro encephaloide das partes molles do braço direito – amputação – cura.” *Gazeta Médica de Lisboa*. T. III (1855), pp. 21 e 57.

¹⁵⁰ Foram três os artigos publicados na revista médica *The Lancet*, intitulados “*Illustrations of the antiseptic system of treatment in surgery.*”

¹⁵¹ Cf. ALBUQUERQUE, José Vitorino de Souza – *Condições hygienicas do Hospital de Santo António com relação às operações de grande cirurgia*. Porto: 1867.

tinham sido efectuadas mais de 20 000 cirurgias apenas nesse hospital.¹⁵² Em Portugal, o panorama era semelhante.

Os progressos foram de facto notáveis, e não é sem razão que alguns autores o denominam como o século dos cirurgiões. Em 1855, Theodore Bilioth escreveu uma monografia sobre pólipos do cólon, reconhecendo a relação entre os pólipos adenomatosos e o cancro colonrectal. Foi o primeiro a remover um cancro do recto, e em 1876 já havia realizado 33 operações deste género. Foi igualmente este cirurgião alemão quem realizou a primeira ressecção esofágica em 1872, e dois anos mais tarde, a primeira laringectomia. Em 1881 realizou a primeira gastrectomia sub-total por cancro gástrico do piloro numa doente de 43 anos. No registo do cancro da mama, a introdução em 1894 da mastectomia radical por William Halsted¹⁵³ permitiu aumentar a taxa de sucesso associada a este procedimento, sendo usado com resultados variados, ao longo do século seguinte.

Em Portugal, os preceitos de assepsia e desinfecção preconizados por Lister tiveram boa aceitação, e de um modo geral eram seguidos a preceito em todo o tipo de cirurgia. Supervisionados com todo o cuidado e rigor nas salas dedicadas à prática operatória, eram um verdadeiro momento de sagração de uma liturgia instrumental ensaiada, entretanto tornada espectáculo visual de técnica cirúrgica e destreza manual:

*“O doente foi levado para o anfiteatro e ali depois de prévia injeção de morfina foi feita a anestesia pelo clorofórmio. Puseram-se em prática os mais minuciosos cuidados do penso de Lister; mãos, instrumentos, região da operação, tudo foi convenientemente desinfectado. A operação foi feita debaixo da chuva fénica; as esponjas de que me servi foram as de que os senhores me veem usar sempre nas operações, esponjas desinfectadas pelo processo mais rigoroso. (...) Extirpado o tumor, fez-se a costura de pontos separados com seda fenicada (...), pôs-se o penso de Lister, e fez-se a compressão por meio de esponjas fenicadas.”*¹⁵⁴

¹⁵² Cf. WAGENSTEEN, O. H. – “Has medical history importance for surgeons?” *Surgery Gynecology & Obstetrics*. 140 (1975), p. 434.

¹⁵³ William Stewart Halsted (1852-1922), foi professor de cirurgia na Universidade Johns Hopkins, desenvolveu a técnica da mastectomia radical, tendo baseado parte do seu trabalho no do cirurgião londrino W. Sampson Handley, que acreditava que o cancro se espalhava por invasão dos tecidos circundantes a partir do tumor original. Halsted não acreditava que a metastização pudesse ocorrer através da corrente sanguínea. Cf. RUTKOW, Ira M. – “William Stewart Halsted.” *Archives of Surgery*. 135 (2000), pp. 1478-1479.

¹⁵⁴ *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano V (1887), p. 154.

A temática da assepsia e anti-sepsia tornou-se incontornável na formação doutrinal dos médicos, sobretudo nos anos 70, 80 e 90, suscitando inclusive a realização de dissertações de licenciatura nas escolas médicas portuguesas,¹⁵⁵ em clara consonância com a consagração prática das doutrinas microbianas. Isso não significa que não houvesse ainda lacunas a preencher, como parece ter sido o caso do Hospital de Santo António do Porto, onde a ausência de uma sala de operações adequada dava azo a críticas contundentes dos alunos, pugnando por uma melhoria das condições operatórias da instituição portuense.¹⁵⁶

Mas apesar do progresso introduzido pelos princípios de Lister, os limites da cirurgia oncológica ainda eram por demais evidentes, de tal forma que os médicos sentiam a necessidade de proceder a tratamentos sistémicos que pudessem ser mais eficazes. Em 1878, Thomas Beatson descobriu que as coelhas deixavam de produzir leite após a ablação cirúrgica dos ovários, e estabeleceu inadvertidamente a ligação entre o estrogénio e o cancro da mama, antes mesmo da descoberta da hormona propriamente dita. Os resultados destas descobertas lançaram as bases da hormonoterapia moderna para o tratamento do cancro da mama e da próstata.

Ainda no final da centúria de oitocentos, James Paget avança que as células tumorais se podiam difundir através da corrente sanguínea e alojar-se noutros órgãos, mesmo que elas parecessem apenas poder aparecer em determinados locais. Apesar disso, a descoberta do carácter transplantável dos tumores não pôde ser imediatamente explorada.

E em 1896, no final de um século marcante para a transformação da medicina em disciplina científica, a descoberta dos raios X pelo professor de física alemão Wilhelm Conrad Röntgen mostrou-se não só uma ferramenta útil para o diagnóstico e tratamento do cancro, mas mostrou também que podia ser um agente causal da própria

¹⁵⁵ Os títulos são variados. Veja-se, a título de exemplo PEREIRA, Alexandre de Sousa – *Breves Considerações sobre Patogenia Microbiótica e Antiseptia*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: 1888.

¹⁵⁶ “*Diante da consagração prática das doutrinas microbianas, que sem duvida alguma são a base de todo o progresso da cirurgia moderna, é lastimável dizer-se que os serviços clínicos da nossa escola, no hospital de Santo António, não possuem uma sala própria para operações! E só podemos atribuir isto á incúria ou má interpetração das administrações do hospital. Comprehende-se que uma installação d’esta ordem se não faça sem algum dispêndio, apesar de que muito se gasta ás vezes em cousas superfulas. Mesmo assim, precisamos considerar que acima de tudo estão a vida do doente e os bons êxitos operatórios.*” In PIMENTA, António Coutinho de Araújo – *Asepsia e Antiseptia em cirurgia*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: Typographia de Pereira e Cunha, 1892, p. 70.

doença. O interesse suscitado por esta nova técnica foi tão desusado, que passado um ano após a publicação da descoberta, tinham-se publicado mais de 1000 artigos científicos sobre o tema. Contudo, faltava ainda adequar as doses e os procedimentos de segurança daquela que ficou conhecida na época como Röntgenterapia. Poucos meses após a descoberta, os raios X foram usados para tratar três casos de cancro da mama, dois por Hermann Goeth em Hamburgo e outro por Emile Herman Grubbé em Chicago, com resultados inicialmente bastante promissores.

Apesar de vários progressos cirúrgicos, chegados ao final de um século de muitos esforços e tentativas explicativas, a abordagem terapêutica mais usual continuava a reproduzir a intervenção cautelosa e limitada que evoluíra muito lentamente desde a antiguidade. No espírito da maioria dos médicos persistia ainda o estatuto maldito de uma doença, que com o advento da microbiologia de Pasteur, muitos pensavam vir a poder encontrar no imenso reino microbiano, clarificado à luz das lentes de um qualquer potente microscópio.

Quando Pierre e Marie Curie isolaram o rádio, encontraram por mero acaso o primeiro método não cirúrgico eficaz para o tratamento do cancro, inaugurando uma época de abordagens multidisciplinares da doença. Mas mesmo com o advento da radioterapia, esta ainda palmilhava os primeiros passos, não aportando tratamentos com resultados inequívocos e duradouros.

As ideias que desde sempre regeram a abordagem médica do cancro passavam pela discussão do seu carácter geral ou local, pela noção de metástase, e ainda pela terapêutica a instituir, com ênfase particular nos cuidados paliativos.

Fosse devido a uma predisposição geral existente no organismo, fosse uma lesão primitivamente local que se torna geral *a posteriori*, a causa primária que presidia ao aparecimento da doença permanecia completamente desconhecida para os investigadores de finais do século XIX. Da mesma maneira, e exceptuando os avanços cirúrgicos, as respostas médicas ao cancro continuavam como praticamente o foram ao longo da história da humanidade, um verdadeiro caso para *noli me tangere*, ou como dizia Rengade em 1883 ao lembrar que: “*O mal que o remédio não cura, diziam os antigos, cura-o o ferro; o mal que o ferro não cura, cura-o o fogo; o mal que o fogo não cura, é incurável.*”¹⁵⁷

¹⁵⁷ RENGADE, J. — *Os Grandes Males e os Grandes Remédios*. Lisboa: Editora Empresa Literária Luso-Brasileira, 1883, p. 714. A expressão original popularizada pela escola árabe medieval “*Quod medicina non sanat, ferrum sanat; quod ferrum non sanat, ignis sanat; quod ignis non sanat; insanabile dice*

1.3 – Percepções e respostas médico-sociais face a uma nova/velha doença.

*“O canceroso, como o tuberculoso, nunca faz ideia do seu estado; na véspera da terminação fatal da doença, tem ainda ilusões que causam a maior surpresa.”*¹⁵⁸

José de Oliveira Lima, 1907

Ernst Cassirer, na sua abordagem sobre a História, considera o universo de investigação do historiador como um universo simbólico, um verdadeiro “*mundo de símbolos*”, que deve ser apreendido e interpretado de acordo com o contexto em que é produzido, e com base nas matrizes culturais que a sustentam.¹⁵⁹

Considerando este pensamento de Cassirer, é interessante notar que, em larga medida, a visão hipocrático-galénica sobre a incurabilidade do cancro perdurou de tal forma nas mentalidades ao longo de tanto tempo, que mesmo nos dias de hoje há quem o considere à partida incurável, demorando por longo tempo a procura de tratamento médico adequado, mesmo quando este se encontra disponível. Neste sentido, analisar as percepções humanas sobre o cancro abre-nos uma janela para alguns aspectos culturais que lhe são muito próprios, enquanto doença sempre frustrante, tanto pela natureza insidiosa do seu crescimento, quanto pela proverbial resistência às mais furiosas tentativas terapêuticas. É o símbolo visível da mais angustiante percepção humana sobre a doença, cujas matrizes culturais mergulham no nosso passado mais recôndito. Note-se ainda que a compreensão humana sobre o cancro dependeu, em muito, das crenças médicas sobre a natureza biológica dos neoplasmas, da ineficácia da terapêutica, e ainda dos valores, da dor, do sofrimento e do modo como vemos o nosso próprio corpo.

Em termos da medicina tradicional, desde a época moderna que tanto os doentes como os médicos inscreviam a sua compreensão do cancro num quadro comum, que, na sua essência, afectava o indivíduo como um todo, mas que era sempre visto como singular, próprio de cada um e indissociável do indivíduo. A doença podia-se manifestar

potest” traduzia-se de forma muito semelhante: “*O ferro [a cirurgia] cura aquelas enfermidades que a medicina não remedeia; as que o ferro não cura são curadas pelo fogo, e as que o fogo não trata, contem-se então entre as totalmente incuráveis*”.

¹⁵⁸ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 318.

¹⁵⁹ Cf. CASSIRER, Ernst – *Ensaio sobre o homem. Introdução a uma filosofia da cultura humana*. São Paulo: Martins Fontes, 1994, pp. 279-335.

localmente, mas constituía a sùmula ou a conjunção de vários problemas, que iam de defeitos constitucionais da pessoa, do seu património hereditário, dos seus hábitos alimentares, ou outros, conforme a explicação mais plausível para o médico. O diagnóstico passava pela observação dos sinais e apreciação dos sintomas mais evidentes, observáveis e passíveis de uma interpretação nem sempre igual, o que no caso dos cancros internos, raramente detectados, se tornava sumamente difícil e habitualmente impossível de realizar em vida. Este quadro perceptivo manteve-se até ao advento do século XIX.

A emergência da medicina hospitalar e a introdução do método clínico-anatómico permitiram um novo olhar médico sobre as doenças em geral e sobre o cancro em particular. A banalização do uso do microscópio permitiu observar as mudanças celulares nos tumores, desviando a atenção dos médicos para o campo celular. Em finais de oitocentos, a maioria não duvidava em classificar o cancro como doença local mas de consequências sistémicas. Se até então o cancro era habitualmente considerado uma maleita do indivíduo no seu todo, nos finais do século XIX a atenção deslocara-se para as manifestações locais da doença e para as células cancerosas susceptíveis de constituírem a origem de novos crescimentos tumorais noutras regiões do corpo.

Neste contexto, o tratamento do cancro passava a ser não só do apanágio exclusivo do médico, mas sobretudo do bisturi do cirurgião, que dispunha das competências e as técnicas necessárias para o classificar cientificamente e abordar na sua localização mais recôndita.

E se, como se viu no capítulo anterior, as ideias médicas dominantes sobre a origem do cancro se foram alterando muito lentamente desde Hipócrates, num processo que durou milénios, tanto as possibilidades terapêuticas como a percepção humana negativa e terrificante da doença permaneceram invariavelmente as mesmas desde a antiguidade até ao século XIX.

Desde a teoria celular de Virchow que se começa a falar do cancro como uma “loucura celular”,¹⁶⁰ um delírio histológico, aberrante, perverso, revolucionário: caos, anarquia, revolução celular vitoriosa.

Em termos de discurso médico, a literatura científica de cada época caracterizava-o sempre com recurso a uma prosa invariavelmente sombria e de desfecho fatalista, visto

¹⁶⁰ Esta “loucura celular” foi certamente o mote para o título de uma das melhores obras francesas coevas sobre o cancro, da autoria de Pierre Darmon. Veja-se DARMON, Pierre – *Les Cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Plon, 1993.

enquanto mal terrível e quase sempre mortal. Os médicos reconheciam a doença, tentavam sistematizá-la, mas também declaravam abertamente a sua débil compreensão sobre a etiologia da mesma. Se os médicos gregos da antiguidade ligavam o cancro ao mundo aquático, lugar mítico de onde provinha o monstruoso e o inesperado, na idade média, Isidoro de Sevilha continuava a aceitar as mesmas premissas, definindo-o como praga incurável, que exigia uma intervenção cirúrgica apenas para prolongar ligeiramente a vida, ou quando muito, retardar por pouco tempo a morte aprazada.¹⁶¹

A impotência médica plasmada nos relatórios das observações clínicas dos doentes reflectem o sofrimento, a dor, e a inexorabilidade de um desfecho conhecido. São a imagem vibrante de uma doença que ultrapassava as capacidades da medicina, e que, como tantas outras, se plasmava em prosa pungente, delineada nas mais gráficas descrições encontradas nos escritos médicos. Quando no século XVI Amato Lusitano referia que num dos seus doentes as “*dores acompanhavam sempre esta chaga*” e, por fim, foram “*mais fortes e graves que nunca*”¹⁶², é de ressaltar que este tipo de discurso angustiado e fatalista se manteve inalterado até ao tempo presente.

António Ferreira relata em 1705 um caso de cancro da mama inoperável, aludindo aos padecimentos da doente e à sua própria incapacidade para trazer qualquer tipo de abordagem ou remédio curativo:

“(…) manifestamente vejo, que o achaque, que esta senhora padece, ha hum cancro ulcerado, enfermidade taõ ruim, como trabalhosa, taõ cruel, como mortifera, (...) se tem alastrado, de modo que occupa a cintura, & sovaco, sendo já total impedimento ao braço, ha já febre, e debilitaçõens de forças, (...) No estado em que ao presente está, não admite esta [cirurgia], pois allem de não concorrerem as condiçoens ditas, não está capaz pela debilidade do sujeito, senão a paleativa, com que paleando se va dilatando a vida por mais annos.”¹⁶³

¹⁶¹ “*Cancer a similitudine maritimi animalis vocatum vulnus (sicut medici dicunt) nulis medicamentis sanabili. Aut ergo precidi sole a corpore membrum, ubi nascitur, ut aliquanto diutius viuat: tamen inde mortem, quamlibet tardius affuturam.*” In S. ISIDORI – *Hispalensis Episcopi Hispaniarum Doctoris Opera Omnia*. Romae: Typis Antonii Fulgonii, 1798, pp. 181-182.

¹⁶² BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas*. Cura XXXI. Trad. de Firmino Cresso. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946, p. 113.

¹⁶³ FERREIRA, António – *Luz verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa: na Officina de Valentim da Costa Deslandes, 1705, pp. 421 e 423.

Em 1741, no seu *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro*, o cirurgião Anastácio da Nóbrega refere-se-lhe como sendo uma “(...) enfermidade tão feroz, que à violência de sua fúria parece impossível escapar, o que por infortunio caiu em suas garras, podendo-se supor infeliz na possessão de tão desumano mal. É um ardiloso veneno, que entrando com suavidade a nascer, acaba com rigor a maltratar; e de sorte que se não contenta, sem que devore a mais preciosa prenda da saúde, e por conseguinte, sem que roube a mais estimável jóia da vida.”¹⁶⁴

Muito mais do que para qualquer outra doença, nos tratados médicos oitocentistas eram habituais as descrições adjectivadas, mostrando a aparência assombrosa que o cancro podia assumir, a par do seu triunfo, lento mas firme, minando a existência dos afectados, geralmente em idades mais avançadas. As menções à natureza dolorosa também eram habituais, bem como a degradação física extrema, elementos que ofereciam, por vezes, imagens repugnantes de forte deformação corporal.

No primeiro quartel do século XIX as diferenças no discurso médico não existem. Os relatos clínicos eram tão precisos nessa altura como o são hoje, muito descritivos nas minudências e pormenores a que aludem, pintando quadros vivos de verdadeiro sofrimento humano. As fases avançadas são descritas com a minúcia de um grafismo muito claro, algo que só um cirurgião habituado a esta doença consegue descrever; verdadeira medicina baseada na evidência sem necessidade de comprovação laboratorial do diagnóstico:

*“Quando o cancro tem chegado a este grao, estende os seus destroços a toda a economia: as penas que o enfermo soffre, não lhe deixarão algum repouso; os tempos quentes e tempestuosos exasperão os seus males; a magreza he extrema, a pelle seca, e como terrosa; os ossos tornão-se frageis por perderem a sua geletina; as feições do rosto se altêrão; e exprimem ao mesmo tempo a dôr fysica, e a desesperação; as glandulas linfaticas do interior se enfartão, e suppurão; a febre lenta acaba de consumir as forças já esgotadas por esta reunião de accidentes. Tal he o curso do cancro abandonado a si mesmo.”*¹⁶⁵

¹⁶⁴ NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro (...)* : dedicado ao senhor Francisco Teixeira Torres, Medico da camera de Sua Magestade... Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741, p. 2.

¹⁶⁵ LEGOUAS, F. M. V. – *Novos principios de cirurgia, resumidos das obras dos authores modernos conforme o plano do livro de G. de la Faye (...)* T. II. Lisboa: na Typografia Rollandiana, 1817, p. 320.

Cerca de trezentos anos após as descrições de Amato, e cento e cinquenta após as palavras de Nóbrega, escreveu no mesmo sentido fatalista o médico João de Lacerda. Em 1865, relatando o caso de um doente com cancro do fígado internado no Hospital de Santo António anotava:

“Dia 20 – Passou mal de noite com dôres no tumor, anciedade, e insomnia. Apresenta-se á hora da visita com respiração entrecortada, ancioso, pulso a 128, pequeno, duro; calor de pele muito exagerado. Localmente em volta da escara um circulo inflamatório, mais intenso do que se achava no dia antecedente. O tumor do mesmo volume. (...)

Dia 27 – Morte à uma da manhã.”¹⁶⁶

Aproximadamente duas décadas mais tarde, Silva Carvalho descrevia com todo o pormenor os sofrimentos de uma doente portadora de cancro esofágico:

“Continuei com o mesmo tratamento, aumentando a dose do brometo com que pretendia combater os espasmos do esófago, o estado de excitação em que se achava a doente e as insónias. O estado da doente agravava-se dia para dia (...) Em seguida a estas alterações do regimen [dieta alimentar] seguiam-se muitas vezes crises dolorosissimas em que a doente se rolava no leito com ansias enormes e vômitos que a deixavam muito extenuada. A disfagia foi aumentando mais e mais até que se tornou completa, as tentativas de engulir leite ou mesmo água simples tinham por único resultado aumentar-lhe os sofrimentos, sem proveito algum porque o líquido bebido era imediatamente deitado fora.”¹⁶⁷

Os sintomas, por vezes vagos e negligenciados levavam ao alongar da doença, quantas vezes silenciosa, até ao momento em que mais nada se podia fazer. Este carácter potencialmente sub-reptício tornou-se característica quase indissociada do cancro oculto. O poeta e prosador alemão Theodor Storm, que morreu em 1888 de um cancro do estômago, descreveu o seu padecimento num pequeno poema intitulado o “Princípio do Fim” (*Beginn des Endes*):

¹⁶⁶ LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do fígado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, pp. 32 e 33.

¹⁶⁷ CARVALHO, Silva – “Revista clinica. Cancro do esophago. Alimentação durante muitos dias por meio de clysteres” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano V (1887), p. 155.

*Uma picada! Uma dor ligeira!
Que nem sequer se sabe esclarecer,
Mas que tira o prazer da vida inteira,
Pois insistindo volta o seu doer!*

*Como queixar-me se o não sei dizer?
Com que palavras traduzir a queixa?
Sinto em meu âmago este meu sofrer
De um mal que existe, que já me não deixa!*

*O mundo roda e tão velozmente
Como depressa se perdeu a esperança!
O mal começa e já não sai da mente
Que a negra foice toda a gente alcança!*¹⁶⁸

O mesmo se pode depreender da descrição que António Elias faz da evolução do cancro esofágico, justificada pelo largo conjunto de sintomas que acabam por tornar penoso o prolongar da doença:

*“Outras vezes o doente é atormentado por violentos acessos de suffocação ou por uma dyspnea violenta, (...) A fome e, sobretudo, a sede torturam o doente, e aparece uma salivação muito abundante; a cachexia accentua-se rapidamente, as dores exasperam-se, e o doente morre de inanição ou de cachexia cancerosa, quando alguma perfuração do appa-relho pulmonar ou circulatório não abrevia ainda mais os seus sofrimentos. (...) Depois de o cancro entrar em ulceração, a marcha da doença é geralmente rápida, e se algumas vezes aparece uma atenuação nos phenome-nos de dysphagia, esta é passageira e enganosa, significando apenas que houve deslocamento de alguma massa neoplasica, do que resulta um alargamento temporário no calibre do esophago. Quando assim é, as complicações graves (hemorragias, infecções bronchicas, pulmonares e pleuraes) não tardam a aparecer, tornando-se a morte imminente.”*¹⁶⁹

¹⁶⁸ Poema traduzido e transcrito em DIAS, Maria Teresa Furtado – “O cancro do esófago e do estômago.” *Boletim do IPO*. Vol 19. Nº 5 (1952), p. 10.

¹⁶⁹ ELIAS, António Duarte Lima – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto: 1902, pp. 41-42.

Chegados a 1908, o tratamento paliativo era ainda, na maioria dos casos, a única resposta médica possível e eticamente aceitável para aqueles em estado avançado. De tal modo assim era que “*Quando o tumor maligno (...) é inoperável ou quando o doente recusa a intervenção cirurgica, pode-se e deve-se utilizar o tratamento médico de maneira a calmar a dôr e a levantar o estado moral.*”¹⁷⁰ Daí que a preparação mental dos doentes não fosse menosprezada, cabendo ao médico um papel importante na atenuação do impacto psicológico da doença em fase incurável:

*“O medico nunca deve trahir pelo seu rosto o mínimo signal que a doente nunca possa desconfiar que está perdida. (...) Se a doente fálla de sorte deve-se tratar do assumpto mostrando-lhe que a doença é seria mas que pode viver durante muito tempo e que doentes declarados perdidos muitas vezes se têm curado. Se a doente apertar com muitas perguntas far-se-a calar pretextando que a fadiga de fallar lhe é altamente prejudicial. É preciso sempre convencer a doente que está atacada de uma-doença crónica para cuja cura o tempo concorre mais que as medicações, evitando sempre que dos seus lábios saia a pallavra incurável.”*¹⁷¹

Nos anos 20 do século XX, o trabalho estatístico de Frederick Hoffman sobre o impacto social do cancro era citado com inusitada frequência, recolhendo-se do mesmo algumas frases lapidares que também serviram fins de propaganda anticancerosa. Ficou célebre uma expressão que utilizou ao definir a doença e o seu inexorável fim, ao referir que “*A morte por cancro é o capítulo final de um drama horrivel da vida humana.*”¹⁷²

Pela mesma altura, Marques dos Santos não duvida ao afirmar que “*O canceroso morre no mais trágico abandono, embora se saiba que o seu mal é, por vezes, curável em determinadas circunstâncias (...)*”¹⁷³

Na verdade, acontecia com o cancro o mesmo que se passava com a tuberculose, pois consideravam-no um mal desconhecido, implacável, incurável, e não raro os

¹⁷⁰ “Notas clinicas e therapeuticas. Tratamento médico dos tumores malignos da larynge.” *Porto Médico* 5º Ano, nº 9 (1908), pp. 280.

¹⁷¹ BORGES, Humberto Ferreira – *Tratamento do cancro uterino inoperável*. Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: 1911, pp. 58-59.

¹⁷² Cartaz de propaganda do Instituto Português de Oncologia em 1935, reproduzindo a frase de Frederick Ludwig Hoffman.

¹⁷³ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 43.

acometidos procuravam ocultá-lo. Mas a matriz psicológica que a rodeava era substancialmente diferente, apesar do resultado final ser o mesmo. A marcha geralmente indolor e posteriormente insuportavelmente dolorosa, o diagnóstico tardio e um tratamento quase sempre ineficaz, contribuíram para que assumisse as prerrogativas citadas. Se algumas formas de cancro eram visíveis, ou pelo menos apresentavam alguma possibilidade de cura, outras, como a leucemia, estavam *a priori* dadas como incuráveis. O *Guia Prático de Saúde*, um dos guias de saúde mais populares na Europa com edição em português, abstinha-se mesmo de se alongar na descrição da leucemia, uma vez que “*É tão insignificante o que se pode fazer a favor do doente nas melhores circunstâncias, que o autor julga supérfluo descrever a moléstia ou sugerir qualquer tratamento.*”¹⁷⁴

E mesmo sem estar associada a qualquer ilícito moral, havia ainda quem a considerasse uma doença censurável, factor que também foi alvo de desmistificação na propaganda anticancerosa.¹⁷⁵ Esta carga psicológica altamente negativa, muito distinta e propiciadora da habitual ocultação do cancro, encontra-se expressa de modo particularmente feliz nas palavras de Norberto Lopes, médico que em 1937 se indignava com a permanência de uma mentalidade diferenciada sobre o cancro face às demais doenças: “*Porque se há-de ocultar o cancro, como se fosse uma doença censurável? Porque não pertence à categoria das doenças elegantes? Louvado Deus! Será mais elegante morrer de uma pneumonia que dum cancro?*”¹⁷⁶

Na década de 30, altura em que a consciencialização da classe médica para o problema do cancro era já uma realidade, o sofrimento das fases terminais levava alguns clínicos a contemplar e até a propor a possibilidade da eutanásia, ressaltando a inexorabilidade de um sofrimento geralmente atroz: “*Como fazer o diagnóstico precoce de tal doença que caladamente se instala, e caladamente progride, evoluçionando com maior ou menor rapidez para uma fatal generalisação inacessível à terapêutica*

¹⁷⁴ ROSSITER, Frederico – *Guia prático da saúde: tratado popular de anatomia, fisiologia e higiene, com a descrição científica das enfermidades, suas causas e seu tratamento*. Lisboa: Sociedade Filantrópica Adventista, 1933, p. 318.

¹⁷⁵ Cf. “O cancro não é uma doença censurável” *A saúde*. Nº 103-104 (Abril de 1935), pp. 2-3.

¹⁷⁶ LOPES, Norberto – “Tem dez anos de vida o Instituto Português de Oncologia e inestimáveis serviços prestados à população e à ciência.” *Diário de Lisboa* (18 de Dezembro de 1937). In *Boletim do IPO*. Vol. 5. Nº 1 (1938), p. 8.

*actual, e cujos quadros finaes explicam, e nos fazem respeitar, os civilizados que aprovam e defendem a eutanásia de alguns dos povos selvagens?”*¹⁷⁷

No caso dos carcinomas metastisados, ulcerados e/ou supurantes, a cirurgia paliativa continuava a ser uma realidade nos anos 40, de tal modo que Francisco Gentil não deixa de a colocar como opção: *“Quando não podemos curar temos o dever de diminuir o sofrimento e prolongar a vida, ainda que assim vamos criar condições para observar mais metástases a distância.”*¹⁷⁸

A procura dos serviços médicos especializados, mesmo quando estes já existiam, eram propagandeados e funcionavam à muitos anos, não deixou de coexistir com uma mentalidade que receava recorrer aos préstimos da medicina convencional, o que não deixava de espantar um dos clínicos do Instituto Português de Oncologia em 1962:

*“É surpreendente a percentagem de doentes que recorrem ao IPO em estado terminal, sem possibilidade de fazer qualquer tratamento, mesmo a título paliativo. É grande o número de pessoas que comparecem nas consultas, portadores de tumores extensos, inoperáveis, sem qualquer possibilidade terapêutica. São doentes que referem muitas vezes o aparecimento de uma pequena ferida ou tumor, há meses, que tentaram tratar com os remédios locais, pomadas e injeções e que se mantém apáticos perante a evolução da doença, só procurando o médico ou o hospital quando sentem fugir-lhes as forças e a vida.”*¹⁷⁹

Talvez por isso Fernando Namora nos transmitisse um ano mais tarde uma reflexão que sintetiza de forma tão subtil como acutilante o pensar da maioria da população portuguesa sobre o tema. Apesar da constante alusão à doença na imprensa e dos esforços de uma propaganda não de pânico, mas de apelo à realidade, a luta contra o cancro ainda não criara um sentimento de defesa colectivo na mentalidade popular, muito simplesmente pelo facto de não ser uma enfermidade com as características românticas como o fora anteriormente a tuberculose:

¹⁷⁷ BASTOS, Henrique – “O cancro da próstata.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 13 (26 de Março de 1933), p. 84.

¹⁷⁸ GENTIL, Francisco – “Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 20, nº 2 (1948), p. 139.

¹⁷⁹ “Uma entrevista ao Dr. Mário Vilhena” *Boletim do IPO*. Vol. 29. Nº 10 (1962), p. 6.

“O cancro, hoje, dispendo de diferentes vias para se manifestar e de diferentes estímulos para sobreviver, é, sob muitos aspectos, um reflexo do ritmo tumultuoso, agressivo, traumatizante, que criámos e que interfere em quase todas as expressões da biologia. Daí, perdurar certa espécie de pessimismo, para não dizer irritação, em face das dúvidas, que o progresso científico ramifica, confessadas honestamente pelos investigadores, dúvidas que conduzem o homem da rua, ignorante mas atento, a concluir: nada se sabe sobre o cancro. (...) o público não se alista na nossa causa, que é de todos, porque o cancro não é uma doença romântica. Também as doenças precisam de uma auréola romântica quando se trate de impressionar multidões. O pavor, a repulsa, não bastam para congregar os que têm conhecimento do perigo. Pelo contrário: afastam-nos. Tem de haver uma reacção emocionada, instintiva, qualquer coisa que inflame a veia lamecha do nosso temperamento. (...) O tuberculoso forneceu material para versos, para romances, para heróis, para suspiros. Teceu paixões, infortúnios e obras-primas. (...) Com a neoplasia, nada. É repelente e estéril. Que os cancerosos e os médicos resolvam, sem alardes, as suas agruras. São lá coisa deles. (...)”¹⁸⁰

Falta referir que a tuberculose adquiriu uma grande parte da sua aura “romântica” quando a metodologia higienista se mostrou eficaz no isolamento e disseminação de muitos casos de tísica. A este propósito, é bom lembrar que também a tuberculose foi durante muito tempo tratada com medo, o mesmo que sucedia ainda ao tempo em que Namora escrevia estas palavras.

Mas o problema decorrente da necessária mudança de mentalidade não era apanágio exclusivo dos menos informados. Em 1964, Lima Basto apontava o dedo aos próprios médicos que também promoviam indirectamente a ideia de incurabilidade da doença, retardando o envio ao IPO de doentes eventualmente tratáveis:

“A nossa experiência em Lisboa, tem-nos mostrado que muitos médicos, depois de manterem em tratamento, ou sem ele, durante longos meses, doentes com a sua neoplasia, aguardam a fase terminal para os enviarem ao Instituto Português de Oncologia. Não estamos capacitados para fazer milagres.”¹⁸¹

¹⁸⁰ NAMORA, Fernando – “O romantismo, o público e as doenças.” *Boletim do IPO*. Vol. 30. Nº 3 (1963), pp. 1-3.

¹⁸¹ Palavras de Lima Basto in “Posse das Comissões do Núcleo do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 31. Nº 11 (1964), pp. 5-6.

Os peritos da OMS reforçaram esta ideia um ano mais tarde, ao referirem a atitude de alguns médicos que não investiam nos casos de doentes em estado avançado, em posição bem distinta da postura que assumiam ao “(...) *cuidar atentamente de um doente cardíaco ou de um que sofra dos rins. É possível que uma tal atitude encontre as suas origens na longa e sinistra história do cancro (...)*”¹⁸², doença que o tempo rotulou de incurável e à qual todos pretendem fugir, até mesmo o próprio médico.

Não restam dúvidas que o traço mais evidente desta doença é a perenidade de um conceito de incurabilidade, acompanhado de uma fama igualmente sinistra e desmoralizante, repulsiva até, aspectos que mesmo na prática médica não deixaram de ser reproduzidos nem sequer desmentidos. Poderia supor-se o contrário, em face das campanhas anticancerosas do século XX e da introdução progressiva de métodos de tratamento cada vez mais eficazes, se bem que nem sempre curativos, mas a verdade é que mesmo nos dias de hoje em muitos casos se transforma o cancro não numa doença totalmente curada, mas sim numa doença crónica, e é certo que ainda está por surgir a “bala mágica” que lhe dará, enfim, o derradeiro golpe de misericórdia.

E se o discurso e respostas da medicina ortodoxa eram, e continuaram a ser invariavelmente os mesmos nas fases mais tardias da sua evolução, apenas restava ao doente o recurso ao eventual amparo metafísico do sagrado. Por essa razão, o culto dos canonizados, com a atribuição de santos patronos a determinadas doenças, certamente mais ou menos prevalentes em determinados períodos históricos, serve para ilustrar o relevo dado às tribulações físicas do ser humano, que acaba por ter sempre uma inscrição muito clara nos domínios do sagrado. A sua invocação, é um fenómeno muito disseminado, não apenas na tradição cultural cristã, mas também noutras religiões. Contudo, o nível de “especialização” de alguns santos em doenças particulares apenas atingiu um elevado grau de variedade e sofisticação no universo hagiológico católico.

Se bem que a frequência das doenças oncológicas ainda se pautasse pela relativa raridade até ao século XX, o medo e o sofrimento causado pela doença nunca deixaram de estar presentes, inscritos inclusive desde bem cedo no universo do mundo religioso. O culto dos santos protectores baseia-se em crenças sobre a sua influência benfazeja, na qualidade quer de mediadores ou advogados contra enfermidades e desaventuranças, quer de padroeiros e patronos. Estas concepções, que ultrapassaram a acção erosiva do tempo e a medicalização das populações pela medicina científica, ainda têm forte

¹⁸² “Os médicos não devem abandonar os casos de cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 32 (1965), p. 3.

expressão nos nossos dias, sobretudo no mundo ocidental de matriz cultural judaico-cristã. O culto popular entre nós dos santos protectores ou advogados de certas enfermidades, estão documentados particularmente na importância que lhes é dada pelos clérigos nos múltiplos registos hagiográficos da cronística que entretanto chegou até nós.¹⁸³

Mas aqueles dedicados ao cancro eram poucos, diluindo-se entre as invocações mais latas, dirigidas aos que tutelavam a saúde em geral. Com o tempo, foram-se introduzindo alterações. Neste sentido, é fácil compreender que Santa Ágata de Palermo, mártir cristã do século III à qual amputaram os seios, se tenha tornado inicialmente a padroeira das doenças mamárias, e só mais tarde comece a ser invocada em particular para o cancro da mama. Na iconografia, a mártir é muitas vezes representada segurando uma bandeja com os dois peitos amputados. Um culto muito menos comum entre nós é o de São Ludgero, nascido na Frísia em 745, cuja invocação é preconizada contra os tumores da garganta.¹⁸⁴

Do mesmo modo que São Francisco de Assis abraçava os leprosos num acto de amor cristão, mais tarde, no século XIV, Santa Catarina de Siena provara a sua caridade heróica ao recolher numa taça o sangue e pus do seio de uma mulher cancerosa, para de seguida o beber como se do sangue de Cristo se tratasse.¹⁸⁵

O mesmo se pode dizer de um outro episódio em tudo semelhante no simbolismo revelado; na cerimónia do lava-pés, habitualmente realizado na Semana Santa, a rainha Isabel de Aragão, mulher de D. Dinis, e mais tarde canonizada como Rainha Santa, teria feito um milagre à portadora de um odorífero e pestilento cancro do pé. Apesar do “lastimoso espectáculo” para a visão, lavou-lhe o pé ulcerado, beijando de seguida a repelente chaga.¹⁸⁶ Em paridade com a evidente apologia da santidade da visada, estes

¹⁸³ A título de exemplo, veja-se a importância das hagiografias em COSTA, Rui Manuel Pinto; OLIVEIRA, Luís Alexandre de Sousa – “A saúde do corpo e do espírito. Uma análise das crónicas dos eremitas de Santo Agostinho na sua vertente assistencial.” *Servir*. Vol. Nº 54 - Nº 6 (2007), pp. 264-273.

¹⁸⁴ Cf. FREY, E. F. – “Saints in medical history.” *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae Amsterdam*. Vol. 14. Nº 1 (1979), pp. 35-70. Para uma visão teológica do culto dos santos na Igreja Católica, veja-se ainda MOLINARI, Paul – *Saints: Their Place in the Church*. New York: Sheed and Ward, 1965 e a sempre incontornável *Bibliotheca sanctorum*. (12 vols.) Roma: Instituto Giovanni XXIII nella Pontificia Università lateranense, 1961-70.

¹⁸⁵ Cf. BELL, R. M. – *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985.

¹⁸⁶ Cf. LACERDA, D. Fernando Correia de – *História da vida, morte, milagres, canonização e trasladação de Santa Isabel, sexta rainha de Portugal*. Lisboa: na Officina de António de Sousa da Sylva, 1735, pp. 30-31.

actos repulsivos e anti-naturais devem ser aqui entendidos como acções simbólicas que nos remetem para o sentimento de horror, sofrimento e repulsa associados à doença cancerosa: estigmatizante, repugnante, dolorosa, debilitante e invariavelmente fatal, atributos que não são exclusivos do cancro mas que se lhe associam de imediato.

O caso de São Fiacrio, referido em pelo menos dois catálogos portugueses do século XVIII, é enumerado como “*advogado contra os cancros e almorreimas*” (ou almorreimas), mostrando a habitual filiação doença/santo protector, tão característica do cristianismo católico.¹⁸⁷ Mostra também a inclusão do cancro num rol alargado de outros “tumores”, fossem eles malignos ou benignos, como era o caso das “almorreimas”, que não são senão as comuns hemorróides, que sendo incomodativas para os que delas padeciam, nada tinham de maligno.

No domínio do sagrado, o cancro logrou, como tantas outras patologias, um lugar próprio, expresso na hagiografia, nas preces, ou inscrito na guarda de um santo protector. Mas o processo foi mais recente do que se possa pensar. Quando em meados do século XX o papa Pio XII proclama São Peregrino Laziosi como padroeiro dos cancerosos, verificamos que o faz numa altura em que a sociedade já havia despertado definitivamente para o problema da doença oncológica, e se encontrava em marcha um esforço internacional no sentido de combater e debelar o novo flagelo dos tempos modernos. A inclusão desta problemática num discurso de 1949, especialmente dirigido aos participantes na sétima semana de estudo sobre o problema biológico do cancro, é o exemplo acabado da importância social representada pela patologia cancerosa.¹⁸⁸ A escolha de São Peregrino, que viveu nos séculos XIII e XIV, prendeu-se com o facto de o próprio ter sido alegadamente acometido de um cancro da perna,¹⁸⁹ de odor intenso e ofensivo, em relação estreita com o ideário perpetuado ao longo do tempo sobre a doença oncológica. Mais recentemente, refira-se que a invocação de Santa Eufémia

¹⁸⁷ Cf. o manuscrito setecentista anónimo da BPMP nº 569, intitulado “*Santos Advogados contra os achaques e enfermidades do corpo humano*” transcrito in SANTOS, Eugénio dos – “O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário.” *Revista da Faculdade de Letras. História*. II Série. Vol. I. (1984), pp. 199-201, e ainda o catálogo do padre oratoriano CARDOSO, Luis – *Receita Universal ou Breve Notícia dos Santos Especiais Advogados contra os achaques, doenças, perigos e infortúnios, a que ordinariamente vive sujeita a natureza humana*. Lisboa Occidental: na officina de Joseph António da Sylva, 1727.

¹⁸⁸ Sobre os diferentes discursos de Pio XII dirigidos à comunidade médica veja-se BOLÉO, José de Paiva – “Discursos de Pio XII aos médicos.” *Jornal do Médico*. Nº 16 (5 de Abril de 1951), pp. 129-130.

¹⁸⁹ Alguns historiadores acreditam que Laziosi sofria de veias varicosas e não de cancro. Cf. JACKSON, Robert – “St. Peregrine, O.S.M – Patron Saint of Cancer Patients.” *Canadian Medical Association Journal*. 111 (19 October 1971), pp. 824-827.

tomou, no tempo presente, o lugar de destaque como intercessor divino para os acometidos, com maior expressão popular em algumas zonas do país, sobretudo na região norte e centro.

Contudo, e apesar de se encontrar inscrito no representativo culto dos Santos, dificilmente podemos encontrar uma grande mobilização social em face do mal canceroso, senão a partir da última década de oitocentos. Apesar de constituir uma patologia genericamente encarada por todos como anatematizante, era um problema de saúde relativamente incomum, sem as características de rápida propagação, tão habituais nas doenças infecto-contagiosas, nem do elevado número de óbitos, tão frequentes nos fenómenos epidémicos. Episódio quase sempre pessoal e muitas vezes inominável pelo seu habitual desfecho, o cancro permaneceu desde sempre como problema de natureza individual, sem a dimensão colectiva e social que actualmente lhe atribuímos e que nos é actualmente tão familiar.

Um outro dado revelador do impacto social do cancro é a sua representação iconográfica nas artes visuais. Se ao longo dos séculos as diferentes dimensões visuais do corpo doente, da morte e das doenças, (fossem as do foro mental, da sífilis, da peste ou de outras epidemias) foram fonte de inspiração para muitos trabalhos artísticos, muitos deles de natureza religiosa, o cancro não foi, nem de longe abordado com semelhante atenção.

Exceptuando as raras gravuras e ilustrações de alguns tratados médicos setecentistas e oitocentistas, ou mesmo as fotografias documentais que desde finais do século XIX começam a ilustrar sistematicamente as doenças, os doentes ou os estados patológicos com intuítos científicos, aquilo que hoje poderíamos designar por iconografia oncológica foi coisa que não abundou. Daí que sejam muito raros e difíceis de encontrar na pintura ou sequer em gravuras os exemplos que aludem aos doentes afectados, ao tratamento, ou sequer a uma qualquer manifestação clínica.

Quando existem ou se conseguem identificar, constituem verdadeiros achados, e encontram-se ligados a momentos milagrosos que nos remetem para o papel da religião e do culto cristão dos Santos.¹⁹⁰

A morte assumia muitas formas e tinha muitas causas, mas a doença oncológica não era mais significativa do que as demais. Morria-se de varíola e de disenteria como hoje

¹⁹⁰ Cf. um destes raros exemplos na obra do pintor renascentista Ambrosius Francken, in BERLE, E. J. – “`Miraculous Cancer Surgery` Iconography of a painting by the flemish painter Ambrosius Francken.” *International Journal of Gynecological Cancer*. Vol. 13 (March/April 2003), pp. 115-116.

se morre de velhice, isto é, como e quando Deus queria. E também de cancro. Com efeito, a doença só passa a existir enquanto fenómeno social, quando existem uma concordância na sua percepção, classificação e nas respostas que lhe são dadas. A sua aceitação exige que se estabeleça uma estrutura social específica para lidar com as arbitrariedades que ela origina, forçando uma reacção colectiva.

Para que tal pudesse acontecer, era necessário associar o cancro à noção de contagiosidade, algo que parece ter estado algo longe das concepções médicas sobre a doença. Apesar da natureza infecciosa dos tumores malignos parecer evidente para alguns, as tentativas de inoculação animal do *suco canceroso* efectuadas por Peyrilhe em 1773, e depois por Dupuytren, Bielt, Lenoble, Gluge, Valentin e Vogel, não obtiveram senão resultados completamente negativos. Por esta razão, no século XVIII e maior parte do XIX, a opinião corrente entre os médicos portugueses, reproduzindo aquela descrita na literatura médica francesa, ao tempo a mais seguida no nosso país, era a da não contagiosidade do cancro.¹⁹¹ Apesar de não haver provas científicas inequívocas, tal não significa que não continuasse a existir uma corrente subliminar do pensamento médico, que não descartava de todo o enquadramento da doença no âmbito infeccioso.

Doença ainda mal explicada e praticamente insanável, pode-se contudo entrever no discurso médico de finais de oitocentos uma real percepção médica e social sobre o cancro: a de que sua frequência parece começar a aumentar a partir da segunda metade do século XIX. Não nos esqueçamos que é também nesta altura que a esperança média de vida nos países ocidentais começa a configurar uma tendência mais positiva, e Portugal segue essa tendência demográfica.

Se bem que toda a doença constitui no seu âmago e nas suas implicações um evento social, no caso do cancro, tal só sucedeu a partir de finais do século XIX, quando este passou a ser percebido como uma verdadeira ameaça de saúde pública. A partir desse momento desencadeou uma intensa mobilização social, acto que não foi exclusivamente português, uma vez que é sabido que cada sociedade tenta construir a sua própria resposta às doenças, procurando estabelecer conexões entre a ordem biológica e a ordem social.¹⁹²

¹⁹¹ Cf. esta tendência dominante em “Cancer”, in *Dictionnaire de Médecine*. (2ª ed.) Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C^a., 1834, p. 313.

¹⁹² Cf. AUGÉ, Marc; HERZLICH, Claudine – *The meaning of illness*. Harwood Academic Publishers, 1995, pp. 156-158.

Anteriormente, tinham-se já realizado algumas tentativas, se bem que isoladas e incipientes, de combate institucional organizado. Numa época em que o cancro chegou a ser encarado por alguns médicos e pelo público como uma doença transmissível, a primeira manifestação europeia tangível de organização de um espaço hospitalar destinado ao tratamento de doentes cancerosos, parece ter sido a criação de um hospital para cancerosos em Reims, no ano 1738. Fruto do espírito caritativo de Jean Godinot, vigário geral da Abadia de Saint-Nicaise de Reims, este hospital inscreve-se mais na lógica dos asilos para doentes incuráveis posta em prática em França desde o século XVII, do que na criação efectiva de uma instituição com metodologia própria e objectivos específicos para o tratamento de doentes oncológicos. A população local, temendo a contagiosidade da doença, acabou por forçar o encerramento da instituição.¹⁹³

O cancro fazia parte daquelas doenças cujo tratamento e responsabilização social pela mesma não encontram por parte da sociedade nenhum estabelecimento institucional específico. Os cancerosos eram normalmente tratados em casa, e os sintomas que lhe estavam habitualmente associados, como a letargia, o emagrecimento, a indigestão ou os sangramentos, eram tratados mais frequentemente com o recurso a remédios domésticos do que pela medicina institucional.

Mesmo quando a dor e a debilidade forçavam os doentes a tratar-se no exterior da sua casa, não era aos médicos que se dirigiam no imediato. O processo curativo passava em grande parte pelo recurso a uma medicina de feição doméstica, que também incluía curandeiros, charlatães, saludadores, bruxos ou mulheres de virtude, rezas e amuletos, confiando-se relativamente pouco nas possibilidades curativas da medicina dita científica. A abordagem médica realizada com a aplicação de emplastros, cataplasmas, cautérios, cáusticos e/ou a realização de uma pequena cirurgia, funcionavam por adição aos demais métodos, e não por substituição simples de uns por outros.

A ideia que preside ao tratamento do cancro em ambiente hospitalar é relativamente recente, praticamente coeva ao processo de medicalização das sociedades ocidentais. Com efeito, a medicalização dessas sociedades só teve início no século XIX, ao longo do qual se foi progressivamente firmando. Salvaguardando raras excepções, os

¹⁹³ Cf. PINELL, P. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Éditions Métailé, 1992, pp. 21-26.

que se foram formando ao longo do século XIX partiram sempre da iniciativa de médicos, geralmente encerrando portas aquando da morte do seu fundador.

O primeiro exemplo sério do que poderíamos relatar como abordagem institucionalmente organizada da doença oncológica é de finais de setecentos, e teve lugar em Inglaterra. Em 1791, o médico londrino John Howard lançou as bases de uma luta metódica contra o cancro, ao fundar um serviço no Middlesex Hospital, especialmente dirigido aos cancerosos. No ano seguinte, elaborou os princípios gerais de uma luta metódica, que ainda hoje mantém uma actualidade virtualmente intocada pelo tempo, e que serviram muito mais tarde para definir os princípios da luta internacional contra o cancro, inclusivamente em Portugal. (Veja-se o Quadro 1)

Quadro 1 – Proposições de John Howard para a luta contra o cancro (1792)

- 1º - Fornecer asilo aos doentes nos quais a afecção, pela sua sede ou pela sua marcha, não permite já a salvação pela operação ou por qualquer outro processo;
- 2º - Admitir os doentes em que a operação parece dever procurar alívio, melhoras ou cura;
- 3º - Criar consultas externas para todos os casos susceptíveis de serem tratados sem hospitalização;
- 4º - Arquivar as observações de todos os doentes e permitir seja a quem fôr utilizar os documentos científicos desta maneira acumulados;
- 5º - Tentar, quando dêem garantias suficientes de inocuidade, os novos métodos de tratamento;
- 6º - Empreender pesquisas científicas sobre as causas e a natureza do cancro.

Fonte: Cf. ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 22.

Contudo, esta tentativa não frutificou, por falta de fundos, e de seguidores imediatos. As contribuições iam afluindo, mas entre 1853 e 1893, as três salas dedicadas aos cancerosos que ocupavam o andar superior do edifício principal do hospital, tinham apenas 26 camas. O serviço produziu poucos médicos especializados em cancerologia, apesar de ter permitido reunir num único local vários casos de doentes oncológicos, melhorando desta forma a formação dos clínicos sobre a então rara doença.¹⁹⁴

Esta experiência pioneira, que encontrará paralelo nos centros anti-cancerosos criados no século XX, também não significa que se tenha operado uma mudança significativa no modo de encarar a doença, quer do ponto de vista médico, quer do

¹⁹⁴ Cf. WILSON, E. – *History of the Middlesex Hospital*. London: 1845, cit. por LEDOUX-LEBARD, R. – *La lute contre le cancer*. Thèse pour le doctorat de médecine. Paris: 1906, p. 11 e seguintes.

ponto de vista social. Bastará referir que os meios curativos não evoluíram e o pessimismo mantinha a sua tônica habitual. As reflexões dos mais ilustrados médicos europeus em 1800, retiveram sempre a sua actualidade até aos últimos anos desse século:

*“O cancro interno é sempre incurável e mortal, o médico pode apenas trabalhar no sentido de modera e acalmar as dores vivas que os doentes sentem. Quanto ao cancro exterior, após a sua confirmação, não há outro recurso que não seja a extirpação; contudo, esta é habitualmente impraticável se o cancro está aderente, inutil se há outras glândulas estão já engorgitadas e se a massa do sangue está infectada pelo vicio canceroso; (...)”*¹⁹⁵

Apesar de ainda se ter fundado em 1801 a primeira sociedade exclusivamente médica para o estudo do cancro, a adequadamente denominada *Institution for Investigating the Nature and Cure of Cancer* não obteve quaisquer resultados científicos palpáveis, senão na publicação das primeiras ilustrações conhecidas de peças oncológicas vistas ao microscópio, por um dos membros da instituição.¹⁹⁶

Era preciso esperar pela alteração do papel do hospital enquanto instituição de saúde, e pela modificação da consciência social sobre a doença. Ao longo do século XIX, o hospital passa a ser um local diferenciado e medicalizado, onde sob o olhar do médico as doenças se agrupam por ordens, tipos e géneros, classificando os doentes de acordo com as enfermidades. Se até aí os hospitais eram vistos como antecâmaras da morte, respondendo às necessidades da pobreza e estigmatizando os enfermos, passam a ser encarados como locais para os doentes sem família, igualmente necessários no caso das doenças contagiosas ou incomuns, e para as quais a medicina requeria uma abordagem diferenciada.

O advento do tratamento oncológico institucionalizado tem as suas raízes na emergência da chamada medicina social, um conceito sanitário desenvolvido ao longo de oitocentos. A partir do século XIX, e especialmente com o desenvolvimento da

¹⁹⁵ GEOFFROY, E. L. – *Manuel de médecine pratique*, ... Paris: De Bure aîné, 1800, p. 331. (Tradução nossa)

¹⁹⁶ Cf. HOME, Sir Everard – *A short Tract on the Formation of Tumours, and the peculiarities that are met with in the structure of those that have become Cancerous; with their Mode of Treatment*. London: Bart. & C., 1830. O autor não só não comentou as imagens publicadas, como nem sequer retirou qualquer conclusão das mesmas.

Revolução Industrial, surge na Europa a denominada a medicina social, com recurso a investigações sistemáticas sobre as relações entre saúde e condições de vida das populações.

Nesse contexto, Rudolf Virchow afirmava que a medicina era uma ciência de cariz social, e que as epidemias ocorriam quando determinada população era “*submetida a condições de vida diferentes*”¹⁹⁷ daquelas em que viviam normalmente, decorrentes de graves crises agrícolas, climáticas, guerras ou grau de exploração socioeconómica. No entanto, o desenvolvimento da bacteriologia, da farmacologia e de um substrato científico da medicina, levou a que as explicações sociais dos estudos sobre a saúde e a doença fossem postas em causa, de tal modo que se chegou a uma quase cisão entre as ciências sociais e humanas e as ciências naturais, tanto do ponto de vista conceptual, quanto do ponto de vista metodológico.

Isto nunca impediu que a saúde pública não estivesse sempre no seio das preocupações biopolíticas dos poderes públicos. A afirmação progressiva da medicina experimental, teorizada e divulgada por Claude Bernard,¹⁹⁸ caminhava em paridade com o surgimento na Europa do denominado “Estado Higienista”, ao promover o envolvimento e participação do poder político nas questões da medicina preventiva. Com o objectivo de defender a sociedade, os Estados mostravam-se cada vez mais empenhados e despertados para os problemas da higiene e saúde pública, entendidos como um problema de natureza social, reforçando, por conseguinte a influência e autoridade dos médicos nesta matéria.

A saúde pública despertou um interesse desusado em toda a Europa a partir dos inícios do século XIX, com reflexos bem visíveis em Portugal. Com efeito, não faltaram livros, folhetos e jornais médicos contendo variados artigos relativos à temática da saúde pública, adjuvados por toda uma plêiade de estudos epidemiológicos acerca das epidemias, fossem elas de tifo exantemático, febre tifóide, cólera ou febre-amarela,

¹⁹⁷ Cf. ROSEN, George – *Uma história da saúde pública*. (Tradução do original inglês de 1958). São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Unesp-Abrasco, 1958.

¹⁹⁸ Claude Bernard (1813-1878), é justamente considerado o pai da medicina experimental. Sobre a sua teoria e prática experimental veja-se: BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães & C^a Editores, 1978. Trata-se da tradução em português da sua obra original BERNARD, Claude – *Introduction a l'étude de la Médecine expérimentale*. Paris: 1865.

enfermidades contagiosas que regularmente faziam a sua visita ao território continental português.¹⁹⁹

O Estado pareceu acompanhar de muito perto uma tendência que enformava o corpo médico, na senda de uma política higienista, lançando mão do seu poder legislativo, fosse através da promulgação de legislação, fosse pela introdução de regulamentos sanitários. No caso português, a produção legislativa sobre a saúde pública foi múltipla e variada ao longo de todo o século,²⁰⁰ mas o cumprimento das medidas sanitárias e de higiene colectiva legalmente impostas, acabou por ter quase sempre fraca aceitação e execução pouco eficiente por parte dos responsáveis. As doenças infecciosas mantiveram-se em alta incidência o mesmo sucedendo com a mortalidade em todas as idades. No tocante ao cancro, este não ocupava senão um lugar claramente marginal nesse contexto.

Numa altura em que a medicina estava longe de ser um serviço público, que não dispunha de técnicas eficazes de tratamento, e onde as medidas de higiene e prevenção directa eram ainda rudimentares, os principais ganhos em saúde obtidos no século XIX seriam os proporcionados pelo denominado *movimento sanitário*, que modificaram a compreensão dos problemas de saúde geral da população, alargando a intervenção da medicina e dos Estados no domínio da saúde pública, combate à doença e seu tratamento, seja na clínica do ambulatório seja no internamento.

O tratamento do cancro raramente se veria enquadrado neste movimento, acomodando-se com maior propriedade num registo meramente caritativo. O exemplo mais próximo desta concepção foi o do “Calvaire de Paris”, fundado em 1874, e onde,

¹⁹⁹ Ao longo do século XIX houve epidemias de cólera em 1833, 1853-1856 e 1865, e ainda de febre-amarela em 1851 e 1856-1857. Cf. MIRA, M. B. Ferreira de – *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947 pp. 403-411.

²⁰⁰ Leis de Saúde Pública de 1837, 1845, 1868 e, já no início do século XX, a de 1901, continuada pelas de 1926, 1944 e 1945. Há ainda a acrescentar os sucessivos Regulamentos de 1853, 1856, 1860, 1863 e 1891. Acrescem a estes a criação em 1813 da *Junta de Saúde*, cuja ineficiência levará a que seja substituída em 1820 por uma *Comissão de Saúde*, e em 1837 pelo *Conselho de Saúde Pública*. A legislação de 1837 seria substituída em 1868 pelo retrógrado decreto de Alves Martins. Apesar de em 1884 a *Junta Consultiva de Saúde Pública* substituir o *Conselho de Saúde Pública*, os resultados continuaram a ser muito reduzidos e de expressão insignificante. Cf. PINA, Luís de – *Um capítulo portuense da História da Higiene em Portugal*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1955 e CORREIA, F. S. – *Subsídios para a história da Saúde Pública Portuguesa do século XV a 1822*. Separata nº 347 de *O Médico* (1958).

dia e noite, o espírito altruísta de várias viúvas era colocado à disposição dos doentes acometidos de cancro numa fase terminal.²⁰¹

Hospitais específicos para o tratamento diferenciado dos cancerosos, era coisa que não existia na Europa. Mesmo assim, alguns filantropos e reformadores sociais tentaram proporcionar cuidados médicos gratuitos aos mais pobres e indigentes. Neste contexto, o jovem cirurgião William Marsden, abriu um dispensário em Londres, em 1828. Apesar do nome pomposo, o *London General Institution for the Gratuitous Cure of Malignant Diseases* não era senão uma simples casa de quatro pisos numa das zonas mais pobres da cidade. Foi concebido como hospital de acesso directo aos pobres e doentes, onde o tratamento se fazia de forma gratuita.²⁰²

A procura era tanta, que em 1844, o dispensário agora intitulado *Royal Free Hospital*, tratava cerca de 30 000 doentes por ano. E em 1846, quando a sua mulher morreu com cancro do ovário, Marsden abriu uma pequena casa em Cannon Row (Westminster), exclusivamente para doentes com cancro. No espaço de 10 anos essa instituição foi transferida para Fulham Road e tornou-se conhecida como *The Cancer Hospital*, onde Marsden era cirurgião sénior. Ao juntar grande número de casos, Marsden esperava que os médicos dedicados à investigação do cancro pudessem produzir novos métodos de tratamento, que fossem igualmente mais eficientes. Basicamente, os doentes eram tratados de forma indiferenciada e paliativa até ao momento em que morriam. Nem mesmo o uso de uma substância cáustica de aplicação tópica, feita à base de arsénico e desenvolvida em parceria entre Marsden e o seu filho Alexander, se mostrou de nenhuma forma revolucionária. Mais do que uma novidade, era apenas a reformulação de uma substância habitualmente utilizada desde a Idade Média.

A Grã-Bretanha, país europeu com a maior tradição no tratamento do cancro, viu serem criados entre 1857 e 1886, uma série de hospitais para cancerosos. Na sua totalidade, estas instituições partiram da iniciativa de cirurgiões, muitas vezes com o apoio financeiro de algum benemérito. Criados em Leeds, Liverpool, Manchester e

²⁰¹ Cf. BOUQUET, Henry – “Cancer et civilisation. L’Oeuvre du Calvaire.” *Le Monde medical* (1924), pp. 417-421.

²⁰² Sobre o hospital de Marsden para cancerosos veja-se WILTSHAW, Eve – *History of the Royal Marsden Hospital*. London: The Royal Marsden Hospital, 1998.

Glasgow, nenhum deles sobreviveu à morte do seu fundador respectivo.²⁰³ Estes locais eram muitas vezes mal vistos por uma boa parte da classe médica; não só não aportavam quaisquer contributos científicos de impacto para o tratamento da doença, como não possuíam a capacidade necessária para promoverem uma verdadeira especialização médica no tratamento do cancro.

Exemplo mais tardio é o da Alemanha, que em 1896 vê ser criado em Heidelberg o hospital de cancerosos *Samariter Haus*, nome que o seu fundador Vincenz Czerny escolheu para não despertar no público uma cancerofobia que então se julgava perniciosa e até contraproducente, quando o objectivo era convencer as pessoas a aderirem sem reservas ao tratamento precoce.

Na maior parte das ocasiões, estas instituições que acabámos de referir revestiam-se mais de um carácter humanitário do que científico, visando em primeiro lugar o socorro e amparo dos incuráveis, que no seu conjunto formavam a grande maioria dos casos.

Mas mesmo este tipo de hospital filantrópico pseudo-especializado no tratamento dos cancerosos parece nunca ter existido entre nós. Todas as fontes que consultámos são omissas nesse sentido, não nos revelando a existência de quaisquer hospitais nem sequer de serviços hospitalares especificamente adstritos a esse efeito.

Em Portugal, os doentes oncológicos eram tratados em casa, a cargo das suas famílias, ou ainda num qualquer hospital sem a menor diferenciação relativamente à doença. A percentagem de curas era negligenciável e os enfermos afectados necessitavam cuidados frequentes e prolongados. Quando muito, poderiam ser isolados, pelo odor e repugnância causada pelas eventuais “*chagas cancerosas*”, mas não mais do que isso. Há ainda a considerar que existissem diagnósticos de cancro frequentemente incorrectos, confundidos com úlceras cutâneas, chagas sífilíticas e quistos mamários benignos, o que repartiria ainda mais estes doentes pelas enfermarias comuns. No caso do denominado cancro visceral, a dificuldade era ainda maior, a atestar pelas dificuldades encontradas pelos médicos no correcto diagnóstico, por exemplo, do cancro do útero, do estômago²⁰⁴ ou do ovário,²⁰⁵ com sintomas por vezes semelhantes ou

²⁰³ Entre outros, referimo-nos a hospitais como o *Leeds Hospital for the Skin, Cancerous and Scofulous Affections* (1857), ou o *Glasgow Cancer and Skin Institution* (1886). Cf. MURPHY, Caroline C. S. – “From Friedenheim to hospice: a century of cancer hospitals.” In GRANSHAW, Lindsay; PORTER, Roy (ed.) – *The Hospital in History*. London: Routledge, 1989, pp. 225-226.

²⁰⁴ Cf. BARBA, Geraldés – “Um caso de cancro do estomago”. *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VI (1888), pp. 186-188 e ainda GALRÃO, Carlos – “O diagnóstico do cancro.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VI. Nº 29 (1888), pp. 231-233, GALRÃO, Carlos – “O diagnóstico do cancro (continuação)” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VI. Nº 30 (1888), pp. 239-241,

sobreponíveis a outras patologias não cancerosas. Habitualmente, a confirmação do diagnóstico inicial era feita apenas *a posteriori*, ou seja, no momento da autópsia, ou aquando do exame histopatológico da peça cirúrgica excisada.

Nos hospitais ligados à Universidade, caso de Coimbra, ou às Escolas Médico-Cirúrgicas, caso de Lisboa e Porto, o cancro era essencialmente objecto de estudo clínico-anatómico, dando origem a apenas algumas poucas teses inaugurais, muito menos do que aquelas saídas noutros países europeus, tanto em número absoluto quanto em percentagem comparativa com outras doenças. Como exemplo desta realidade, refira-se que para as duas Escolas Médico-Cirúrgicas portuguesas conhecem-se 60 teses publicadas sobre cancro entre 1826 e 1908,²⁰⁶ ao passo que no caso francês, apenas entre 1860 e 1913 publicaram-se 301 teses sobre cancro contra 586 sobre sífilis e 908 sobre tuberculose.²⁰⁷

Em relação directa com a dificuldade real do seu correcto diagnóstico, é certo que no final de oitocentos este problema associava-se à má fama de uma doença que mantinha a egrégia e sinistra reputação de ser maligna, dolorosa e mortífera.

Também por esta razão, não raro o próprio canceroso rejeitava o conselho do médico formado na universidade, em prol de uma qualquer solução menos invasiva que a recomendada pela cirurgia costumeira. Muitas vezes, era ao curandeiro que recorria em primeiro lugar, não sem antes tentar alguma mezinha recomendada por algum familiar ou conhecido. A automedicação era comum, cruzando-se em muitos casos a medicina popular com a universitária, não sendo raros os casos em que se procurava com o mesmo interesse tanto o médico como o curandeiro. Daí que o tratamento, como em tantas outras afecções, fosse feito com o habitual recurso a diferentes tipos de praticantes não habilitados, personagens esses que incluíam os habituais curandeiros, bruxas, charlatães, sangradores, saludadores e mezinheiros, costume este que parece ter

“Diagnostico diferencial do cancro e da ulcera do estomago.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VII (1889), pp. 165-166.

²⁰⁵ Cf. MAIA, Azevedo – “Tumor ovarico. Operação.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VI. Nº 6 (1888), pp. 78 a 82, e ainda SERRANO, J. A. – “Tumor solido do ovario, do peso de 2150 gr. Laparotomia. Cura.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VII. Nº 27 (1889), pp. 201-203, e SERRANO, J. A. – “Tumor solido do ovario, do peso de 2150 gr. Laparotomia. Cura. (Continuação).” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano VII. Nº 28 (1889), pp. 209-210.

²⁰⁶ Cf. os quadros 9 e 10.

²⁰⁷ Cf. JACQUEMET, G. – *Médecine et maladies populaires dans le Paris de la fin du XIXe siècle*. In MURARD, L. ; ZYLBERMANN, P. (dir.) – *L'haleine des faubourgs. Recherche*. Nº 29. Fontenay-sur-Bois (1978), pp. 349-364.

sido muito comum e disseminado tanto no Portugal rural quanto no cidadão dos séculos XVII e XVIII.²⁰⁸ E pelo que se depreende das diferentes e frequentemente acrisoladas tentativas de defesa da medicina oficial, feitas quer em prefácios de manuais médicos quer em obras especificamente escritas para o efeito, o charlatanismo não mostrou grandes sinais de abrandamento no decurso de todo o século XIX,²⁰⁹ o que estava em consonância, aliás, com o que se passava em várias capitais europeias onde campeavam uma série de especialistas na arte do engano, incluindo no tratamento do cancro, feito através do uso regular de beberagens, emplastros, cataplasmas e drageias de origem pseudo-farmacológica.

Em 1819, os avisos da *Gazeta de Lisboa* davam-nos conta desse tipo de práticas. Neles podemos encontrar vários exemplos, entre os quais a venda de uma decocção “*antiputrida*” capaz de curar de uma assentada e em pouco tempo, toda uma série de maleitas: “*Cura o escorbuto, tanto na terra como no mar, os cancros, as chagas, tanto novas como antigas, em qualquer parte do corpo que seja (...)*”.²¹⁰ Anos mais tarde, em 1832, a publicidade inscrita no mesmo periódico continuava a apresentar as mezinhas milagrosas. Neste caso, a anunciante fazia-o “*pelo bem da humanidade*”, ao qual não será alheio um eventual conluio, declarando as maravilhas de um tratamento curativo realizado por um tal Miguel António de Abreu (certamente um charlatão ou curandeiro), para a erradicação de um cancro do nariz:

“Luzia Rosa, moradora na Rua do Carreão n.º 22, faz saber ao publico que achando-se com hum cancro no nariz, depois de haver tentado inútil curativo, se dirigio ás Portas de Santo Antão N.º 3, a Miguel António de Abreu, o qual a curou

²⁰⁸ Sobre o habitual recurso da população aos tratamentos disponibilizados por parte dos curandeiros, vejam-se: WALKER, Timothy D. – “O papel e as práticas dos *curandeiros* e *saludadores* na sociedade portuguesa no início da idade moderna.” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 11 (suplem. 1) (2004), pp. 223-237; idem - *Doctors, Folk Medicine and the Inquisition. The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment*. Brill: Leiden-Boston, 2005; e ainda ARAÚJO, Maria Benedita – *A medicina popular e a magia no sul de Portugal: contribuição para o estudo das correntes mentais e espirituais (fins do século XVII a meados do século XVIII)*. Tese de doutoramento. 3 Vols. Lisboa: Faculdade de de Letras da Universidade de Lisboa, 1988.

²⁰⁹ Sobre a frequente reacção dos médicos de novecentos contra a prática ilegal da medicina veja-se CARVALHO, M. P. Henriques de – *A defesa da cirurgia e dos cirurgiões, ou o segundo brado e clamor contra os flagícios, ignorancia e imposturas dos charlatães e curandeiros, dos seus protectores e apaixonados*. Lisboa: 1840, e idem – *O clamor contra os flagícios, audacia e impostura dos charlatães e dos curandeiros: modo de os poder conter, reprimir e aniquilar*. Lisboa: Typografia de V. J. De castro & Irmão, 1848.

²¹⁰ *Gazeta de Lisboa*. N.º 40 (1819), [s.p].

perfeitamente em trez mezes: a annunciante pelo bem da humanidade, e saúde publica faz este avizo, para que as pessoas que precisarem o mesmo curativo o procurem.”²¹¹

Outros exemplos desta realidade são-nos transmitidos por Filipe Simões nas suas crónicas insertas em 1859 n`*O Instituto*, periódico científico conimbricense dedicado à divulgação das letras e ciências. Numa pequena série de artigos relatando as vicissitudes de um charlatão africano que tentara provar num reputado hospital parisiense a sua cura secreta do cancro, o autor acaba por expor uma realidade existente um pouco por toda a Europa:

“Desgraçadamente é grande a inclinação do espírito humano para os prodígios e maravilhas, e por isso a sciencia falsa, o charlatanismo e a impostura hão-de sempre achar gente crédula que se deixe enganar sem dificuldade.”²¹² (...) Os remédios infalliveis para tratar as úlceras cancrosas que d`antes eram sómente conhecidos de curandeiros obscuros, e de que apenas se ocupavam pessoas ignorantes e sem illustração, prendem agora a attenção das classes mais elevadas e instruídas da sociedade. (...) Diz-se que Londres é o paraízo dos charlatães, mas Paris a capital da França, o foco das Luzes, o centro das sciencias, parece aspirar também na actualidade ao mesmo epíteto.”²¹³

Este caso foi igualmente mencionado noutros periódicos da época como foi o caso do *Archivo Universal*, que na sua secção intitulada “Revista Médica”, também não deixou de o apontar. Mesmo assim, se é de admitir que a medicalização progressiva das populações conduziu a um recurso cada vez menor dos serviços destes charlatães,²¹⁴ eles mantiveram-se como parte não menosprezável das opções do público pelo adentrar

²¹¹ *Gazeta de Lisboa*. Nº 43 (1832), p. 222.

²¹² SIMÕES, A. Filipe – “Juízo definitivo de Vriés e do tratamento secreto do cancro.” In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 26. (Apesar de datado de 1860, o volume 8 compila os números referentes aos periódicos publicados em 1859).

²¹³ SIMÕES, A. Filipe – “Noticiario. Ainda o tratamento do cancro.” In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, pp. 61-62.

²¹⁴ Cf. a biobibliografia de médicos, curandeiros, charlatães e boticários que se dedicaram em Portugal à prática médica in CARVALHO, Augusto da Silva – *Médicos e curandeiros*. Lisboa: Tipographia Adolpho de Mendonça, 1917.

do século XX, como se pode depreender das palavras do médico José de Pádua, deputado no Senado em 1911. Citando um caso da sua prática clínica, mostrava da seguinte maneira o seu desagrado pela falta de controlo estatal relativamente ao exercício ilegal da medicina:

*“Há tempos foi consultar-me uma pobre criatura tendo 3 quartos da lingua devorada por um cancro, que se tinha já propagado ao pescoço onde formava um tumor das dimensões de uma maçã. Um mês antes tinha dado por uma pequena ferida na lingua; foi consultar um distintissimo cirurgião que lhe propôs a operação do cancro, por estar muito no início e localizado a uma pequena porção da lingua. A doente aterrou-se com a ideia da operação e teve a infelicidade de cair nas mãos de um curandeiro, que no fim de um mês, a pôs no estado em que a vi, e em que só tinha a esperar a morte pela impossibilidade de a operar então. Aqui está um curandeiro que num mês deu à doença uma rapidez de evolução, que ela não teria, abandonada a si mesma.”*²¹⁵

Aparte o evidente antagonismo da classe médica para com os praticantes ilegais da arte de esculápio, problema que sempre acompanhou a prática médica e que persistiria durante a Iª República, facilmente se infere a percepção clínica sobre a natureza terrífica da doença, e ainda do profundo impacto psicológico que a acompanhava. Apesar do afastamento progressivo das populações face ao curandeirismo confirmar a aceitação do carácter científico da medicina moderna, as respostas desta última eram ainda insuficientes ou quase nulas nos estados oncológicos avançados.

O facto, é que a mobilização social até finais do século XIX se manteve praticamente a mesma que sempre foi perante qualquer doença de natureza não epidémica. Se algum interesse houve, foi proveniente de alguns médicos, sobretudo cirurgiões, o que mostra bem o seu protagonismo na única terapêutica anticancerosa realmente eficaz. A verdadeira tomada de consciência do perigo canceroso ainda não surgira no horizonte das preocupações sanitárias das sociedades, ou pelo menos ainda não lhes fora adequadamente instilada. Neste contexto, era a tuberculose que guardava ainda uma posição de predomínio quase absoluto no conjunto das preocupações sanitárias da medicina e da sociedade, expressa de forma bem viva nas diferentes e numerosas dissertações inaugurais das escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto,

²¹⁵ *Diário do Senado*. Sessão nº 18, de 29 de Novembro de 1911, pp. 13-14.

onde era tema predominante, quase impossível de não ser abordado todos os anos por uma parte considerável dos finalistas.

Seria necessário esperar pelas vozes de alarme dos profissionais de saúde e pelos investimentos em novos instrumentos tecnológicos de combate às neoplasias. Aguardar, pois, pelo dealbar da centúria seguinte, para assistirmos a uma mudança de tempo histórico onde a profissão médica se visse devedora de novos progressos técnicos e tecnológicos, estudos estatísticos e de oncologia experimental, capazes de introduzir mudanças significativas no tratamento dos doentes cancerosos, e, claro está, de colocar a luta contra o cancro numa perspectiva social e colectiva.

1.4 – O risco oncológico: uma categoria científica e política na internacionalização da luta contra o cancro.

*“Falemos sem cessar em cancer. Baudeline, nos seus dois monumentais volumes sobre a luta internacional do cancer, chega a esse desespero justificado: «vencer o cancer não é apenas uma conquista científica, mas a salvação do mundo».”*²¹⁶

Afrânio Peixoto, 1935

Pensar a oncologia enquanto objecto de investigação histórica, analisar o modo como foi compreendida, exercida e disseminada, requer necessariamente a compreensão do pensamento médico enquanto saber cientificamente elaborado. O estudo de representações sociais ao longo de um determinado tempo histórico, pressupõe não só uma análise do contexto em que são criadas, bem como da formação do mesmo, uma vez que as representações se constroem através de uma realidade pré-existente.

Por antigo que fosse o seu conhecimento, o cancro não partilhava as características das doenças contagiosas: não se manifestava como uma epidemia, não aparecia directamente ligada a nenhum ilícito moral ou de comportamento, incidindo sobretudo sobre a população adulta mais idosa, se bem que se sabia que podia sobrevir em qualquer idade e/ou condição social.

Mesmo assim, parece claro que está ausente das preocupações sanitárias dominantes na mente das populações, bem longe do peso que as epidemias tradicionalmente ocupavam no imaginário social de novecentos.²¹⁷ Contudo, a partir de meados do século XIX, a apreensão relativa à aparente progressão do cancro foi reforçada por um conjunto de novos dados estatísticos que faziam pensar que a taxa de mortalidade pela doença estava a aumentar nas nações ditas civilizadas. Restava saber se este aumento seria a tradução viva de uma realidade patológica em expansão, ou devido apenas a um diagnóstico mais preciso.

A publicação dos primeiros periódicos médicos dedicados ao cancro começa a realizar-se numa base regular desde o final do século XIX, contribuindo para lançar

²¹⁶ PEIXOTO, Afrânio – “Luta contra o cancro.” *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIII. Nº 25 (23 de Junho de 1935) p. 200.

²¹⁷ Cf. SILVA, Júlio Joaquim da Costa Rodrigues da – “O Imaginário Social das Epidemias em Portugal no Século XIX.” *Lusitana*. Série II, n.º 1 (2004), pp. 95-125.

estas e outras dúvidas, mas também para voltar o olhar de médicos e não médicos sobre a doença. A influência destas revistas no tecido médico português seria determinante para a galvanização de um pequeno conjunto de médicos, particularmente daqueles ligados às áreas da cirurgia, anatomia patológica e investigação. Uma delas seria a *Revue des Maladies Cancéreuses*, publicação que desde 1895 se tornou presença habitual nos estabelecimentos de ensino médico e nos principais hospitais do nosso país.

Apesar das múltiplas incertezas ainda existentes, aos olhos de muitos o cancro parecia ser uma doença nascida no seio da civilização, um fenómeno patológico capaz de afectar a todos de igual forma, se bem que o grau de resposta das diferentes sociedades na luta contra a doença dependesse do grau de desenvolvimento de cada uma. Ao contrário da febre-amarela, varíola e peste, que segundo os sanitaristas expressavam acima de tudo o proverbial atraso nacional, o cancro era visto como doença própria da civilização, não pela civilização em si, mas por um processo de crescimento e melhoria geral das condições de vida da sociedade.

Independentemente dos esforços esparsos e mais ou menos incipientes referidos no capítulo anterior, será apenas no século XX que começa realmente a era da verdadeira luta contra o cancro, pelo menos dentro dos padrões metódicos de prevenção, investigação e tratamento que actualmente nos servem de referência. Atrevemo-nos mesmo a afirmar é apenas nessa altura que se passa a introduzir a noção de risco do cancro, denotando a sua transformação em “categoria” científica e política. Entenda-se por “categoria” um conceito muito geral que exprime as diversas relações que podemos estabelecer entre as ideias e os factos, isto é, entre as ideias sobre a doença e os factos do seu efeito real e/ou potencial na saúde das populações.

Se bem que esta noção sociológica de risco é decididamente transversal às ciências biomédicas, está particularmente relacionada com a doença oncológica quanto se verifica que a emergente cancerologia está assente no paradigma da medicina experimental e positivista de novecentos.

Quando os trabalhos de Louis Pasteur revelaram a natureza infecciosa de uma multiplicidade de doenças, como a do carbúnculo, da tuberculose, da febre tifóide, da lepra, e outras, também se pensou na hipotética origem microbiológica do cancro. Reapareceram antigas ideias de transmissão, de Sydenham e Van Switen, ressurgindo as teorias parasitárias. De facto, desde que se pensou ter demonstrado que os tumores de natureza tuberculosa e sifilítica tinham uma origem microbiana, surgiu de imediato a ideia que o cancro podia ser igualmente devido à presença e desenvolvimento de

microrganismos infecciosos. Chegou a acreditar-se piamente na contagiosidade da doença, tendo-se-lhe apontado toda uma série de agentes microbianos eventualmente causadores da nefasta patologia.

Realizaram-se inúmeros estudos baseados nesta possibilidade. Assentes sobretudo na observação clínica e na infecção progressiva dos organismos doentes por uma espécie de cultura ao longo do trajecto dos vasos sanguíneos e linfáticos, e ainda na eventual transmissão hereditária da doença, nenhum deles acabou por descobrir um agente microbiano inequivocamente responsável pela patologia oncológica.

O impacto de Pasteur e da microbiologia nos meios médicos e científicos portugueses foi enorme, determinando e balizando a orientação microbiológica dos trabalhos entretanto realizados sobre o carácter parasitário do cancro. Nos seus discursos, alguns dos renovadores da ciência médica portuguesa como eram Miguel Bombarda ou Sousa Martins, não tinham quaisquer dúvidas em colocar Pasteur e a sua teoria no vértice da revolução médica do seu tempo.²¹⁸ O mesmo sucedia com Ricardo Jorge, que também não se escusou de ver no cientista francês a pedra basilar da medicina moderna.²¹⁹

Aqueles poucos médicos portugueses que por esta altura se dedicaram ao cancro partilhavam da verosimilhança da teoria microbiológica, também designada por parasitária, sem que no entanto detectassem o agente causador. Isso não impediu que se afirmasse e sustentasse com toda a fé que “*A heteromorfia determinando o parasitismo, é a causa da malignidade.*”²²⁰, ou ainda, como Silva Carvalho pretendeu demonstrar, que era “*(...) perfeita a analogia da infecção cancerosa com as doenças chamadas*

²¹⁸ Cf. BOMBARDA, Miguel – “Pasteur.” *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano XIII. Nº 40 (1895), pp. 313-323, e MARTINS, J. T. de Sousa – *Comemoração de Louis Pasteur – Discurso feito na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em sessão de 12 de Outubro de 1895*. Lisboa: Tipografia Castro Irmão, 1895. Este último pode também consultar-se em “Discurso comemorativo de Louis Pasteur, pronunciado na sessão inaugural da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, em 12 de Outubro de 1895.” *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano XIII. (1895), pp. 349-351.

²¹⁹ Cf. JORGE, Ricardo – *A propósito de Pasteur: discurso proferido em comemoração do centenário pastoriano na Faculdade de Medicina de Lisboa, aos 25 de Abril de 1923*. Lisboa: Portugal, 1923.

²²⁰ D. António de Lencastre cit. por Silva Carvalho, in *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano XIII. Ano V. Nº 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51.

infeciosas, que por outras razões muito diferentes chegamos, supomos nós, a provar.”²²¹

Fazendo uso de técnicas experimentais em voga na Alemanha e em França, o médico brasileiro Domingos Freire também o pretendeu demonstrar em 1887, ao ensaiar a natureza microbiana do cancro. Baseado nas hemoculturas de uma mulher cancerosa, pretendeu encontrar o micróbio específico do cancro num conjunto de “ (...) *pequenos bacilos aglomerados, (...)*” no seio da amálgama de bactérias isoladas. Inoculando de seguida as culturas em porquinhos-da-índia, desenvolveu-se um tumor, o que seria consentâneo com a natureza microbiana da doença. O mesmo médico referiu ainda “(...) *ter conseguido atenuar o virus canceroso fazendo-o passar por uma série de aves, e os animais vacinados com este virus atenuado, adquiriram a imunidade para o virus forte.*”²²² Vista como uma concepção legítima, e que se pensava vir a ser comprovada a curto ou médio prazo, a ideia da “*diathese*” neoplásica ser de natureza parasitária ficaria deste modo demonstrada, o que reduziria a prevenção do cancro a uma questão de tempo e de auto-inoculação.

Na Alemanha, em comunicação lida na Sociedade de Medicina de Berlim em 1887, Scheurlen também concluía da existência de um bacilo sempre presente nos tumores cancerosos, assim como da presença de esporos do mesmo em todas as preparações microscópicas das afecções cancerosas. Com base nas suas experiências com cães, a inoculação das culturas do dito bacilo daria lugar à produção de tumores cancerosos, pelo que existiria uma relação de causa e efeito entre este agente microbiano e o próprio cancro.²²³

De facto, na mente e no discurso científico de muitas eminências médicas de finais do século XIX e início do século XX, como seja o caso de Miguel Bombarda ou do higienista Ricardo Jorge,²²⁴ permanecia um certo sentido de expectativa no progresso da

²²¹ Cf. CARVALHO, Silva – “A infecção cancerosa.” *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano XIII. Ano V. Nº 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51 e seguintes.

²²² “O microbio do câncer.” (Iª Série) Ano XIII. Ano V. *A Medicina Contemporânea*. (1887), pp. 86 - 87.

²²³ Cf. “Os microbios dos tumores malignos.” (Iª Série) Ano V. *A Medicina Contemporânea*. (1887), pp. 403- 404.

²²⁴ Médico higienista portuense, é justamente considerado o pioneiro da saúde pública em Portugal. Em 1885 publicou um famoso tratado onde define a política higienista a implementar em Portugal. Inaugurava-se dessa maneira uma nova era da saúde pública no país, mais de quarenta anos depois de Edwin Chadwick (1800-1890), médico inglês, publicar o *Relatório sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora na Grã-Bretanha*, documento que lançara as bases do movimento sanitário

medicina inaugurada pela revolução pasteuriana, fruto lógico de uma fé aparentemente inabalável na bacteriologia e na possibilidade real de desenvolver uma vacina capaz de eliminar o risco de contrair essa doença ainda mal estudada, mas certamente passível de resolução, caso houvesse um forte investimento na investigação científica. Imbuídos das teorias microbianas e dos relatos e estudos que nos finais do século XIX faziam pensar e acreditar na origem infecciosa do cancro, a opinião de vários médicos portugueses sobre a altamente provável origem microbiológica da doença, incluindo a de Carlos França²²⁵ ou do bacteriologista Câmara Pestana, era inicialmente consentânea com a de outros especialistas europeus coevos, sobretudo franceses e alemães.

O entusiasmo e inspiração de vários dos professores da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, incluindo Sousa Martins, Silva Amado e Miguel Bombarda, levaram Câmara Pestana a proclamar em 1889 a esperança proporcionada pelos estudos microbiológicos, na sua dissertação inaugural intitulada “*O micróbio do carcinoma*”:

*“O micróbio! Haverá nada de mais fecundo, de maior alcance, do que o estudo destes infinitamente pequenos? Quando comparamos a cirurgia de hoje à cirurgia de ontem, quando vemos o poder da Higiene e da profilaxia, é que compreendemos o altíssimo valor dos trabalhos modernos.”*²²⁶

Mas este exemplo não era único no panorama do ensino médico português. Muitos outros documentos coevos permitem igualmente aquilatar do forte impacto da teoria microbiana ou parasitária entre nós, testemunhando uma aceitação relativamente generalizada no seio universitário, se bem que ainda algo reticente em vários aspectos de pormenor. Mesmo assim, foi uma teoria dominante e promotora de uma forma muito própria de encarar a doença oncológica na sua etiologia. Na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, os reflexos deste modo de pensar, bem como dos argumentos em prol ou contra esta teoria, estão bem patentes em muitas das dissertações dedicadas a temas

inglês. Cf. JORGE, Ricardo – *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*. Conferências de 1884. (A Higiene em Portugal, A evolução da sepultura, Inhumação e cemitérios. A cremação.) 1885.

²²⁵ Cf. a investigação de Carlos França sobre o cancro no seu artigo de 1918, devidamente explanado em MIRA, M. B. Ferreira de – *Notice sur l'oeuvre de Carlos França*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1927.

²²⁶ PESTANA, Luiz da Câmara – *O micróbio do carcinoma*. Dissertação inaugural apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1889, p. 2.

oncológicos, não só na última década do século XIX, mas também nos primeiros anos do século XX:

*“Emfim, para mim, é crença que a bacteriologia decidirá em breve que o primun movens d'esta affecção, esse mysterioso factor que determina tumefacções enormes e persistentes, não pode deixar de ser um organismo vivo inimigo, única força que eu julgo capaz de enterter, durante tanto tempo, essa lucta ingente de exterminio.”*²²⁷

Este eventual carácter germinal, de transmissibilidade, e até mesmo de endemismo do cancro, encontra reflexos em periódicos médicos nacionais de inícios do século, onde se chegava a pedir aos clínicos que relatassem casos semelhantes aos descritos em periódicos médicos franceses.²²⁸ Um dos que mais acerrimamente defendeu esta ideia foi o médico francês Alfred Filassier, que sustentava a ideia de as casas impregnadas pelo germe causador da doença serem os responsáveis pela elevada frequência de doenças cancerosas dos que nelas habitavam.²²⁹ Também o eminente médico norte-americano Roswell Park lançara desde 1899 o alarme, ao invocar o carácter infeccioso do cancro, com o que conseguiu pouco depois ver fundado o New York Skin and Cancer Hospital, ao que se seguiram, poucos anos depois, o Cancer Department do Rockefeller Institute, e a George Crocker Special Research Fund da Universidade de Columbia.

Em 1904, no XVII Congresso francês de cirurgia discutiram-se sobejamente as ideias parasitárias de Doyen sobre a etiologia e tratamento do cancro, que o próprio atribuía a um micróbio que denominou *micrococcus neoformans*, e para o qual elaborou uma suposta vacina anticancerosa.²³⁰ Postas em causa por todos os oradores do congresso, a seu tempo as doutrinas de Doyen acabariam por ser rejeitadas, pelo simples

²²⁷ ROCHA, José da – *Breve estudo sobre lymphadenoma*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904, p. 50. Os demais exemplos da preponderância da teoria parasitária do cancro encontram-se patentes na generalidade das teses inaugurais da EMCP dedicadas a temas oncológicos ou com eles relacionados. A título de exemplo vejam-se apenas duas dessas dissertações: MAGALHÃES, José Pinto de Queiroz – *O cancro do corpo thyroideo e a especificidade celular (Breves considerações)*. Porto: Typographia Occidental, 1891; e VASCONCELLOS, Adriano Brandão de – *Leucemia myelogenica chronica (A proposito de um caso clinico)*. Porto: Typographia Minerva de Gaspar Pinto de Sousa & Irmão, 1904.

²²⁸ Cf. “Haverá casas cancerosas?” *Porto Médico*. 4º Ano. Nº 11 (1907), p. 352.

²²⁹ FILASSIER, A. – “Y a-t-il des maisons cancéreuses?” *Gazette médicale de Paris*. (15 août 1907), p.1.

²³⁰ Cf. “XVII Congresso francez de Chirurgia.” *Porto Médico*. 1º Ano, nº 8 (1904) pp. 303-304.

facto de apenas o próprio conseguir observar o pretendido agente tumoral. Mesmo assim, a questão Doyen prolongou-se por alguns anos, com provas e contra-provas, passando pelo crivo de diferentes comissões de avaliação. Provocou violentas discussões no seio da opinião pública e na própria imprensa política de Paris, fruto de um duplo interesse despertado junto da sociedade e da comunidade médica, não só pela doença oncológica em si, mas também pela eventual possibilidade profilática de uma vacina.

Os ecos da questão Doyen chegaram a Portugal, caso acompanhado com algum interesse pela imprensa médica, que dele fez actualizações sucessivas, chegando mesmo a justificar artigos de alguns médicos portugueses mais interessados no desenrolar do episódio.²³¹ Em 1906, no XV Congresso Internacional de Medicina realizado em Lisboa, os resultados da imunização contra o agora denominado *micrococcus Doyeni*, nos casos de neoplasmas malignos, mostrou a sua ineficiência em 90% dos casos tratados,²³² pressagiando o fim da vacina anticancerosa preconizada por Doyen, mas não a ideia global que presidia à hipótese da teoria parasitária.

Com efeito, foram muitíssimos os médicos e cientistas que acreditaram na teoria parasitária, e que dela fizeram profissão de fé até ao fim. Da Europa às Américas, esta crença colheu numerosos e convictos seguidores, que só muito tarde a abandonaram, o que no caso de alguns nunca chegou a acontecer. Como Marck Athias constataria em 1929, alguns dos seguidores desta corrente mantiveram perene a confiança na descoberta do dito agente microscópico:

*“O Prof. Blumenthal não abandonou de todo a velha hipótese parasitária dos tumores, que tem tradições na Alemanha. Foi partindo da ideia de que o cancro era devido a agentes microbianos que von Leiden, antecessor de Blumenthal e um dos fundadores, em 1900, do Deutsches Komitee für Krebsforschung, instituiu a luta anti-cancerosa, depois de ter feito no seu país um recenseamento dos cancerosos referente ao ano anterior.”*²³³

²³¹ Cf. MATTOS, Álvaro – “Contribuição para o estudo do microbio de Doyen.” *Movimento Médico*. (1 de Abril de 1905).

²³² Cf. KARWACKI, Léon – *Résultats de l’immunisation active contre le micrococcus Doyeni dans le cas de néoplasmes malins*. In *Porto Médico*. 3º Ano, nº 4 (1906), p. 127.

²³³ ATHIAS, M.; RAMOS, C. – “Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, nº 1 (1930), pp. 106-107.

O assunto transcendeu a barreira da ciência para chegar mesmo à barra dos tribunais portugueses num exemplo que atesta a crença na mera possibilidade de contágio: em 1925, a Direcção Geral dos Hospitais Civis de Lisboa foi condenada a pagar uma pensão à família de um enfermeiro que falecera devido a um tumor maligno de origem contagiosa, adquirido no exercício da profissão.²³⁴

Tão duradouros foram os resquícios da teoria parasitária, que em 1950 ainda existiam defensores da origem microbiana do cancro, mesmo quando essa possibilidade estava quase totalmente enterrada.²³⁵ A existência de tumores em alguns animais directamente provocados por vírus, manteve intermitente e residual a possibilidade remota de uma origem microbiológica do cancro nos seres humanos.²³⁶

As teorias infecciosas (ou parasitárias) do cancro tiveram, pois, um importante papel no desencadear de uma espécie de receio, ou mesmo de angústia colectiva face ao cancro nas primeiras duas décadas do século. Estas teorias, que eram o derivado da omnipresença de um qualquer micróbio patogénico ainda por identificar, colocam o cancro no mesmo plano infeccioso e transmissível da tuberculose. É nos EUA e na Alemanha que estas ideias se mostram na base do que poderíamos denominar como o início da luta social contra o cancro, pelo facto de colocarem a doença no registo das patologias passíveis de serem prevenidas e/ou evitadas pelo recurso a medidas de cariz higienista.

Com efeito, vários investigadores médicos tão eminentes como Roswell Park, Leyden, Paul Ehrlich, Vincenz Czerny ou o microbiologista Metchnikoff, entre outros, todos sugeriam teorias infecciosas sobre o cancro. No congresso internacional de cirurgia de Bruxelas em 1908, Roswell Park afirmava sem reboço que o cancro devia *“(...) ser tratado como uma doença infecciosa, sobretudo quando ulcerada. A cremação é preferível à inumação. Os pensos e ligaduras sujas, as secreções devem ser destruídas*

²³⁴ Cf. a sentença proferida pelo Tribunal de Acidentes de Trabalho de Lisboa em “Doença profissionais. Tumor maligno.” *Arquivo do Enfermeiro*. Nº 4 (Janeiro de 1926), pp. 55-56.

²³⁵ Cf. a hipótese de um “ultra-micróbio” causador do cancro era defendida pelo médico francês Darmendrail, in *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 4 (1950), p. 4.

²³⁶ De facto, a questão parecia arrumada, mas é certo que desde que Peyton Rous descobriu em 1910 um vírus causador de um tumor nas galinhas, que outros tipos de tumores ocorridos em aves e animais puderam igualmente ser atribuídos à acção de vírus. Desde a década de 50 e sobretudo na de 60, a hipótese dos vírus oncogénicos assumiu um novo fôlego, tornando-se a questão do momento, muito discutida desde 1962 nos EUA e na URSS. Cf. DIAS, M. T. Furtado – “A Questão do Momento. A propósito do Congresso Internacional do cancro em Moscovo” *Boletim do IPO*. Vol. 29. Nº 9 (1962), pp. 3-5.

pelo fogo. As habitações (dos doentes) devem ser desinfectadas a fundo, no curso da doença e após a morte.”²³⁷

Entretanto, Claudius Regaud,²³⁸ num inquérito de numerosos casos de cancerosos, leprosos, promíscuos, não logrou apurar, entre variadíssimos hospitais, um único caso de transmissão entre doentes nem a pessoas saudáveis. Por seu lado, em 15 anos de trabalho no Institut du Cancer de Villejuif, Gustave Roussy nunca constatou nenhum caso que permitisse sequer suspeitar de contagiosidade.

De facto, tardaria até que a incapacidade em detectar um agente patogénico específico deitasse por terra as teorias e experiências que pretendiam mostrar o carácter infeccioso da doença. No entanto, esta convicção permaneceu bem viva no discurso científico de alguns dos seus mais eminentes defensores. A própria ideia subliminar do germen canceroso não se esvaiu tão depressa da mentalidade colectiva, mais ainda quando em 1911 o norte-americano Peyton Rous²³⁹ demonstrou a existência de um vírus responsável por vários cancros do tecido conjuntivo de uma espécie de galinhas, e quando o dinamarquês Johanes Fibiger recebe o Prémio Nobel da Medicina em 1926, por um estudo sobre a influência cancerígena da *spiroptera neoplasica* nos ratos.²⁴⁰ Em

²³⁷ PARK, Roswell – *The nature of Cancerous Process*. II Congrès de la Société internationale de Chirurgie. Bruxelles: 1908, pp. 321-328. Não deixa de ser interessante revermos nestas palavras algumas práticas seculares presentes em Portugal em 1839, desta feita quando morria algum tuberculoso: “É antigo costume nesta capital ordenar-se, pelas autoridades competentes, que os objectos de uso dos falecidos de tísica pulmonar sejam queimados, nem poucas vezes se tem visto estes espectáculos públicos, entretanto a experiência tem mostrado que no maior número de casos são os mandados das autoridades iludidos e só se queimam os trastes inúteis ou de pouco valor, e que os outros, sem a devida beneficiação, vão servir aos sãos e pôr assim em risco a sua saúde e comprometer as suas vidas.” Cf. *Anais do Conselho Superior de Saúde Pública*. T. III. 1839, cit. in MIRA, M. B. Ferreira de – *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947.

²³⁸ Claudius Regaud, médico francês inicialmente voltado para o estudo da histofisiologia, posteriormente fez dos trabalhos experimentais sobre a radiosensibilidade celular a sua área de eleição, tornando-se uma referência internacional na área da investigação experimental do cancro com raios X. Foi director do Institut du Radium em Paris, entidade que em 1922 se juntaria à Fondation Curie para dar corpo ao primeiro estabelecimento francês de tratamento e pesquisa especializada na luta contra o cancro. Para uma biografia daquele que foi um dos mais marcantes cientistas franceses, veja-se a biografia escrita pelo filho do próprio: REGAUD, Jean – *Claudius Regaud*. Paris: Maloine, 1982.

²³⁹ Investigador do Instituto Rockefeller em Nova York, mostrou em 1911 que um filtrado livre de células cancerosas podia transmitir o sarcoma de uma galinha a outra. Sobre os trabalhos de Peyton Rous veja-se BÉCLÈRE, Antoine – “Le cancer est-il une maladie virulente?” *La Presse Médicale*. (8 mai 1935), pp. 737-739.

²⁴⁰ Sobre os trabalhos de Johanes Andreas Gibb Fibiger, veja-se MAISIN, J. – *Cancer, Radiations, Virus, Environnement*. T. II. Paris: 1949, pp. 105-106. Fibiger dedicou-se a provar a existência de um agente neoplásico desde que em 1913 descreveu neoplasias do estômago de murganhos que comeram baratas infectadas com *Gongylonema neoplasticum*. A reprodução dos seus trabalhos nos EUA não se

1930, e no decurso de uma hipótese estabelecida sobre um conjunto de factos de ordem experimental e clínica, Léon Bouveret apoiava a existência de um vírus canceroso, cuja origem não seria exógena, mas sim um produto da própria célula cancerosa, em consequência de um estado infeccioso anterior.²⁴¹

Se a validade da teoria e dos resultados de Rous ainda hoje se mantém, a de Fibiger caiu por terra ao fim de quarenta anos de cátedra. Contudo, as observações de Rous não catapultaram de imediato o entusiasmo da maioria dos especialistas sobre o cancro, que apesar de tudo se mostravam algo reticentes a aceitar uma eventual origem infecciosa do cancro.

Apesar disso, rapidamente se firmava a ideia que esta doença representa uma séria ameaça à sociedade e ao género humano, fruto da sua incidência crescente. Era a incógnita de uma equação que mostrava ser um permanente desafio. Os termos mais comuns empregues pelos médicos ao referirem-se-lhe são sobejamente belicosos, resultado de uma convicção profunda sobre a inexorabilidade da doença, largamente inculcada pelo discurso científico coevo. Tanto a imprensa médica portuguesa como a estrangeira fervilhavam de terminologia militar e religiosa, de tal modo que alguns termos são claramente reciclados a partir de outras patologias, mormente da tuberculose. Tornam-se habituais na definição do que passa a ser visto como a personificação patológica do “mal”, a “praga”, a “doença traiçoeira”, o “flagelo” ou o “flagelo social”, apenas debelável por um esforço colectivo que não é mais do que uma “cruzada”, “cruzada santa”, “luta”, “combate”, “guerra”, feita com recurso a terapêuticas que não são senão “armas” ou “armas modernas”. São a metáfora que resulta da necessidade de mobilização colectiva face a uma ameaça directa à vida humana, do mesmo modo que se apelava ao combate aos micróbios no discurso afecto à saúde pública, tão comum nos higienistas portugueses como por toda a classe médica internacional. Nesse sentido, os discursos coevos de bacteriologistas como Câmara Pestana e sanitaristas como Ricardo Jorge na sua luta contra os micróbios, de José Braga contra as moscas,²⁴² ou até de Joaquim Urbano na sua “guerra aos ratos”, espelham bem o uso deste tipo de linguagem.

mostrou conclusiva, mas mesmo assim foi-lhe atribuído o Prémio Nobel da Medicina em 1926 por este estudo.

²⁴¹ Cf. BOUVERET, Léon – *Essai sur la pathogénie du cancer*. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1930.

²⁴² Cf. BRAGA, José M. – *As moscas: uma ameaça grave para a saúde, obrigação de as destruir, processos de exterminação*. Porto: Liga Portuguesa de Profilaxia Social, 1900. Esta pequena brochura era

Ao mesmo tempo que “*A sífilis vai invadindo a sociedade, derruindo e desorganizando gerações sucessivas, esfacelando a sólida organização dos lares*”²⁴³, também a tuberculose continuava a manter a sua egrégia letalidade. Mas era o cancro, aquele que se tornara o maior desafio de todos. Numa altura em que começam a pesar as preocupações relacionadas com o bem-estar das populações, e não apenas as condições patológicas em si, o principal problema da saúde pública passava pelo controle das patologias sociais. Em meados dos anos 20, já ninguém duvidava que a “*sífilis é uma doença social*”²⁴⁴, que tal como a tuberculose e o cancro, constituíam “*os três grandes flagelos da humanidade.*”²⁴⁵

Se a “luta social” se fazia contra a tuberculose, contra as doenças venéreas, contra ratos e moscas, e até contra a alienação, inserir o cancro sob o mesmo tecto parecia fazer todo o sentido. A justificação das campanhas que se desenhavam, faziam sempre finca-pé da dimensão catastrófica da situação para a sociedade, dimensão habitualmente sublinhada pelo carácter de inevitabilidade que o discurso médico conferia às condições de morbilidade determinantes da eventual situação cancerosa.

A caracterização do cancro como problema social fez-se a partir do momento em que se tornou mais claro o incremento da sua incidência, do seu impacto em faixas etárias mais produtivas e dos défices assistenciais existentes, tudo isto agravado por factores demográficos e pelo tenebroso significado psicológico da doença, elementos cientificamente suportados pelas teorias etiológicas do momento. É sobretudo a compreensão de um risco, o risco de contrair uma doença, transmitido cada vez mais pela fria força dos números de uma cada vez mais apurada e fiável estatística. Esta noção do risco é o derivado directo da execução de estudos epidemiológicos dirigidos à mortalidade e morbilidade inerente à doença oncológica.

Pelos finais de oitocentos, a estatística torna-se num dos elementos de uma nova abordagem das doenças, que passa agora pelo estabelecimento de relações entre as mesmas e os factores de natureza geográfica, demográfica, geológica, orográfica e humana. O recenseamento das causas de morte, por si só, era encarado como o alicerce

uma das várias impressas pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, onde se versavam outros problemas sanitários, como eram a tuberculose, a sífilis, as doenças mentais e inclusive o saneamento público.

²⁴³ CLÍMACO, Carlos – *A luta anti-venérea*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1924, p. 22.

²⁴⁴ TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926, p. 19.

²⁴⁵ TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926, p. 20.

de toda a estatística sanitária, por ser, nas palavras de Ricardo Jorge, o “*Compasso da vida social, (...) biometro sensível, que peza e doseia o mal commum.*”²⁴⁶

Esta abordagem estrutural e analítica da saúde pública, que ainda hoje mantém a sua actualidade, procurava descortinar de forma científica as relações entre as epidemias, ou surtos de doenças, e os factores geográficos específicos das áreas onde surgiam. Para que o cancro assumisse visibilidade como problema social, foi necessário dispor de dados sobre a incidência relativa das diferentes causas de morte. Neste sentido, pode-se dizer que o reconhecimento da dimensão social do cancro passou pelas instituições de registo estatístico desenvolvidos pelos Estados modernos no decurso do século XIX.

No devir da preocupação médica, os primeiros estudos epidemiológicos de fôlego sobre a morbidade e mortalidade do cancro repetem-se um pouco por todo o mundo. Desde 1890 que o problema oncológico começa a ser colocado em termos estatísticos, tendo-se-lhe dedicado numerosíssimos estudos, muitos deles com dados incompletos e parcelares, outros assentes cada vez mais numa estatística que entretanto se revela mais coerente e fiável, que incluíam mesmo os achados patológicos que resultavam das autópsias efectuadas. Da Europa aos EUA,²⁴⁷ passando pela América do Sul²⁴⁸ e Japão, mostrava-se e apregoava-se, por vezes de forma desproporcionada, o desenhar de uma tendência mundial comum, tecida em consonância com um problema de saúde de natureza aparentemente global.

Em certa medida, a classe médica utiliza o poder das estatísticas e a plausibilidade biológica destes métodos de análise matemática, no sentido de transmitir aos seus colegas, ao público, e ao poder político as preocupações sobre uma doença de facto antiga, mas emergente e de frequência inusitada nos tempos modernos. Mais do que promover um amplo debate científico sobre a validade destes estudos, assiste-se à firme

²⁴⁶ JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p. 295.

²⁴⁷ A quantidade de países é francamente alargada. Foi-nos possível verificar a existência de estudos muito semelhantes, tanto nos métodos como nos objectivos, pelo menos nos seguintes países: EUA, Alemanha, Holanda, Espanha, Hungria, Suécia, Inglaterra e Portugal.

²⁴⁸ O caso brasileiro é praticamente coevo do português. Em 1904 é publicado o primeiro trabalho estatístico/epidemiológico sobre o cancro no Brasil. Abrangendo o período de 1894 a 1898, o autor procurou relacionar o clima com uma maior presença do cancro no extremo sul do país e a predominância do cancro uterino. É conhecido como a primeira manifestação a respeito do assunto no âmbito científico e académico brasileiro. Cf. SODRÉ, A.A.A. – “Frequência do câncer no Brasil.” *Brasil Médico*. Vol. 18, nº 3 (1904), pp. 229-232.

tomada de consciência de um problema sanitário novo, incontornável, que ameaçava a própria civilização. A sua disseminação representava um entrave ao desenvolvimento económico e social do mundo auto-denominado civilizado, levando a uma intervenção dos poderes públicos e dos médicos para a descoberta de uma cura. Foi nesse sentido que se potenciaram os estudos sobre a sua etiologia, profilaxia e tratamento, estimulados pela prática e pela pesquisa clínica.

Se bem que existissem evidências estatísticas sobre a mortalidade por cancro ao longo do século XIX, os primeiros estudos de amplitude mundial saíram da pena de Frederick Hoffman, de acordo com um trabalho realizado entre 1912 e 1914, posteriormente publicado em 1915 e com edições posteriores.²⁴⁹ E se por um lado o estudo de Hoffman mostrava a ausência de homogeneidade na frequência do cancro a nível mundial, o continente mais exposto era claramente o europeu, com uma mortalidade anual de 76,6 por 100 000 habitantes, seguindo-se a Oceânia (73), a América do Norte (65,7), a Ásia (54,4) e a África (33,4). No seio da Europa, os números eram claramente mais elevados no norte e centro, do que no sul do continente. Neste extenso trabalho, Portugal ocupava um lugar relativamente confortável, mas nem por isso menos preocupante.²⁵⁰ Não havia dúvidas que a frequência do cancro aumentava, estimando-se que fosse o responsável directo pelo aumento anual da mortalidade em 2%, o que representava cerca de 500 000 óbitos anuais nos países civilizados. Quando em 1923 é criado o Instituto Português para o Estudo do Cancro (IPEC), esta estatística de Hoffman fará parte integrante da justificação científica que sustenta a criação legal do dito organismo.

Os múltiplos inquéritos entretanto emanados da Organização de Higiene (OH), estrutura sanitária pertencente à Sociedade das Nações e que desde 1923 se dedicou à prevenção e combate de doenças que recaíam no âmbito do higienismo e saúde pública, permitiram a comparação de muitos dados epidemiológicos entretanto recolhidos em vários países. A comissão do cancro, subestrutura da OH especialmente encarregue para monitorizar o problema, dedicou-se com afã à recolha e tratamento de dados, dando origem a estas estatísticas comparadas. Para além de se ressaltarem frequências distintas para os diversos tipos de cancro, algumas variações significativas na sua

²⁴⁹ Cf. HOFFMAN, F. L. – *The Mortality from Cancer throughout the World*. Newark/New Jersey: The Prudential Press, 1915.

²⁵⁰ Cf. as tabelas onde figura Portugal in HOFFMAN, F. L. – *The Mortality from Cancer throughout the World*. Newark/New Jersey: The Prudential Press, 1915, pp. 694-698.

repartição geográfica, antropológicas, étnicas, raciais e profissionais, desenhavam-se acima de tudo os traços de uma tendência nitidamente crescente, mais e mais preocupante nos países civilizados.²⁵¹

Estes trabalhos estatísticos, a par de muitos outros que entretanto despontavam, sobretudo na Europa, tornaram-se o suporte científico de uma classe médica que em Portugal tomava frequentemente contacto com uma evidência que não necessitava de ser validada por confirmações estatísticas. A prática clínica demonstrava-o sobejamente. Referindo-se aos casos de cancro encontrados na sua prática clínica como médico no interior minhoto, dizia em 1904 Thiago de Almeida: “ *Se aos médicos que vivem a mourejar pela clinica das cidades e das aldeias lhes fosse possivel, que nem sempre o é, registar todos os casos da sua observação, com a publicação das observações e reunião dos dados que pudessem recolher, constituir-se-ia a história pormenorizada n`um ramo importante da patologia nacional.*”²⁵²

Em 1907, Oliveira Lima justapunha o cancro à tuberculose, assente na força da estatística, e fazendo-o em termos que não querendo apodar de alarmistas, eram, no mínimo, altamente preocupantes:

*“O problema do cancro está mais do que nunca na ordem do dia. As estatísticas accusam um augmento enorme de mortalidade pelo cancro, augmento que, real ou aparente, a todos preocupa porque o cancro e a tuberculose são, indubitavelmente, os dois mais terríveis flagellos da humanidade.(...) Em Portugal, a mortalidade pelo cancro augmenta mais rapidamente do que a população. No triennio de 1902-1904 falleceram no reino 3.878 cancerosos! Em 1902 faleceram 22, 8 cancerosos por 100.000 habitantes; em 1904 – 23,7.”*²⁵³

Cerca de duas décadas mais tarde, a semântica do discurso médico mantinha-se inalterada, apesar das possibilidades terapêuticas entretanto aferidas se mostrarem promissoras. João Marques dos Santos reiterava esta ideia no relatório elaborado em

²⁵¹ Cf. SOCIÉTÉ DES NATIONS – *L`Organisation d`Hygiène*. Genève: Section d`information de L`Organisation d`Hygiène, 1931, pp. 28-30, idem – *Bulletin de L`Organisation d`Hygiène. Bibliographie des travaux techniques de L`Organisation d`Hygiène de la Société des Nations.1920-1945.Vol. XI*. Genève: 1945, pp. 40-47.

²⁵² D`ALMEIDA, Thiago – “O cancro em Vianna do Castelo”. *Porto Médico*. 1º Ano. Nº 5 (1904), p. 196.

²⁵³ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. V.

1923 para o Ministério da Instrução Pública, continuando a enfatizar a força dos números:

*“A frequência dos casos vem mostrar-nos que é preciso impulsionar essa luta e condicionar mesmo um esforço social maior, pois que o cancro não nos ameaça tão ás claras como a tuberculose e como a sífilis e porque em regra o valor social dos que estão atingidos é maior também e ainda porque a terapêutica que podemos opor é bastante compensadora.”*²⁵⁴

Nos anos 30, a propaganda organizada pelo Instituto Português de Oncologia estruturou a informação dirigida ao público, em termos que resvalavam sempre para o carácter tenebroso da afecção, inculcando de seguida uma dimensão profiláctica muito acentuada:

*“O cancro, horrível fantasma, prende o homem nas suas malhas e faz, dia a dia, maiores estragos, aumentando sempre e sem cessar o número das suas vítimas, numa proporção aterradora. A ciência declarou guerra sem treguas ao cancro. Há-de vencê-lo, como venceu a varíola, a febre amarela, a difteria e tantas outras doenças que foram terríveis flagelos da humanidade.”*²⁵⁵

Aparentemente, existia, pois, um novo perigo à condição humana, com consequências potencialmente amplas no domínio da saúde pública, dificilmente mensuráveis, o que cria na sociedade em geral e nos poderes públicos em particular, uma necessidade de promoção da investigação científica nesta matéria.

De um modo inicialmente descoordenado, mas tendo como referência o discurso da classe médica sobre um flagelo emergente, e o do carácter eventualmente infeccioso da doença, os diferentes Estados foram conferindo à classe médica os instrumentos que esta clamava para um trabalho que se mostrava moroso, continuado, mas essencial para a saúde pública: a luta contra o cancro. Se à infecciosa tuberculose se associava o indispensável e reconhecidamente higiénico sanatório, ao cancro corresponderia uma estrutura igualmente específica e de natureza semelhante: o centro anticanceroso.

²⁵⁴ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 19.

²⁵⁵ *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 1 (1934), p. 16.

A evolução do crescente interesse clínico, científico e terapêutico sobre a doença, resultou numa série de diferentes expressões institucionais, que se afirmavam como estruturas de tratamento especializadas. Quase ao mesmo tempo e um pouco por toda a Europa, América do Norte e Japão, criam-se centros anti-cancerosos, surgem diversas sociedades de investigadores e centros especializados de tratamento, organizam-se reuniões internacionais de médicos especialmente debruçados sobre esta nova e emergente área da medicina. Em paridade, fundaram-se comissões particulares de luta anti-cancerosa, precursoras das diferentes ligas nacionais de luta contra o cancro.

Os exemplos são múltiplos e variados, atestando de sobremaneira a força de uma tendência francamente internacional: em 1900 é criado na Alemanha o *Deutsches Komitee für Krebsforschung*, e ainda os primeiros centros de tratamento do cancro; na Grã-Bretanha é fundado em 1902 o *Imperial Cancer Research Fund*; seguem-se em 1906 a Hungria e em 1908 a Ucrânia. Em 1909 surge em Espanha o *Comité Central para el estudio del Cáncer*. Na Suécia é criada a Sociedade sueca contra o cancro e o *Radiumhemmet* em 1910, e nos Países Baixos surge em 1913 o *The Netherlands Cancer Institute*. Nos EUA, é criada em 1907 a *American Association of Cancer Research*, no seguimento dos primeiros hospitais especializados na luta contra o cancro. No Japão, é fundado em 1908 a Fundação japonesa para a pesquisa sobre o cancro.

Com vários anos de atraso face a esta corrente internacional, mas ainda dentro da janela temporal do período cronológico de entre guerras, é criado em 1923 o *Instituto Português para o Estudo do Cancro*, com sede na capital, adstrito à Universidade de Lisboa e estabelecido com os objectivos de promover a investigação, o ensino médico e ainda a assistência directa aos doentes oncológicos. (Veja-se o Quadro 2)

Quadro 2 – Algumas das primeiras instituições de pesquisa científica do cancro no mundo

Ano de fundação	Instituição	País
1900	<i>Deutsches Komitee für Krebsforschung</i>	Alemanha
1902	<i>Imperial Cancer Research Fund</i>	Grã – Bretanha
1907	<i>American Association of Cancer Research</i>	EUA
1908	<i>Fundação japonesa para a pesquisa sobre o cancro</i>	Japão
1909	<i>Comité Central para el Estudio del Cáncer</i>	Espanha
1910	<i>Sociedade sueca contra o cancro</i>	Suécia
1913	<i>The Netherlands Cancer Institute</i>	Holanda
1920	<i>Institut du Cancer (Paris)</i>	França
1923	<i>Instituto Português para o Estudo do Cancro</i>	Portugal
1925	<i>Institut du Cancer (Lovaina)</i>	Bélgica
1927	<i>Sociedade Jugoslava para Estudo do Cancro</i>	Jugoslávia
1929	<i>Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho</i>	Brasil

Ao mesmo tempo, e sob a iniciativa da Union Internationale des Peuples Contre le Cancer, começam-se a organizar encontros médicos internacionais com alguma regularidade, em Heidelberg em 1906, em Paris em 1910, e em 1913 em Bruxelas. Participados por muitos médicos europeus, incluindo alguns portugueses, os trabalhos apresentados e as mais recentes ideias sobre a doença tiveram impacto nas esferas do saber médico de então.

Levantavam-se várias vozes, sobretudo da elite ligada à investigação, pedindo que se tomassem medidas no sentido de controlar a progressão desta nova calamidade social. A imprensa médica portuguesa acompanhou esta tendência, ao publicar os resultados de estudos estatísticos realizados no território nacional a partir de 1904, bem como alguns artigos especificamente voltados para a temática da evolução da patologia oncológica entre nós.²⁵⁶ Na sessão de 7 de Fevereiro de 1914 da *Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa*, Ricardo Jorge também se ocupou do aumento da mortalidade urbana pelo cancro, trazendo de novo o tema para o púlpito da maior tribuna científica do país.

Mas não só o periodismo médico seguiu esta tendência. Também a imprensa generalista procedeu à publicação de artigos e entrevistas com vários médicos,

²⁵⁶ A este respeito vejam-se os artigos publicados no periódico *Porto Médico* entre 1904 e 1910.

sobretudo aqueles a quem se reconhecia uma particular autoridade na matéria, caso de João Marques dos Santos e Francisco Gentil. Numa dessas entrevistas publicadas pelo *Diário de Notícias* em 1921, Marques dos Santos revelava publicamente o atraso português em matéria de luta anti-cancerosa, traçando um quadro deveras preocupante, ressaltando a inexistência de uma assistência organizada, a dispersão dos doentes por enfermarias gerais, a ausência de acção profilática, a inexistência de uma consulta externa organizada, e ainda a descoordenação dos processos ainda rudimentares de terapêutica.²⁵⁷

Um dos slogans que começaram a circular, e que teve grande impacto, foi o da importância do diagnóstico precoce, assunto que por longos anos enformou toda a política sanitária anticancerosa mundial, e que reteve a sua pertinência e actualidade desde o início. Na ausência de meios curativos capazes de debelar eficazmente a doença em fases avançadas, foi o único princípio unificador da profilaxia. Como referiu Henrique Bastos em 1933, “*É triste reconhecer que depois de tantas actividades e milhões gastos nestes últimos anos no estudo e luta contra o cancro, só tenhamos, por assim dizer até agora, esse bom ensinamento colhido e lançado ou aceite como dogma pelos Institutos Especializados – um grito de alarme para ser ouvido por médicos e não médicos -; Diagnóstico precoce, cura possível.*”²⁵⁸

Este conceito substituía-se à antiga noção de incurabilidade do cancro, mal desconhecido, implacável e mortal, tornando-se progressivamente mais abordável e tratável com recurso a tecnologias que incrementavam as possibilidades de êxito curativo.

Se a intensidade das campanhas anticancerosa dirigida às massas se tornou particularmente visível na década de 30, há que notar que a permeabilidade dos políticos com responsabilidades na saúde pública foi anterior. Em meados dos anos 20, o discurso médico sobre o cancro tinha já penetrado nas preocupações dos países ditos civilizados, de tal modo que mesmo em Portugal os responsáveis políticos citavam os estudos coevos, referindo que “(...) *se pode considerar o cancro uma séria ameaça*

²⁵⁷ Cf. *O papel da imprensa portuguesa na luta contra o cancro*, entrevista a João Marques dos Santos no *Diário da Notícias*, reproduzido em SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, pp. 37-45.

²⁵⁸ BASTOS, Henrique – “O cancro da próstata.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 13 (26 de Março de 1933), pp. 83-84.

para a saúde e a existência de todas as raças.”²⁵⁹ Entre esses estudos estava também um da autoria de Ricardo Jorge, que apesar de não se ter dedicado particularmente ao estudo da doença, abordou-a epidemiologicamente, ao trabalhar estatisticamente a mortalidade por cancro entre os principais núcleos urbanos portugueses, estabelecendo um paralelismo entre os dados de Lisboa e Porto.²⁶⁰ Neste sentido, o higienismo também perfilhava a luta contra o cancro no seio das suas premissas preventivas, que no seu âmago, eram aplicáveis a praticamente todos os tipos de enfermidades conhecidas.

E é no seguimento deste discurso sanitário, mundialmente inequívoco na caracterização da doença oncológica como ameaça à saúde pública, que tem início a época das políticas concertadas de luta contra o cancro. Daí o surgimento das políticas de saúde pública anticancerosas, cujo objectivo é o de ajudar ao desenvolvimento de centros de tratamento especializados.

Não podemos deixar ainda de referir, que é após a Primeira Grande Guerra que se assiste a um renascer da importância do sector da saúde pública, altura em que as informações de natureza socioeconómica retomam lugar de destaque enquanto factores de risco para o *status quo* sanitário das populações. Nesse sentido, o ambiente do pós-guerra mostrou-se política e internacionalmente mais conciliador, feito já num contexto da Sociedade das Nações e da sua Organização de Higiene. Passava-se do tempo das doenças infecciosas para o tempo das doenças da civilização.

Com efeito, a temática da saúde tornou-se um tema central na Europa no período entre guerras: o trauma do conflito armado, a turbulência política e a crise económica exigiram cada vez mais das possibilidades da saúde pública. Os governos empenharam-se na política social num grau sem precedentes, estabelecendo novas estruturas e instituições sanitárias. As novas doutrinas científicas serviram para espalhar novas ideias, e no seu epicentro a saúde pública emanava vectores de actuação, entre os quais a luta contra o cancro.

²⁵⁹ Frederick L. Hoffman, citado no Decreto nº 9 333 do *Diário do Governo*. Nº 278, 1ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

²⁶⁰ Cf. JORGE, Ricardo – “La Mortalité par le cancer à Lisbonne et à Porto. Parallèle interurbain.” *Bulletin de l’Office d’Hygiène*. (1923). Este é o único trabalho sobre a temática do cancro que nos foi possível coligir da extensa bibliografia de Ricardo Jorge. Das 209 referências apontadas por Eduardo Coelho, um dos biógrafos de Ricardo Jorge, apenas uma delas corresponde à temática exclusiva do cancro. Cf. a bibliografia de Ricardo Jorge em COELHO, Eduardo – *O Professor Ricardo Jorge. Breve ensaio crítico*. Lisboa: 1929.

A denominada “luta social” passava por três níveis de actuação, envolvendo os poderes públicos mas cada vez mais a iniciativa de cada um. Se no primeiro a profilaxia podia ser utilizada em alguns casos, como eram os cancros devidos a ocupações profissionais de risco ou hábitos como o uso do tabaco, a segunda era mais importante, passando pelo crivo mais fino do diagnóstico precoce e tratamento oportuno. O terceiro nível colocava-se na investigação científica, incluindo a etiopatogenia e tratamento das diferentes afecções cancerosas.

Se bem que o reconhecimento da dimensão social do cancro implicasse a existência de práticas de registo estatístico desenvolvidos ao longo do século XIX, a relação entre a produção de dados sobre a mortalidade por cancro e a emergência de preocupações sociais não foi automática. Outros factores se conjugam, desde logo o interesse dos médicos pela doença, o seu estudo, e a introdução de novos métodos de tratamento. A ideia de organizar a luta social contra o “perigo canceroso” começou a tomar forma nas diferentes sociedades de especialistas, onde se opera uma relação simbiótica entre a dimensão social e os campos científicos e terapêuticos que lhe estão na origem.

Solicitava-se uma propaganda social intensa, semelhante à realizada contra a tuberculose ou doença venérea, baseada no diagnóstico precoce, matéria que deveria ter lugar próprio de aprendizagem nos cursos de medicina. A criação de hospitais especializados, o estímulo monetário aos investigadores, o combate ao curandeirismo e a protecção dos mais vulneráveis ao cancro profissional através de seguros, todas estas recomendações faziam parte de um discurso médico que em alguns casos se cruzava com o discurso eugénico de apuramento racial.

Na década de 30, altura em que estas questões estavam no seu auge, vários foram os médicos que subscreveram estas premissas defensivas da raça face ao cancro. Nas conclusões que apresentou sobre a luta contra o cancro num congresso realizado em 1935, Victor Conill Montobio, da Faculdade de Medicina de Barcelona, apontava este aspecto como o mais significativo: “*Uma cruzada a favor da vida austera, ponto este que é o mais importante para a profilaxia do cancro e para a criação de uma raça vigorosa.*”²⁶¹ Ainda no programa do IIº Congresso Internacional de Luta Científica e Social Contra o Cancro, realizado em Bruxelas no ano de 1936, uma das subsecções

²⁶¹ Vejam-se as conclusões do médico catalão in *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIII. Nº 22 (2 de Junho de 1935), p. 176.

existentes no item relativo à luta social contra o cancro intitulava-se “Cancro e raças”, alusão directa à Eugenia, tema muito em voga nessa altura.²⁶²

O determinismo do discurso médico nas políticas anti-cancerosas é incontornável, e os exemplos são múltiplos e variados. As solicitações são feitas ao mais alto nível, principalmente em contexto de divulgação científica, fosse ela pela mão do periodismo estritamente médico, fosse pelo recurso a plateias de médicos como eram os congressos ou reuniões científicas. Nestas tribunas privilegiadas, onde a temática cancerosa se destacava pela quantidade crescente de comunicações, insistia-se no interesse que haveria em coordenar todos os esforços mundiais na luta contra a doença, lembrando a utilidade de um comité internacional.²⁶³

Apesar do destaque dado ao carácter universal e específico da doença como determinante no despertar dos poderes públicos,²⁶⁴ foram as teorias parasitárias e os estudos estatísticos/demográficos que primeiramente catapultaram a doença para a ribalta das preocupações médicas, e posteriormente, para o poder político. Os governos de um número crescente de países entram em cena, e em 1925 a Sociedade das Nações implica-se directamente na criação de uma Comissão do Cancro, com a ambição de coordenar os diferentes esforços entretanto desenvolvidos. As ligas contra o cancro entretanto fundadas e dispersas um pouco por todo o mundo, decidem agrupar-se numa união internacional que em 1934 vê por fim a luz do dia: a União Internacional Contra o Cancro, reunindo as associações pertencentes a 34 países.

Assiste-se ao desenhar de dois patamares de intervenção, um assente no plano científico e outro no plano social. Se ao primeiro correspondia a investigação das causas e da génese do próprio cancro (feito em laboratórios e através da experimentação animal), ao segundo correspondia a organização da prevenção e aperfeiçoamento do diagnóstico precoce. Ainda no tocante à luta social, exigia-se ainda o estabelecimento

²⁶² Cf. o programa deste congresso em “Congressos.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIV. Nº 17 (26 de Abril de 1936), pp. 135-136.

²⁶³ A título de exemplo, veja-se a referência aos apelos de Vincenz Czerny no Congresso da Sociedade internacional de cirurgia que teve lugar na cidade de Bruxelas em Setembro de 1908. Cf. “Congresso de cirurgia.” *Porto Médico*. 5º Ano. Nº 9 (Setembro de 1908), pp. 294-295.

²⁶⁴ Hélder Raposo salientou que não foram tanto os critérios demográficos que estiveram na base da atenção particular atribuída pelos poderes públicos à doença oncológica (em competição directa com a tuberculose) mas antes o seu carácter específico e socialmente transversal, que a distinguiu das restantes doenças, através de significativas alterações corporais que podia produzir em fases adiantadas e irreversíveis. Cf. RAPOSO, Hélder – “A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia.” *Fórum Sociológico*. Nº 11/12 (2004), p. 193.

de centros especializados para a hospitalização dos cancerosos, ou na pior das hipóteses, de secções hospitalares vocacionadas para o efeito.

Ao longo dos primeiros 30 anos do século XX foram várias os estabelecimentos criados e desenvolvidos de raiz para tratar o cancro, dando-se início à luta anticancerosa um pouco por todo o mundo. Neste contexto, é possível detectar algumas especificidades nacionais, como por exemplo o papel de organismos públicos em França e na Grã-Bretanha, o das fundações e associações nos EUA,²⁶⁵ ou até mesmo o caso português, onde se assistiu à criação de organismos públicos e privados, dedicados a planos de acção diferente (científico ou filantrópico) mas convergentes nos objectivos estratégicos que os norteavam.

Se exceptuarmos o caso britânico, até finais do século XIX os serviços hospitalares reservados aos cancerosos eram inexistentes, mas começam a multiplicar-se a partir de 1890, sobretudo para dar resposta à necessidade de organizar o esforço e a colaboração de radioterapeutas e cirurgiões. Em 1914 podiam-se já encontrar centros anticancerosos nos EUA (Nova York, Filadélfia e Saint Louis), no Reino Unido (cinco em Inglaterra, um na Escócia e um na Irlanda), na Alemanha (Berlim, Heidelberg, Hanôver, Munique e Ludwigsburg), Rússia (Moscovo), na Suécia e na Holanda.

Em certa medida, a luta científica e social contra o cancro desenhava-se à imagem daquela entretanto feita contra a tuberculose, isto é, com investimentos dirigidos à investigação específica da patologia e a criação de hospitais ou departamentos hospitalares particularmente vocacionados para o seu tratamento. Em Portugal, esta metodologia era bem conhecida, sendo aplicada na rede de sanatórios entretanto erguida e dispersa um pouco por todo o país. Contudo, e ao contrário da *peste branca*, cuja curabilidade estava estabelecida e era bem conhecida, encarava-se agora uma sonora realidade que fazia divergir a abordagem ante as duas doenças: ao invés da tuberculose, partia-se para o combate ao cancro sem o claro vislumbre de uma cura a curto ou médio prazo, e a braços com uma massa enorme de doentes incuráveis, para os quais as respostas médico-científicas eram quase nulas e mesmo assim tardavam em chegar. Mais ainda, se a tuberculose continuava a ser apanágio das classes baixas, a ameaça do cancro era transversal.

²⁶⁵ Os casos francês, britânico e norte-americano encontram-se estudados, respectivamente em: PINELL, P. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Éditions Métailié, 1992; AUSTOKER, Joan – *A History of the Imperial Cancer research Fund, 1902-1986*. Oxford: OUP, 1988; e ROSS, Walter S. – *Crusade: The Official History of the American Cancer Society*. New York: Arbor House, 1987.

Em contraste directo com as doenças infecciosas, total ou parcialmente controláveis pelo recurso a medidas profiláticas, o cancro não cedia senão à cirurgia, quantas vezes radicalmente mutilante e na maioria dos casos ineficaz, ou então à radioterapia, terapêutica sobejamente encarada como altamente promissora, mas ainda de uso recente e dispendioso. Mas apesar disso, eram as armas mais eficazes e as únicas que se perfilavam no arsenal de possibilidades curativas então proposto, e que não deixavam de se aperfeiçoar continuamente.

A metodologia do higienismo vigente não parecia ter os mesmos efeitos imediatos sobre o cancro. Se as doenças infecto-contagiosas tinham como agente um microrganismo específico, bem caracterizado, muitas vezes isolado em ambiente laboratorial e capaz de propagar a doença, a experimentação, em complemento com a clínica, conseguiram destronar de modo aparentemente definitivo a ideia de contagiosidade longamente associada ao cancro.

Neste sentido, a luta contra esta doença criava uma situação sem equivalente histórico. Pela primeira vez, várias formações sociais elegiam como novo flagelo uma patologia que escapava largamente aos meios de acção “clássicos” de higiene social. Georg Wolff mostrava como o cancro era, de facto, um paradoxo da civilização sanitária: morria-se mais de cancro porque se vivia mais, ou seja, morria-se menos de outras doenças. Assim, atribuindo-se à higiene o aumento da esperança média de vida nos países ocidentais, existiriam mais pessoas idosas, e como tal, mais cancros e... mais mortes. Por sua vez, os agentes potencialmente cancerígenos eram também encarados como o resultado dos desmandos das sociedades modernas:

“A civilização, com as doenças e os vícios que a acompanham, cria as condições necessárias ao desencadeamento do cancro, e o tabaco – esse vício brando e inútil – traz, no cigarro ou no cachimbo, um dos importantes elementos de cancerização.”²⁶⁶

Urgia, pois, levantar os esforços de toda a sociedade em torno desta ameaça. Mas também se aguardava a todo o momento uma cura efectiva, sentimento materializado em palavras de esperança que surgiam repetidamente da boca dos higienistas um pouco por todo o mundo: *“Há uma grande esperança por aí, aqui por perto... Que venha! Mas, se tardar, não cruzemos os braços. A tuberculose não foi reduzida por medicações*

²⁶⁶ GENTIL, Francisco – “O cancro e o tabaco” *A Saude*. N.º 27 (Fevereiro de 1932), pp. 1-3.

específicas, mas pelas preocupações gerais de higiene... O cancro também será assim.”²⁶⁷

Mau grado esta esperança, o cancro parecia continuar a aumentar em todo o mundo, de acordo com os dados continuamente revistos e actualizados, disponibilizados anualmente pela estatística epidemiológica. O inimigo multiforme evocado na imagem estelar do caranguejo estava destinado a substituir no século XX a tuberculose, tanto nos tormentos quanto nas preocupações de saúde da humanidade.

Angústia, fobia, obsessão em alguns casos, são os novos/velhos sentimentos que renascem face ao cancro, engendrados por uma vasta campanha de propaganda profilática que em Portugal não mais parou de se intensificar, de 1923 até hoje. Esta campanha propagandística relativamente contínua, que se abordará num dos capítulos seguintes, desenvolveu-se no confluir de duas vertentes; por um lado, da influência crescente das preocupações sanitárias manifestadas por uma especialidade médica em fase de formação e afirmação, por outro, das preocupações de estratos sociais mais informados e abastados, muito permeáveis ao discurso médico e científico e dispostos a contribuir para a luta contra a doença num enquadramento filantrópico. Os seus elementos motrizes são a atenção extrema dos médicos às estatísticas, por um lado, e a percepção daquilo que podemos designar como uma doença-fantasma; ou seja, um fenómeno mórbido que ameaça genericamente a sociedade, mas que é mais pungente a título individual, sem que para isso esteja associada a qualquer factor predisponente de natureza socioeconómica ou moral.

De facto, na véspera da 2ª GM, no seio dos países “civilizados”, o cancro era reconhecido – ou estava prestes a sê-lo – como a doença mais preocupante do ponto de vista social, ao mesmo tempo que a prolongada obsessão das sociedades com patologias até então dominantes, como sejam o caso da tuberculose ou da sífilis, regredia de modo assinalável; mais ainda quando a era dourada dos antibióticos no pós-guerra marca de forma radical o combate às doenças infecto-contagiosas.

A dinâmica criada entre vários elementos da sociedade pela exposição desta a um discurso médico muito intenso e prolongado, permitiu reunir e fazer convergir uma série de interesses díspares, concentrando-os num esforço comum. Dos higienistas aos reformistas da prática médico-científica, dos políticos aos cidadãos comuns, criou-se um

²⁶⁷ Palavras de Afrânio Peixoto em 1935, eminente higienista brasileiro. Cf. o artigo PEIXOTO, Afrânio – “Luta contra o cancro.” *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIII. Nº 25 (23 de Junho de 1935), p. 201.

movimento que congregou grupos sociais diferentes e com possibilidades de intervenção distintas, mas cada um deles com um papel próprio no desenrolar da luta contra o cancro.

2 – O desafio do medo e o tempo de despertar

2.1 – Higienismo e medicina em Portugal nos alvares de novecentos

*“Sofria-se com a doença porque se sofria, sofria-se como se passava fome, como condição natural, fatalidade, destino. Em certas épocas do ano vinham as sezões, mas além disso grassavam no estio a febre tifóide, o carbúnculo, os vermes intestinais que ainda existem nessa mesma região e em quase todo o Portugal rural numa percentagem elevada, além de outras doenças intercorrentes. A existência de várias afecções no mesmo indivíduo, é próprio dos estados de sub-desenvolvimento. Portanto, para essa população, estar doente de várias doenças simultaneamente, era o estado «normal».”*²⁶⁸

J. P. Miller Guerra

Enquadrar o problema do cancro em Portugal, implica necessariamente mostrar de que modo o combate a este tipo de patologia se inseriu na política sanitária coeva, e quais as preocupações sanitárias das décadas iniciais do século XX. Na citação que abre este capítulo, e aludindo de forma directa à sua infância nos anos 20, Miller Guerra caracteriza de modo lapidar o quadro mental que caracterizava o contacto com a doença antes da mudança ideológica do pós-2ª guerra.

A mentalidade dominante na sociedade portuguesa era consentânea com a dimensão individual e até religiosa de que se revestia o próprio conceito de saúde no primeiro quartel do século XX. Nessa altura, e no devir das mentalidades características dos países católicos da Europa do sul, o problema da saúde era visto como um assunto individual, mas de ordem social. Por seu turno, a morte era um acontecimento quotidiano, e a saúde de cada um (ou a falta dela) era vista por grande parte da sociedade como uma fatalidade, cujo desenlace, favorável ou não, seria o resultado da acção divina, em cuja intervenção se chegava a confiar mais para a resolução dos problemas de saúde, do que na acção terapêutica da própria medicina convencional.

Em 1899, ao referir-se à cultura sanitária das classes baixas da cidade do Porto, o higienista Ricardo Jorge pintou um quadro negro mas lúcido, profundamente crítico à

²⁶⁸ Alusão do médico Miller Guerra à sua infância nos anos 20. GUERRA, J. P. Miller – “Relações da saúde com o desenvolvimento (1).” *Brotéria*. Vol. 88. Nº 6 (Junho 1969), p. 757.

mentalidade dominante no que respeitava ao modo de encarar a saúde e a doença, assim como às estruturas de saúde pública desse tempo:

“O contágio voga sem peias. Peias sanitárias bem poucas lhes oferece ainda a nossa organização prophylatica. O povo então entende musulmanamente que só é atacado quem Deus quer; e ninguém gurda os filhos do contacto com um varioloso e um diphtherico. (...) As scenas a que temos varias vezes assistido, sobretudo quando grassa alguma epidemia, são tristemente edificantes sobre o espírito da nossa gente. Valha a verdade que nas casas de sala acima se depara por via de regra um desmasêlo equivalente.”²⁶⁹

A própria ciência médica estava num processo de cientifização, e muitos eram ainda os desafios postos aos cultores da arte de curar.

É verdade que aos olhos dos clínicos a morte já não era uma “(...) *potencia celeste ou diabólica* (...). *Varia conforme o meio climatico e o meio social, varia conforme a situação vital da pessoa ou da comunidade.*”²⁷⁰ Isto não significa que as portas entretanto abertas pelo higienismo e pela bacteriologia fossem suficientes para conferir à medicina um estatuto de infalibilidade curativa. Sem o recurso a estudos sistemáticos de histopatologia, e numa altura em que os meios complementares de diagnóstico eram praticamente inexistentes, até meados/finais do século XIX o diagnóstico das doenças era muitas vezes confuso e impreciso, o que não só conferia dificuldades acrescidas ao tratamento, mas também na realização de uma estatística séria e fiável na altura do óbito. Mesmo assim, a importância das grandes causas de morte não fica por isso menos expressa nos números que é possível coligir, adjuvadas, como o são, pelo discurso médico e político sobre as mesmas.

Uma vez que a estatística demográfico-sanitária lisboeta apenas se ergueu a partir de 1881, e portuense em 1892, partimos da análise dos dados avulsos entretanto divulgados pelo maior hospital do país desde meados do século XIX, o de São José em Lisboa, por na altura ser considerado pelos próprios médicos como o lugar ideal para se obter uma imagem geral do estado sanitário da capital:

²⁶⁹ JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p. 380.

²⁷⁰ JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p. 294.

“O Hospital de S. José é em geral o centro para onde convergem todas as doenças dominantes na capital; porquanto ahi se recolhem justamente os doentes que, pela falta de commodidades e pelo desprezo ou impossibilidade do cumprimento das leis hygienicas, estão mais sujeitos a todas as influencias mórbidas; por este motivo o facultativo que correr as enfermarias do hospital póde fazer uma idéa do estado sanitário de Lisboa.”²⁷¹

(Ver quadro 3)

Quadro 3 – Patologias prevalentes e número de óbitos no Hospital de São José (1851 e 1º trimestre de 1852)

PATOLOGIAS	Nº total de casos	Nº total de óbitos
Pleuro-pulmonites	811	291
Tuberculose pulmonar	236	194
Febres atáxico-adinâmicas	268	121
Lesões orgânicas do coração	184	114
Diarreias	159	112
Apoplexias cerebrais	137	104
Gastro-entero-colites	604	98
Anasarcas, ascites, hidrotoraxes	172	93
Caquexias	69	68
Laringo-bronquites	543	63
Sífilis	1560	40
Hepatites	202	39
Úlceras da perna com erisipela gangrenosa	367	38
Aneurismas arteriais	40	26
Escrófulas	114	19
Elefantíase	48	18
Meningo-encefalite	45	17
Apoplexias sorosas	14	14
Gangrenas	20	14
Pericardites	9	9

Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa*. (1 de Fevereiro de 1853) Lisboa: Imprensa Nacional, p. 14. Em 1852, o Hospital São José elaborou uma estatística médica para o ano de 1851 e primeiro trimestre de 1852, discutindo as principais causas de mortalidade daquele estabelecimento. As doenças com maior número de óbitos foram as respiratórias, seguidas das cardiopatias e das diarreias. Na lista das doenças com maior prevalência estavam a sífilis, a pleuro-pulmonite e a gastro-entero-colite.

²⁷¹ “Revista Médica” *Archivo Universal*. Nº 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28.

Quando muito, poderia haver uma ou outra referência esporádica a uma doente com *scirro* da glândula mamária, considerada ao tempo a primeira fase do desenvolvimento de um tumor canceroso, mas apesar disso, os diagnósticos apontados na estatística dos internados no Hospital de São José para os anos de 1851/52 não mostram qualquer referência especial à patologia oncológica. O mesmo sucede na *Estatística pathologica das enfermidades dos hospitaes da Universidade de Coimbra* no primeiro trimestre de 1859.²⁷² A raridade da doença também pode ser depreendida da estatística do termalismo, terapia muito em voga: das afecções dos 1 200 utentes dos “Banhos do Luso” em 1858, apenas 2 figuram como doentes cancerosos, ou seja, cerca de 0,1% dos banhistas.²⁷³ Tendo em atenção estas informações, parece que à primeira vista a frequência do cancro em Portugal terá aumentado de modo significativo, sobretudo desde a segunda metade de oitocentos.

Mas corresponderá esta sensação à verdade? Estes breves dados parecem não estar em consonância com os referentes a outras realidades europeias. Em 1836 a estatística parisiense reproduzida no periódico médico *American Medical Intelligencer*,²⁷⁴ dava conta de números elevados para a presença da doença oncológica no sexo feminino na capital gaulesa. Noutros países, onde a estatística se encontrava mais elaborada, os resultados eram semelhantes. Seria Portugal um país tão diferente das demais realidades europeias na frequência da patologia oncológica?

Afinal, qual é o lugar do cancro em Portugal no último quartel de oitocentos? Com efeito, a classe médica ainda via a doença oncológica como uma patologia pouco comum, mas as palavras e a percepção dos clínicos revela uma preocupação crescente face ao aparente aumento de casos relatados. Uma recolha sistemática das grandes cirurgias²⁷⁵ entretanto efectuadas no Hospital de São José para o ano de 1859 proporciona-nos dados bastante diferentes daquilo que poderíamos aduzir se partíssemos exclusivamente da estatística hospitalar coeva. O cancro da mama e dos

²⁷² Cf. a “Estatística pathologica das enfermidades dos hospitaes da Universidade de Coimbra, desde o 1º até ao 31 de Março de 1859.” In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 46.

²⁷³ Cf. “Estatística Medica dos Banhos do Luso em 1858.” In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, pp. 81-82.

²⁷⁴ Cf. “Statistics of Sexual Diseases and Cancer in Females.” *The American Medical Intelligencer*. Vol. I, Nº 18 (1837), p. 343.

²⁷⁵ As grandes cirurgias de meados do século XIX eram aquelas que correspondiam à necessidade de cloroformizar o doente.

lábios era não só frequente, como frequentes eram também as operações realizadas para os extirpar, garantindo ainda mais a intervenção dos cirurgiões. Na primeira metade desse ano, vários foram os casos descritos, recolhidos a partir de alguns periódicos médicos, como eram a *Gazeta Médica de Lisboa* e o *Escholiaste Médico*, e posteriormente condensados na secção médica do semanário *Archivo Universal*.

Para além da referência esporádica à amputação de uma coxa por tumor cutâneo, a extração de tumores mamários encabeçavam os diagnósticos das poucas cirurgias programadas,²⁷⁶ seguidas de perto pelos cancros do lábio,²⁷⁷ e por fim, da língua.²⁷⁸ Estas duas últimas tipologias foram assunto que pela sua crescente incidência fez reflectir os médicos, numa altura em que ainda não se efectuava nem registo nem análise de qualquer estatística cirúrgica ao respeito:

*“Já se tem notado que as affecções cirúrgicas, até as menos sugeitas á influencia de constituições medicas, tem a sua epocha de predilecção para apparecerem nos hospitaes. Ha pouco foi a epocha dos calculos vesicaes, agora é a dos cancroides do lábio inferior. Como em nenhum dos jornaes medicos publicados em Lisboa se tem notado regularmente as operações que se fazem no grande hospital de S. José, esperamos que no fim d`um certo tempo a nossa revista poderá offerecer a este respeito uma estatistica curiosa.”*²⁷⁹

A estatística, ciência dos números, mas também ciência do Estado, encontrava-se no coração do projecto sanitário moderno. E apesar da existência de dados demográficos relativamente fiáveis desde 1875,²⁸⁰ a verdade é que a estatística sanitária entretanto publicada se encontra enviesada pela ausência ou escassez de dados específicos sobre a doença oncológica, bem como pelo número elevadíssimo de óbitos registados com

²⁷⁶ Cf. o *Archivo Universal*. Nº 4 (25 de Janeiro de 1859), p. 58; Nº 14 (4 de Abril de 1859), p. 219; Nº 16 (18 de abril de 1859), p. 251; Nº 18 (2 de Maio de 1859), p. 284; Nº22 (6 de Junho de 1859) p. 363; Nº 23 (20 de Junho de 1859), p. 395;

²⁷⁷ Cf o *Archivo Universal*. Nº 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28; Nº 7 (14 de Fevereiro de 1859) p. 108; Nº 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139; Nº 21 (23 de Maio de 1859), p. 332;

²⁷⁸ Cf o *Archivo Universal*. Nº 10 (7 de Março de 1859), p. 156.

²⁷⁹ *Archivo Universal*. Nº 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139.

²⁸⁰ Cf. o *Anuario Estatístico de Portugal (1875 a 1900)*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1877-1907, o *Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1890*. 3 vols. Lisboa: Imprensa Nacional, 1896-1900, e ainda o *Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1900*. 3 vols. Lisboa: Imprensa Nacional, 1905-1906.

causa indeterminada. Existem dados fraccionados para Lisboa, Porto e Coimbra entre 1883 e 1886, publicados por Maximiano Lemos,²⁸¹ e que coincidem com as estatísticas oficiais, mas não são a melhor fonte por se reduzirem a uns meros três anos de registo de óbitos.

Os défices de registo eram já bem conhecidos daqueles que tentavam fazer uso da nova metodologia estatística, mas que se deparavam com uma confrangedora falta de informação devidamente compilada e trabalhada. Aquando dos encontros internacionais sobre estatística mortuária, Portugal apresentava falhas significativas que faziam reflectir os médicos.²⁸² Com esta peia vêm-se cerceadas desde logo as hipóteses de realizar um estudo preciso sobre a mortalidade por cancro. Sobre a prevalência, ainda menos se poderia aventar para este período.

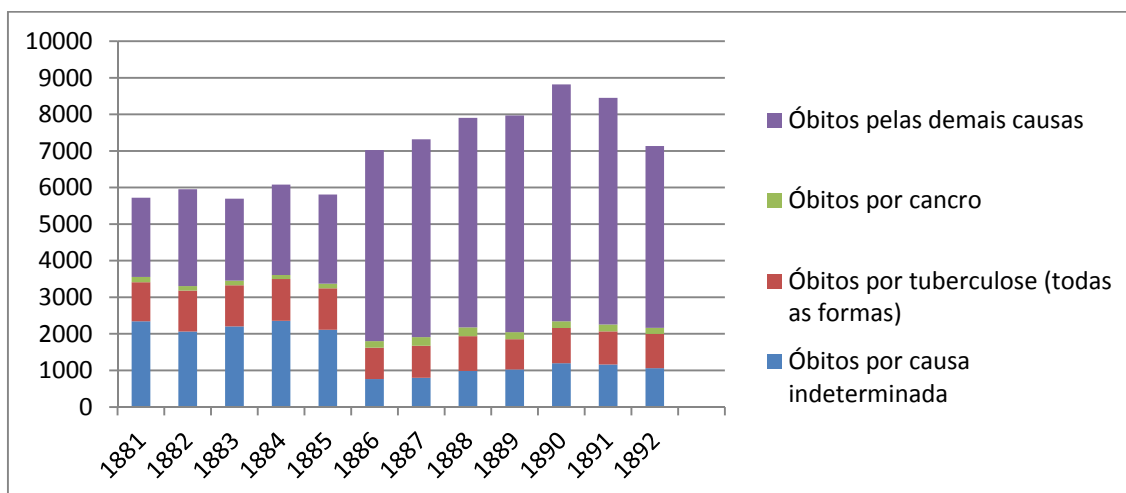
É verdade que existem ainda dados sobre os movimentos de admissões e altas dos hospitais, mas não sobre os diagnósticos realizados. Contudo, é possível obter uma imagem razoável da presença da doença oncológica em Lisboa para o período de 1886 a 1892, através da *Estatística mortuária e metereológica de Lisboa*, publicada semanalmente no periódico médico *A Medicina Contemporânea*, bem como do *Boletim Estatístico Demográfico e Médico* publicado pelo Pelouro da higiene da cidade de Lisboa e inserto em *O Correio Médico de Lisboa*, para o período entre 1881 e 1885. A comparação entre os números fornecidos pelas duas fontes para períodos de tempo iguais, isto é, para anos iguais, mostra que os dados insertos em *A Medicina Contemporânea* são mais completos que os do *Correio Médico*, pelo que usámos os desta última publicação para os anos de 1881 a 1885, e daí em diante os de *A Medicina Contemporânea*.

Da compilação e distribuição desses dados por ano, podemos obter uma ideia muito aproximada do lugar da doença oncológica no seio da mortalidade lisiponense. (Ver o gráfico 1)

²⁸¹ Cf. o *Anuario dos Progressos da Medicina em Portugal*. 3 vol. Porto: 1884-1886, relativo aos anos de 1883 a 1885.

²⁸² Veja-se MARTINS, J. T. de Sousa – “Considerações em torno da deficiente estatística mortuária do nosso país, a propósito de um pedido feito sobre o assunto pelo Congresso de Estatística realizado em Bruxelas.” *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*. (13 de Janeiro de 1877), p. 4.

Gráfico 1 – Mortalidade geral* na cidade de Lisboa (1881-1892)



Fonte: Entre 1881 e 1885, os dados foram recolhidos a partir do *Boletim Estatístico Demográfico e Médico* publicado pelo Pelouro da hygiene da cidade de Lisboa e inserto em *O Correio Médico de Lisboa* (1881-1885). De 1886 a 1892, fez-se uso dos dados insertos em todos os números de *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano X (1892), por serem mais completos, diferindo quantitativamente em relação aos do *Boletim Demográfico*. Nota: não existem dados para a 38ª semana de 1888, e ainda para a 13ª, 14ª, 22ª e 38ª semana de 1892.

*Esta mortalidade geral corresponde às 44 tipologias que existem nos dados recolhidos: febre intermitente e renitente, gripe, varíola, sarampo, escarlatina, difteria, garrotilho, tosse convulsa, febre tifóide, tifo exantemático, disenteria, afecções puerperais epidémicas, erisipela, piémia e septicemia, gangrena nosocomial, tétano, tuberculose pulmonar, outras tuberculoses, cólera, catarro intestinal agudo, reumatismo agudo, endocardite e pericardite, lesões orgânicas do coração, apoplexia cerebral, bronquite aguda, pneumonia aguda, pleurisia aguda, nefrite aguda, debilidade congénita, vícios de conformação e monstruosidades, hidrocefalia, escrofulose, raquitismo, cancro, atrépsia, escorbuto, púrpura hemorrágica, gota, litíase renal e vesical, diabetes, alcoolismo, acidentes, suicídios, homicídios e outras doenças. Não inclui os nados-mortos.

O gráfico 1, apesar de estar propositadamente elaborado para comparar visualmente o cancro com a tuberculose (a primeira causa de morte na altura), mostra igualmente a fraca fiabilidade das estatísticas apresentadas, pelo volume muito significativo de óbitos por causa indeterminada, o que revela o pouco cuidado colocado na elaboração de milhares de certidões de óbito. Aparentemente, morriam três a quatro vezes mais pessoas por tuberculose do que por cancro, mas o facto é que muitos dos óbitos nem sequer chegavam a ser classificados; daí que o proverbial desdém português por uma estatística rigorosa faz supor que o número de mortes pelo cancro fosse superior. Por outro lado, muitos óbitos por doença oncológica figuravam certamente no obituário com diferente rubrica.

Acresce ainda outro facto não menosprezável: a designação das causas de morte podia não merecer confiança quando as certidões eram passadas pelo regedor, de acordo com o disposto no artigo 249 da lei do registo civil, que permitia aos regedores a

verificação dos óbitos, quando fosse de todo impossível ser feita pelo médico, o que no meio rural acontecia com alguma regularidade.²⁸³

As principais causas de morte para este período são desde logo a tuberculose pulmonar e outras tuberculoses, seguida de longe pelas lesões orgânicas do coração, os acidentes vasculares cerebrais (apoplexia cerebral), bronquites e pneumonias, a varíola e o cancro, este último com valores superiores ao que uma abordagem empírica poderia fazer supor. Apesar dos números apresentados serem significativos, não permitem senão algumas generalizações sobre o peso da doença oncológica nas causas de morte; mas para todos os efeitos a frequência dos óbitos por cancro seria claramente superior à que poderíamos empiricamente supor.

À imagem de Lisboa, cujo distrito contribuía com o maior número de cancerosos para as cartas estatísticas, o Porto também apresentava valores crescentes.²⁸⁴ Globalmente, a patologia oncológica começava a destacar-se em todo o território, o que ficaria mais tarde provado pelo primeiro estudo estatístico sobre o cancro realizado entre nós em 1904, pela mão de Azevedo Neves. A comissão que secretariou, apresentou três relatórios que o próprio resumiu numa nota publicada em *A Medicina Contemporânea* em 1906.²⁸⁵ Os resultados assustavam: de todos os casos obtidos na observação clínica, 90% morreram no mesmo ano.

Os picos de mortalidade causadas pelas diferentes crises epidémicas que ao longo de todo o século XIX, e sobretudo na sua 2ª metade, deixavam de ter um alcance nacional e tornaram-se mais circunscritas a determinadas regiões, perdendo também nos grandes efectivos humanos que habitualmente lhes sucumbiam. Com efeito, desaparece a mortalidade catastrófica a partir de meados de oitocentos,²⁸⁶ ao passo que outra tomará progressivamente o seu lugar. Despontando entre os antigos flagelos, o cancro começava a destacar-se.

²⁸³ Cf. CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos*. Porto: Livraria Chardron, 1916, pp. 308-309.

²⁸⁴ Cf. o *Boletim Mensal da Estatística Sanitária*. Porto: Serviço Municipal de Saúde e Hygiene, 1893 a 1901.

²⁸⁵ Cf. NEVES, Azevedo – “O cancro em Portugal” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXIV. Nº 50 e 51 (1906), pp. 393-401.

²⁸⁶ Cf. DAVID, Henrique – “Alguns aspectos da mortalidade em finais do século XIX - as cidades do Porto e Lisboa.” *Revista da Faculdade de Letras*. Vol IX (1992), pp. 269-294. Sobre as crises epidémicas em Portugal na 2ª metade do século XIX, cf. CORREIA, F. da Silva – “Portugal dans l’histoire de l’hygiène.” *III Congrès International d’Histoire des Sciences. Conférences et Communications*. Lisboa: 1936, p. 362.

O que não mudou significativamente foram as políticas governamentais relativamente à saúde dos cidadãos. A par de acções privadas promovidas com recurso a esquemas assistenciais ou mutualistas, o empenho do Estado visava sobretudo o controlo da saúde pública por via legislativa. E mesmo esta era claramente limitada, de tal modo que à excepção dos serviços de sanidade geral e de uma mão cheia de hospitais, os demais eram da esmagadora responsabilidade da iniciativa privada, maioritariamente das vetustas e seculares Misericórdias. Os poucos hospitais que não recaíam na esfera privada eram os Hospitais Civis de Lisboa, o Hospital Joaquim Urbano, no Porto, os Hospitais Escolares de Lisboa e Coimbra, e ainda os hospitais militares;²⁸⁷ não existia nenhum estabelecimento hospitalar público ou privado que se dedicasse de forma exclusiva ao tratamento dos doentes cancerosos.

Mas desenhava-se agora um novo sentimento sobre a saúde das populações, que acompanhava os progressos materiais e científicos da medicina da segunda metade de oitocentos. O determinismo da morte deixava de fazer sentido quando o higienismo e a medicina se tornavam alicerces de uma sociedade que fazia da saúde pública um assunto da responsabilidade do Estado. Faltava apenas que o investimento governamental em saúde pública o acompanhasse.

Fazendo uma referência à necessidade premente de um forte investimento público nessa matéria, o higienista Ricardo Jorge apontava em 1899 estas mudanças de forma clara e objectiva:

*“O aumento da vida indica o aumento do bem-estar, e este promana directamente da vitória incessante contra a miséria e contra a ignorância. A arma capital dessa vitória é o dinheiro; cresce a riqueza pública, e com a prosperidade económica vem a prosperidade bio-social, a resistência contra a moléstia e a morte, o alongamento da vida.”*²⁸⁸

²⁸⁷ Para uma pormenorização dos diferentes hospitais, públicos e privados existentes no país até 1937, bem como o número de camas de cada um, veja-se a extensa descrição feita em CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra*. Coimbra: 1937, pp. 319-328.

²⁸⁸ JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p.

De um modo paralelo, a estruturação das políticas sanitárias acompanhavam as políticas sociais, mas foi na 2ª metade do século XIX que as preocupações higienistas assumiram uma dimensão mais relevante na política de saúde portuguesa.²⁸⁹

Esta dimensão nunca diminuiu, antes se acentuou com a chegada do novo século. Desde a entrada em vigor da reforma sanitária de 1901, imperava, e por longo tempo imperou, uma política declaradamente higienista, devedora dos princípios da medicina preventiva decorrentes do movimento sanitário que percorrera a Europa no século XIX, e que chegava por fim à letra da lei em Portugal.

A legislação fundamental que orientava os serviços de saúde pública em Portugal era o *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública* de 24 de Dezembro de 1901.²⁹⁰ Materializando uma ampla reforma, que ficou conhecida como *Reforma de Ricardo Jorge*, esse documento era devedor de um projecto de Higiene Social, concebido e proposto em 1884 pelo próprio. O seu articulado é um claro reflexo do modo como o Estado encarava o seu papel nos domínios da intervenção sanitária, fortemente enformada e incluída no campo da assistência ou beneficência públicas. Pioneira em Portugal, esta legislação baseava os seus diplomas numa obrigatoriedade da intervenção do Estado na defesa da saúde pública das populações, visto por essa altura como uma “(...) obrigação primacial da administração e da fazenda pública”.²⁹¹

Para isso, o legislador tratou de estabelecer, estruturar e organizar um mecanismo sanitário que se baseava no médico facultativo de partido, apoiado na sua acção por uma série de técnicos e autoridades de saúde a nível distrital e concelhio. Para além do médico, que passou a ser “confiadamente, o esteio do sistema sanitário inaugurado” a equipa era ainda constituída por engenheiros sanitários e fiscais de salubridade, com atribuições bem definidas e estruturadas, havendo ainda uma miríade de responsabilidades afectas a um alargado leque de entidades: governador civil, administradores concelhios, regedores de freguesia, párocos, médicos municipais, delegados de saúde distritais e subdelegados de saúde concelhios.

²⁸⁹ Sobre a importância do higienismo na política sanitária veja-se COSME, João – “As Preocupações Higió-Sanitárias em Portugal (2.ª metade do século XIX e princípio do XX).” *Revista da Faculdade de Letras do Porto. História*. Vol. 7 (2006), pp. 181-195.

²⁹⁰ Cf. o *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, que reúne a legislação de 1901 a 1904, e o *Boletim Serviços Sanitários*, onde se encontra compilada a que foi promulgada desde 1905 a 1933.

²⁹¹ Promulgada em 1899, esta reforma apenas foi regulamentada em 1901, tendo entrado em funcionamento no ano de 1903.

Ao seu tempo, tratava-se sobretudo de conferir as bases legais de um sanitarismo moderno, dentro das políticas higienistas da época, ideias essas com uma expressão legislativa similar noutros países europeus. Elaborado de modo a ajustar a política às exigências científicas e sociais da higiene, o diploma visava “*Reconcertar o mecanismo sanitário nas suas origens activas, sistematizando-lhe peça por peça as relações, o funcionamento e a finalidade, de modo a assegurar o pleno exercício do seu trabalho em proveito da saúde pública, tornava-se de facto a obra essencial;...*”²⁹²

Acentuavam-se sobretudo os cuidados relativos à organização, feita com recurso à subordinação, em matéria de saúde pública, dos serviços ou entidades integrados noutros ministérios, que desta feita passam a ficar na alçada do Ministério do Reino.

Apesar de se encontrarem perfeitamente estabelecidas e determinadas as competências dos vários intervenientes, fossem eles funcionários sanitários, autoridades administrativas ou eclesiásticas, os resultados obtidos na eventual melhoria das condições de saúde geral da população e o estado sanitário urbano mantiveram-se praticamente inalterados.

Com a instauração da República em 1910, a intervenção estatal viu-se reforçada, não apenas através das convencionais funções de coordenação, mas sobretudo pela tomada directa de iniciativa em determinados campos e pela tentativa de afectação de meios renovados. Imbuída do ideal republicano triunfante, a Constituição de 1911 passava a consagrar o direito à assistência pública, sendo reorganizados os serviços de assistência ainda nesse mesmo ano, com a criação das Direcções Gerais de Saúde e Assistência.²⁹³

Mas apesar do reduzido impacto da reforma de 1901, só em 1926 se tentou melhorar o quadro legal que a regia, de molde a remediar as desvantagens mais destacadas que a enformavam, à qual faltaram “*o apoio da força e do dinheiro*”, ao mesmo tempo que se reconhecia o atraso português em matéria sanitária face a outros países.²⁹⁴ A assistência pública atravessava um mau momento, claramente

²⁹² Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*. Nº 1, (1902) p. 3.

²⁹³ Assim se pode ler no art.º 3, nº 29 da Constituição de 1911: “*A Constituição garante a todos os portugueses e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes (...) é reconhecido o direito à assistência pública*”.

²⁹⁴ Apesar das dificuldades económicas e da guerra, alguns países investiram na reconstrução dos seus sistemas sanitários, tais como “*a Rússia soviética, a Polónia, a Checoslováquia, a Sérvia, a Roménia,*

subfinanciada, o que agravou a débil vida financeira dos estabelecimentos hospitalares. Em Julho de 1926, Ribeiro Castanho, ministro do Interior e responsável pelo sector, expôs em poucas palavras uma realidade conhecida, ao afirmar que “*A situação que atravessam os estabelecimentos de assistência deixou de ser aflitiva, para se tornar desesperada.*”²⁹⁵

É com este pano de fundo que através do Decreto nº 12 477, de 12 de Outubro de 1926, se determina uma nova reforma, ainda encabeçada por Ricardo Jorge, onde se tentava conferir uma maior independência e autonomia às autoridades sanitárias concelhias. Pretendia-se evitar a dispersão das responsabilidades por uma multiplicidade de entidades, tentando concentrar competências e recursos, mas onde a responsabilidade do Estado permanecia restrita. Note-se que também os ecos dos objectivos da Organização de Higiene da SDN tinham impacto significativo, influenciando a determinação e empenho dos políticos no “*fomento progressivo da higiene nacional sem poupar sacrifícios.*”²⁹⁶ Em matéria hospitalar, projectaram-se os novos hospitais universitários, estruturas que enfermaram de um longuíssimo atraso e que só na década de 50 seriam concretizadas. Outros projectos materializaram-se mais rapidamente, como foi o caso do Instituto Português para o Estudo do Cancro, que abriu o seu primeiro pavilhão em 1927, ou ainda da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, concluída em 1932.

Mas estes foram fenómenos raros no panorama hospitalar. A esmagadora maioria dos hospitais pertenciam às Misericórdias. Por outro lado, a experiência veio demonstrar que a Direcção Geral de Saúde não podia acompanhar, vigiar, orientar e fiscalizar os serviços de 273 subdelegações de saúde, tantas quantos os concelhos onde funcionavam. Por outro lado, os subdelegados de saúde relegaram para segundo plano a acção sanitária, limitando a sua actividade ao preenchimento dos mapas que, com esse fim, lhes eram remetidos pela Direcção Geral. Como reconheceria 22 anos mais tarde o Subsecretário da Assistência num discurso que faz aos Delegados de Saúde distritais,

onde hoje se encontram magníficas instituições que são para nós outras verdadeiras maravilhas”, in Decreto nº 12 477, de 12 de Outubro de 1926.

²⁹⁵ Decreto nº 11 998, de 31 de Julho de 1926. *Diário de Governo*. IIª Série (31 de Julho de 1926), pp. 898-899.

²⁹⁶ “*Toda esta situação europeia e mundial, cada vez mais aguda, cria obrigações reais, de execução contínua e rigorosa, obrigações impreteríveis de cumprimento por parte de Portugal, sob pena de nos vermos apontados sanitariamente como menos desejáveis.*” In Decreto nº 12 477, de 12 de Outubro de 1926. *Boletim dos Serviços Sanitários*. Nº 8 (1931).

*“A reforma de 1926 engendrou burocratas e, de um modo geral, maus burocratas, quando eram necessários sanitaristas.”*²⁹⁷

O falhanço de planos tão bem elaborados no papel como o foram estas duas reformas, deve-se em grande parte à ausência de meios financeiros, e encontra-se plasmado nas estatísticas sanitárias dos anos que se lhes seguiram. Se por um lado a legislação sanitária vigente desde o início do século XX alargou pelo país uma rede de funcionários especialmente encarregada do estudo estatístico e demográfico das doenças, exceptuando os dos três centros científicos de Lisboa, Porto e Coimbra, a organização desse estudo apenas excepcionalmente se organizava, e quando se coordenava, não era fácil o seu exame a quem não desempenhava funções sanitárias oficiais.

Os funcionários adstritos ao aparelho higio-sanitário eram poucos e assim continuaram por longos anos. Em 1936, Almerindo Lessa deixava transparecer o investimento limitado que o poder político ainda realizava nesta matéria, em clara deriva com o articulado legal:

*“O Estado tem em organização a sua utensilhagem servida já por um pessoal quasi-mínimo que soma no Continente 334 delegados de saúde, 692 médicos municipais, 78 médicos escolares, 90 fiscais do trabalho e 200 enfermeiras visitadoras. (...) O pessoal é pouco, bastante inferior mesmo aos mínimos admitidos em Higiene rural (1 médico por 1.500 a 2.000 pessoas e 1 enfermeira visitadora por 6.000 a 8.000 habitantes.”*²⁹⁸

Disto resultava a maior dificuldade, sempre que era necessário determinar a disseminação de qualquer doença, em apurar os factos que se relacionavam com a sua etiologia. Mesmo assim, é possível estabelecer com toda a certeza um quadro fidedigno de algumas das principais doenças que afectavam com maior frequência os portugueses. No que às premissas político-sanitárias concernia, nos anos 20 e 30 vivia-se uma época em que o carácter essencial da medicina era, no campo social, a tendência para antepor a profilaxia à terapêutica, e a prevenção à cura. Nada de novo, se considerarmos a sua matriz higienista. No campo da então chamada *“medicina social”*, vivia-se na era do

²⁹⁷ Discurso de Trigo de Negreiros, in *“Podemos encarar com confiança e optimismo o futuro da Saúde Pública em Portugal.” Boletim da Assistência Social.* Ano 6º. Nº 62 a 64 (Abril a Junho 1948), p. 5.

²⁹⁸ LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene.* Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 35.

“(…) *Preventório, do Dispensário e da Enfermeira visitadora.*”²⁹⁹ O cancro, imbuído do rótulo de doença social de dimensões colectivas, foi reunido sob a cobertura semântica que albergava um conjunto mais alargado, constituído também pelo alcoolismo, lepra, tuberculose e doenças venéreas.

As doenças infecto-contagiosas, venéreas e parasitárias, com especial relevo para a tuberculose, a sífilis, febres tifóides, varíola, difteria, escarlatina e meningite, eram sem dúvida as mais frequentes e também as que mais matavam. Eram acima de tudo a imagem de um atraso na educação higiénica das populações, que no geral eram fruto da pobreza, mas também da negligência e ignorância relativamente a aspectos básicos de higiene pessoal, familiar e social.

Além das doenças epidémicas, com períodos de maior ou menor incidência, apesar da sua habitual recorrência, foram a tuberculose, a sífilis e o reumatismo as que maior número de doentes conduziam às instituições hospitalares. Mesmo assim, não deixa de ser significativo o baixo número de crianças com menos de 2 anos tratadas nos hospitais por diarreias e enterites, quando essa era a causa principal da elevada mortalidade infantil, e de maior mortalidade global no país.³⁰⁰

Contudo, a estatística que se pode coligir sobre as principais causas de morte, e como tal, da natureza das principais patologias que acometiam os portugueses ao longo dos primeiros decénios de novecentos, não pode ser considerada de nenhum modo absolutamente correcta. É, na melhor das circunstâncias, genericamente exemplificativa da realidade patológica nacional. Note-se que a esmagadora maioria dos óbitos era classificada com causa ignorada ou mal definida, pelo que tais estatísticas permitem, pois, deduzir apenas conclusões genéricas.

Uma vez que nem sempre os dados fornecidos pela estatística demográfica correspondiam aos fornecidos pela clínica hospitalar, é certamente mais adequado fazer uso das estatísticas dos hospitais de maior dimensão, mais precisamente do São José em Lisboa, e do Santo António no Porto, para o que existem dados, respectivamente, para 1913 e 1914. (Veja-se o quadro 4)

²⁹⁹ Cf. LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene*. Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 31.

³⁰⁰ Cf. CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra*. Coimbra: 1937, pp. 158-159.

Quadro 4 - Permilagem da mortalidade global hospitalar por doença em dois hospitais

	Hospital de São José (1913)	Hospital Geral de Santo António (1914)
Tuberculose	219,03	249,45
Lesões orgânicas do coração	40,43	37,19
Cancro	41,70	54,70
Debilidade senil	41,28	15,32
Pneumonia	32,01	21,88
Febre tifóide	16,42	17,50

Fonte: adaptado de CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos*. Porto: Livraria Chardron, 1916, p. 309.

Em 1916, Bento Carqueja não deixou de apontar as dificuldades que encontrou na compilação de uma bioestatística fidedigna, num país onde reconhecia a escassez de “(...) *dados para se apreciar devidamente o grau de saúde e robustez da sua população. Faltam ainda muitos elementos demográficos a que podia recorrer-se para julgar do vigor da raça, da resistênciã vital, das aptidões da capacidade physica, do trabalho do povo portuguez e que só podem ser colhidos mediante inquéritos feitos pelo governo, ou entidades particulares, ajudadas por elle.*”³⁰¹

O problema da fiabilidade prosseguiu, pelo menos até meados dos anos 30. Ao apresentar os seus dados para o período 1916-1925, o higienista Francisco Correia chama a atenção para “(...) *uma dificuldade que se encontra em Portugal a juntar-se à enorme percentagem de 1/3 de óbitos de causa ignorada, qual é a preguiça ou descuido, que ainda seria compreensível em funcionários mal pagos como são os delegados de saúde, mas que se verifica na maior parte da classe médica, principalmente na de larga e bem remunerada clientela...*”³⁰²

Da totalidade de óbitos registados para o período acima referido (1916-25), é de assinalar a média de 1 777,8 óbitos anuais devidos à patologia oncológica. Olhando para este número apenas em termos absolutos, o cancro não constituía, pois, um problema de saúde pública que pudesse afectar no imediato o panorama sanitário nacional. Mas na esmiuçada estatística apresentada pelo mesmo higienista, é-nos ainda possível verificar a imprecisão deste número, muito provavelmente muito superior na realidade, quando

³⁰¹ CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos*. Porto: Livraria Chardron, 1916, p. 245.

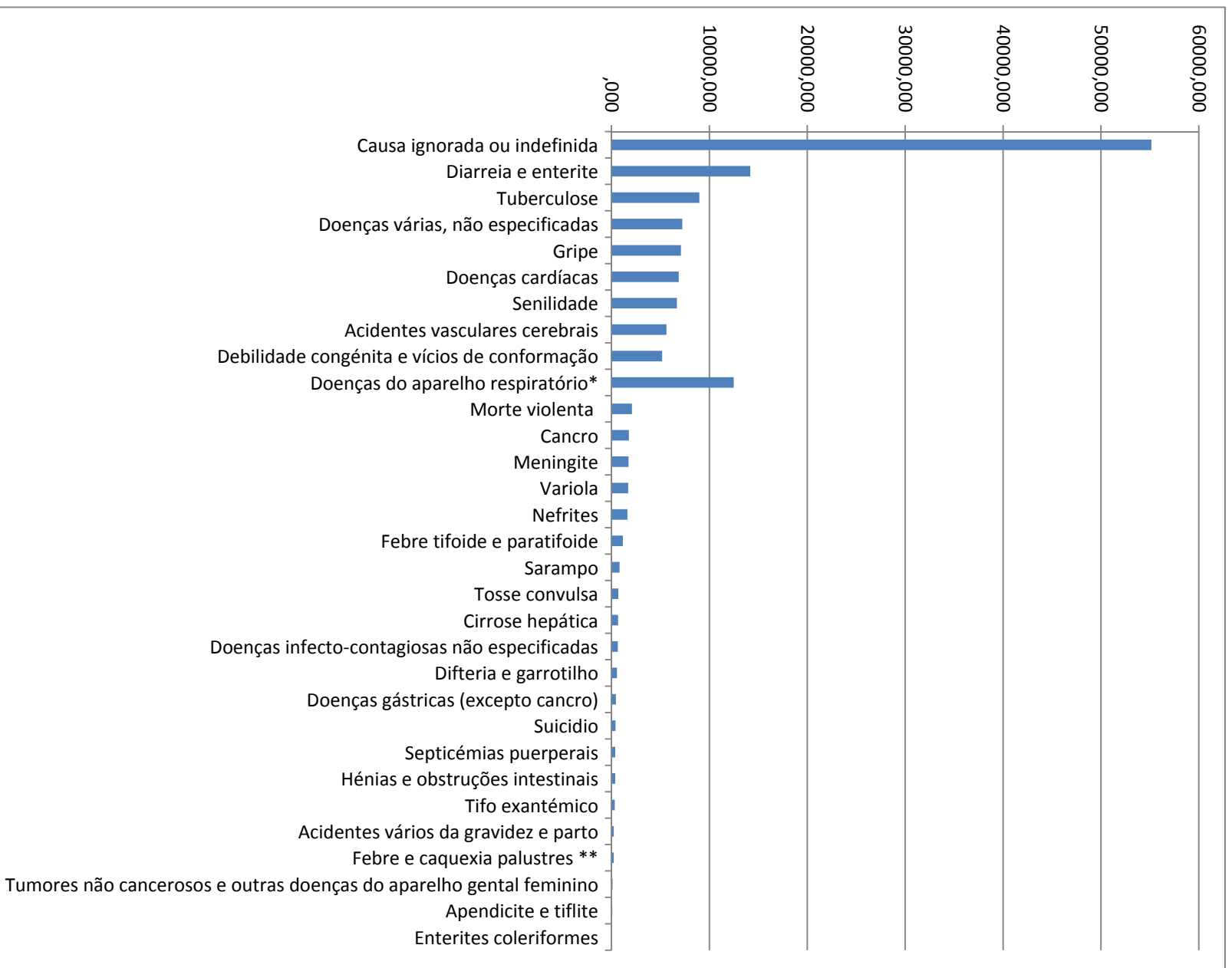
³⁰² CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra*. Coimbra: 1937, p. 193.

verificamos cifras elevadíssimas de causas indeterminadas, e ainda várias doenças não especificadas.

De facto, o cancro não era doença de declaração obrigatória, sendo por vezes confundido com outras patologias. É ainda de estranhar a ausência total de referências a óbitos por quaisquer doenças venéreas, que podem estar ou não, no cômputo das causas mal definidas ou das não especificadas. Por outro lado, esta ausência pode igualmente ter a ver com o facto de muitos sifilíticos morrerem de complicações directamente resultantes da doença, em particular as de natureza cardíaca, que recaíam no cômputo das lesões orgânicas do coração.

Em muitos casos feita por médicos em franca proximidade com as famílias dos falecidos, a certidão de óbito podia facilmente conter um registo de causa desconhecida ou indeterminada, o que acrescentava uma grande dificuldade na realização de uma estatística epidemiologicamente correcta ou sequer aceitável. (Veja-se o gráfico 2)

Gráfico 2 – Média da mortalidade anual por diversas afecções no continente e ilhas adjacentes (1916-1925)



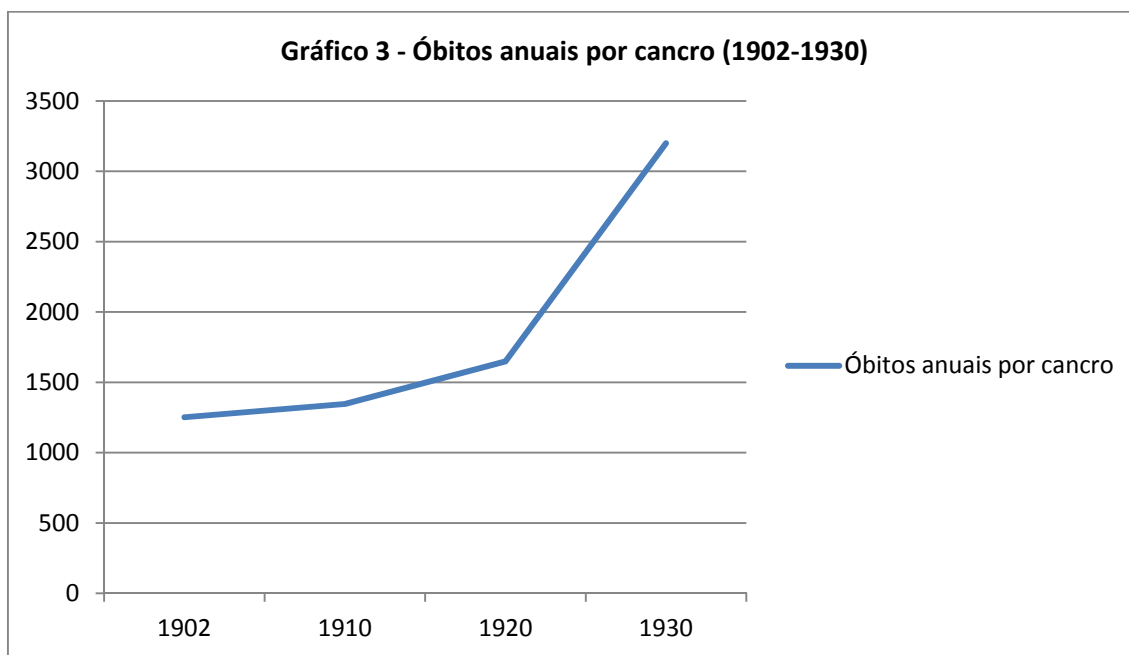
Fonte: adaptado de CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra*. 1937, pp. 147-148. Nota: em algumas patologias utilizou-se a designação pela qual são actualmente conhecidas. Em alguns casos procedeu-se à reunião das causas de morte por tipos de patologia, sem diferenciação etária. Tal deve-se ao facto de nos interessarem apenas valores absolutos.

* Inclui pneumonias, bronquites agudas e crónicas, e outras doenças do aparelho respiratório.

** Inclui o sezoniismo (malária)

Com efeito, quando a partir dos anos 30 a percentagem de óbitos de causa ignorada baixa brutalmente, dos 38,6% (1916-1925) para 8,8% (1930-1933), é apenas a partir daí que passamos a ter uma imagem muito mais completa, fiável, mas ainda mais preocupante sobre o problema do cancro. Neste aspecto, a informação conferida pela estatística hospitalar e demográfica é inegável e clarificadora.

O facto de o Instituto Português de Oncologia já se encontrar em funcionamento desde 1927 também contribuiu para a recolha de dados suficientes, essenciais à realização de um necessário reajuste estatístico, claramente mais consentâneo com a realidade da doença oncológica entre nós. A esmagadora maioria dos dados sobre óbitos por doença oncológica eram maioritariamente provenientes desta fonte. (Veja-se o gráfico 3)



Fonte: adaptado de CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra. 1937, p. 572.*

Entre a população hospitalizada, o número de cancerosos sofreu um claro incremento, de acordo com os dados aportados por João Marques dos Santos acerca dos doentes entrados no Hospital da Universidade de Coimbra entre 1919 e 1922, onde a percentagem de cancerosos internados crescera anualmente de 5 para 7%, apenas no interregno desses três anos.

Mas os primeiros dados fidedignos sobre o número de doentes tratados em instituições especializadas só surgem na década de 30. Foi por iniciativa do IPO, em colaboração com o INE e a DGS, que se deu início a uma estatística organizada e tão rigorosa quanto possível sobre a mortalidade e morbilidade pelo cancro em Portugal. Dotado de um serviço próprio afecto exclusivamente à estatística, o IPO desenvolveu nos seus primórdios as principais bases em que incidiria a sua actividade inicial. Organizado por Florentino da Costa Ramos, que entretanto estagiara no Instituto Gustave Roussy, tornou-se um instrumento indispensável para a avaliação e aferição dos caminhos a empreender na luta contra o cancro.³⁰³ Sem ela, não seria possível traçar um plano de experiências laboratoriais, orientar e definir as condições de um inquérito, formular os resultados das observações clínicas; enfim, apreciar com segurança a validade das conclusões.

Apesar de ser ainda incompleta, por não incluir todos os mortos do país por doença oncológica, a estatística do IPO já confere uma maior segurança aos resultados entretanto obtidos. Nos primeiros seis anos do seu funcionamento, os números oficiais mostraram um quadro bastante mais claro sobre a doença: (Ver quadro 5)

Quadro 5 – Relação entre doentes oncológicos e não oncológicos observados no IPO (1928-1933)

Ano	Doentes inscritos		Cancerosos		Percentagem de cancerosos
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
1928	250	702	176	451	65,8 %
1929	424	1.098	312	714	67,3 %
1930	553	1.439	353	848	60,2 %
1931	592	1.634	368	907	57,2 %
1932	631	1.771	351	1.001	56,4 %
1933	491	1.224	340	990	78,2 %

Fonte: ATHIAS, M. – “Organisation de la Lutte contre le Cancer au Portugal,” *Arquivo de Patologia*. Vol. 6, (1934), p. 551.

Do exposto se depreendia que:

- 1) O número de pessoas que recorriam ao Instituto era predominantemente feminino e com tendência a aumentar. Este facto devia-se sobretudo à grande quantidade de lesões genitais femininas suspeitas.

³⁰³ Cf. RAMOS, F. da Costa – “Oncologia e Estatística.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 27. Nº1 (1955), pp. 29-47.

- 2) Eram as mulheres que contribuíam com a maior parte dos casos de tumores malignos.
- 3) O facto de haver uma diminuição na percentagem de cancerosos entre todos os doentes atendidos, significava que a propaganda anti-cancerosa começava a obter alguns resultados. Com efeito, cada vez mais pessoas se faziam observar no IPO por suspeita de doença oncológica.

Verificou-se nessa altura que a percentagem de cancerosos falecidos face aos tratados era elevadíssima, com valores absolutos que ultrapassavam largamente os demais óbitos imputáveis às doenças dominantes, como eram os casos da sífilis e da tuberculose. (Vejam-se os Quadros 6, 7 e 8)

Quadro 6 – Doentes oncológicos tratados no IPO (1930-1933)

	1930	1931	1932	1933
Cancerosos tratados no IPO	1208	1275	1354	1328
Falecidos	141	144	200	147
% de óbitos por doentes tratados	≈11,6	≈11,3	≈14,7	≈11,1

Fonte: adaptado de CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra.* 1937, p. 159.

Quadro 7 – Doentes sífilíticos tratados nos hospitais civis e militares (1930-1933)

	1930	1931	1932	1933
Sífilíticos tratados nos hospitais civis e militares	4732	4545	4596	4284
Falecidos	131	139	121	96
% de óbitos por doentes tratados	≈2,7	≈3,0	≈2,6	≈2,2

Fonte: idem.

Quadro 8 – Doentes tuberculosos internados e inscritos em sanatórios e dispensários da ANT (1930-1933)

	1930	1931	1932	1933
Internados em sanatórios da ANT	1446	1557	1972	2030
Falecidos	21	57	91	113
% de óbitos por doentes tratados	≈1,4	≈3,6	≈4,6	≈5,5
Internados noutros sanatórios	1048	1039	1083	1217
Falecidos	22	16	21	38
% de óbitos por doentes tratados	≈2,1	≈1,5	≈1,9	≈3,1

Fonte: idem. Note-se que o número total de tuberculosos inscritos em dispensários era elevadíssimo, muito superior ao dos inscritos nos da ANT.

E mesmo que a mortalidade pelo cancro em Portugal fosse das mais baixas quando comparada com outros países europeus, facto já conhecido e referido por Azevedo Neves desde 1906, o número de óbitos específico aumentava de ano para ano, o que podia ser tão só o reflexo da diminuição progressiva do número de óbitos de causa ignorada, como o real incremento da incidência de uma patologia em clara ascensão no mundo ocidental.

Foi exactamente nesse sentido que Francisco Gentil apresentou em 1928 uma comunicação sobre cancro no III Congresso Nacional de Medicina,³⁰⁴ que se revestia de todo o interesse para os higienistas; ou ainda outra sobre cancro e higiene na Iª Semana Portuguesa de Higiene em 1931,³⁰⁵ onde ressaltava a natureza social de uma patologia cujo combate também podia e devia passar pela necessária adopção de estratégias preventivas e de diagnóstico precoce, tão ao sabor da política sanitária em vigor. Perante a insuficiência dos meios terapêuticos colocados à disposição, e na senda da luta anti-tuberculosa, os próprios higienistas faziam valer a sua posição profiláctica face ao cancro. Afrânio Peixoto, higienista brasileiro resumiu liminarmente esta ideia, que perpassava todo o pensamento higienista internacional:

*“Sou, talvez suspeito, mas a única esperança é ainda a da higiene. Não deram os métodos gerais de higiene, não específicos, combate à tuberculose? Como se lutará contra o cancro? Primeiro, o diagnóstico, o diagnóstico precoce. Reconhecer em tempo o cancro é quasi sempre poder curá-lo.”*³⁰⁶

Urgia, pois, não deixar passar a “hora terapêutica do cancro”, expressão de Gustave Roussy que alicerçou o esforço diagnóstico precoce que o IPO pretendeu implementar em Portugal. O mesmo fora já assumido pelos clínicos portugueses, imbuídos *a priori* pelo espírito higienista, mas sobretudo pelos adeptos da possibilidade da contagiosidade da doença:

³⁰⁴ Cf. o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Nº 6 (Junho de 1928).

³⁰⁵ Veja-se a este respeito CORREIA, F. da Silva – *Relatório da Semana de Higiene*. 1931.

³⁰⁶ PEIXOTO, Afrânio – “Luta contra o cancro.” *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIII. Nº 25 (23 de Junho de 1935) p. 201.

“A hygiene é, pois, a base da prophylaxia do cancro, mas à cirurgia cabe também (...) um papel primordial, fazendo o diagnóstico precoce e a operação imediata; suprimindo precocemente um foco neoplásico, o doente é libertado d`uma infecção que mais tarde poderia ser irremediável, e as pessoas que o cercam ficam também livres dos perigos que d`essa infecção lhes poderiam advir.”³⁰⁷

Independentemente dos sinais de alerta dos estudos estatísticos, e a teoria explicativa do cancro poder ser parasitária ou não, a profilaxia higienista fazia todo o sentido, passando pela higiene corporal e da habitação, os cuidados dentários, a vigilância de hemorragias genitais, ulcerações ou nódulos mamários, a par do combate à sífilis, à tuberculose e ao alcoolismo. Tudo em franca consonância com o paradigma de saúde da época.

Isso não significa que a necessidade do diagnóstico precoce fosse uma novidade. O emprego de meios de despistagem e tratamento oncológico fora anteriormente discutida entre Sabino Coelho e Sousa Martins, o primeiro deles imbuído das recomendações do VII Congresso da Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Língua Francesa.³⁰⁸ Conscientes das dificuldades de diagnóstico preciso do cancro face a algumas manifestações da tuberculose, na ausência de exame histológico, a distinção nem sempre era fácil, daí que a generalização deste tipo de meio de confirmação diagnóstica se tivesse tornado peça essencial na destriça a fazer entre algumas lesões cancerosas e tuberculosas.

De facto, eram comuns os casos em que o diagnóstico apenas se podia fazer *post-mortem*, confirmando-se a doença oncológica inicialmente confundida com manifestações locais de tuberculose.³⁰⁹ Também era habitual fazer-se a o diagnóstico correcto apenas em situação intra-operatória, dadas as limitações do próprio processo de

³⁰⁷ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 457.

³⁰⁸ Cf. COELHO, Sabino – “A propósito da tuberculose e do cancro do colo uterino. (Á memória de Sousa Martins)” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLIX. Nº 47 (22 de Novembro de 1931), pp. 420-423.

³⁰⁹ O mesmo problema do diagnóstico é posto por Mário Trincão relativamente ao sarcoma do mesentério, passível de ser facilmente confundido com a tuberculose peritoneal. Cf. TRINCÃO, Mário Simões – “Notas clínicas sobre um caso de sarcoma primitivo do mesentério.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLIX. Nº 9 (1 de Março de 1931), pp. 73-76.

diagnose radiológica.³¹⁰ Vistos como “*meios sociais*”, os centros entretanto propostos permitiriam promover a supressão do charlatanismo e da publicidade enganosa que por vezes fazia a sua aparição, retardando o diagnóstico atempado, e a consequente progressão da doença.

Mas num país com taxas elevadas de doenças como a tuberculose, varíola, febre tifóide, tifo exantemático, sífilis e até malária, o problema do cancro poderia de algum modo ser visto como menor quando colocado em mera comparação estatística. Vistas pelos higienistas portugueses como “*verdadeiros índices de falta de civilização ou de conveniente assistência,*”³¹¹ as doenças acima referidas resumiam sinteticamente o fulcro das preocupações biopolíticas do Estado; e se o problema do cancro se destacasse, sê-lo-ia apenas por força de um discurso médico, capaz de determinar a intervenção do poder político no combate a uma doença tão específica, que por si só era capaz de por em causa os conceitos e métodos higienistas assumidos pela política sanitária vigente.

Chegados ao final dos anos 20, poderíamos concluir que faltava ainda consciência sanitária ao povo português. A epidemia de tifo no Porto em 1917-19 e a muito mais global gripe de 1918-19, serviram bem para mostrar os défices e as mais prementes preocupações higio-sanitárias no Portugal do primeiro quarto do século. Apesar da matriz higienista presente nas reformas da legislação em 1901 e 1926, campeavam ainda as doenças que de algum modo mostravam a existência de uma salubridade deficiente, a ausência de hábitos de higiene, e a intervenção limitada do poder central e da administração local em matéria de saúde pública.

O cancro, esse “*quarto flagelo da humanidade*”, como se lhe refere Sousa Júnior em 1911,³¹² emparelhava cada vez mais com a tuberculose, a sífilis e o alcoolismo na lista dos flagelos da espécie humana, não sem a agravante de estar em crescendo, quando os demais decaíam. Mesmo assim, o combate à sífilis e ao alcoolismo eram vistos como sinérgicos da luta a empreender contra o cancro, retardando ainda mais um

³¹⁰ Cf. GENTIL, Francisco – “Sobre o diagnóstico de tumores abdominais (Apontamentos de Patologia).” *Lisboa Médica*. Vol. 2. Nº 1 (1925), pp. 1-15.

³¹¹ CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra*. Coimbra: 1937, p. 290.

³¹² Desses quatro – a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo e o cancro – este último era o de mais recente adição. Cf. o *Diário do Senado*. Sessão nº 13, em 20 de Dezembro de 1911, p. 8.

investimento público no combate específico da doença oncológica.³¹³ Conquanto os dados oficiais ainda o contradissem, as estatísticas incompletas e sujeitas a erros grosseiros, davam azos a afirmações que apontavam para um determinismo muito superior do cancro na mortalidade, de tal modo que se estaria a morrer mais de cancro do que de sífilis e de tuberculose.

Marques dos Santos, que perfilhava esta ideia no seu discurso, resumia em 1921 o estado dos cancerosos portugueses, por quemurgia agir, especialmente ante “(...) *os inoperáveis, que são a maioria, continuam sem assistência ordenada, morrendo horrorosamente e agonizando em recônditos infectos. Os doentes continuam entre nós dispersos pelas enfermarias gerais; há uma ausência completa de toda a acção profilática e os processos de terapêutica, ainda muito elementares e precários não têm método nem coordenação. Não há em Portugal uma única consulta externa especializada para o cancro e continuamos vivendo neste estado de inferioridade e de injustificável atraso.*”³¹⁴

O alerta estava lançado e a realidade conhecida. Apesar disso, o combate ao cancro estava em larga medida por realizar. Pela sua natureza particular, exigia uma acção sócio-política concertada, enquadrada no campo da saúde pública, e como tal, sob alçada directa do poder político. Tratava-se, pois, de dar corpo a um trabalho embrionário em marcha, que apenas necessitava do apoio político adequado para se dar início à luta contra o cancro num país ainda atrasado em termos sanitários, sobretudo quando em estrita comparação directa com os seus congéneres europeus.

³¹³ Cf. LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 455.

³¹⁴ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 39.

2.2 – Prática clínica, saúde pública e estratégias políticas para “*Uma questão palpitante do tempo actual*”

“ *Se aos médicos que vivem a mourejar pela clinica das cidades e das aldeias lhes fosse possível, que nem sempre o é, registar todos os casos da sua observação, com a publicação das observações e reunião dos dados que pudessem recolher, constituir-se-ia a história pormenorizada n`um ramo importante da patologia nacional.*”³¹⁵

Thiago D`Almeida, 1904

No dealbar do século XX, a frequência da doença oncológica na prática médica portuguesa tomava quase foros de uma certa rotinidade. Desde o início da sua formação enquanto alunos das escolas médico-cirúrgicas, passando pela prática diária pelos lugares mais recônditos do território nacional, o diagnóstico do cancro assumia cada vez mais um lugar de destaque na vida clínica de praticamente toda a classe médica. Era um evento mórbido, que mesmo sem comprovação estatística estava presente na vida médica, do médico da província ao facultativo, do clínico ao professor universitário.

As fissuras existentes entre uma bioestatística pouco precisa e a prática da medicina, mostravam bem a necessidade de diminuir as assimetrias entre a real frequência da doença e a incipiente investigação realizada em matéria oncológica.

Em termos de investigação médica nacional, nada se fizera de assinalável antes dos primeiros anos do século XX. Os artigos científicos publicados eram muito escassos, ressaltando-se apenas o caso daqueles escritos pelo hábil e ousado António Maria Barbosa, cirurgião do Hospital de São José que desde cedo adquiriu fama não só pelas suas intervenções, mas também pela introdução de muitas técnicas, que para a altura constituíam autênticas mais-valias. Foi nesse contexto que em 1855 se dedicou de modo invulgar à publicação de breves ensaios sobre as técnicas de abordagem cirúrgica do cancro na *Gazeta Médica de Lisboa*, incluindo a exposição de dois casos clínicos, ambos passíveis de ser abordados com recurso ao tradicional canivete.³¹⁶ Mesmo assim,

³¹⁵ D`ALMEIDA, Thiago – “O cancro em Vianna do Castelo”. *Porto Médico*. 1º Ano. Nº 5 (1904), p.196.

³¹⁶ BARBOSA, António Maria – “Cancro encephaloide das partes molles do braço direito – amputação – cura.” *Gazeta Médica de Lisboa*. T. III (1855), pp. 21 e 57; idem – “Diagnóstico e curabilidade do cancro.” *Gazeta Médica de Lisboa*. T. III (1855), pp. 68, 84, 99, 118 e 217; idem – “Ulceras cancroide do labio inferior, extirpação, cura.” *Gazeta Médica de Lisboa*. T. IV (1856), p. 320.

estes artigos são o resultado da raridade da afecção, razão que levou o autor a dedicarlhes alguma atenção.

E se para a primeira metade de oitocentos quase não foi possível detectar fontes sobre o estudo académico da doença, na segunda metade a investigação era ainda residual entre nós. Apenas algumas poucas teses de licenciatura ou de doutoramento se debruçaram, se bem que de modo ainda bastante limitado e incipiente sobre temas de cancerologia, num universo que superava os 2 500 títulos³¹⁷ para as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto. Nota-se, sim, um interesse maior no final do século.

O primeiro trabalho que de algum modo poderíamos apodar de “científico” realizado em estabelecimento de ensino médico português sobre temática oncológica, parece ser uma pequena dissertação inaugural, apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1839, texto que nada de novo aportou ao conhecimento já propugnado na altura.³¹⁸ Trata-se de uma breve dissertação sobre a amputação do cancro da mama, tema que curiosamente seria novamente abordado em 1843 e no mesmo estabelecimento de ensino, com o que se pode depreender da eventual relevância desta patologia, mas sobretudo da abordagem cirúrgica disponível, a única claramente recomendada.³¹⁹

Das 60 teses sobre o cancro provenientes das escolas médicas de Lisboa e Porto que foi possível enumerar para o século XIX e primeiros anos do século XX, verifica-se que os temas não diferem de forma significativa entre as duas instituições de ensino.

Revolviam quase sempre em redor de problemas aparentemente sem solução para os autores, dissertando-se de um modo reconhecidamente limitado sobre as hipóteses e conjecturas mais em voga acerca da natureza da doença, a sua etiologia e patogenia; ou ainda esmiuçando vários casos particulares de doentes tratados em contexto dos hospitais escolares, reproduzindo invariavelmente o discurso médico coevo já compendiado nos tratados médico-cirúrgicos de então. A influência dos tratados e revistas médicas europeias era notória, sendo estas as principais fontes que permitiam

³¹⁷ Lisboa: 933 teses entre 1836-1902; Porto: 1325 teses entre 1827-1908.

³¹⁸ Cf. PINHO, António Isaac Teixeira de – *Cura do cancro da mama. Preferência do processo de amputação*. Porto: 1839. Zagalo dos Santos refere ter sido esta a primeira tese impressa na EMCP, por apresentar duas páginas de texto impresso. Com efeito, só a partir de 1864 passou a ser obrigatória a apresentação impressa das dissertações inaugurais, que até aí se realizavam de forma manuscrita. Veja-se SANTOS, A. B. Zagalo dos – *Ovar na Literatura e na Arte. Subsídios para um Dicionário Bibliográfico e Biográfico do Concelho*. Ovar: Câmara Municipal de Ovar, 1962, p. 149.

³¹⁹ Cf. BESSA, Manuel Domingues de Araújo – *Acerca da preferência que deve ter o instrumento cortante na ablação do peito canceroso*. Porto: [manuscrito], 1843.

resumir o *estado da arte* dos temas abordados. A inovação nacional era reconhecidamente escassa. Citavam-se, na sua esmagadora maioria, estudos e experiências realizadas além-fronteiras, sobretudo nas escolas de outros países, como era o caso da incontornável França, mas também da Alemanha, que cada vez mais se tornaria um paradigma de modernidade científica.³²⁰ A abordagem de neoplasias por sistemas ou órgãos: recto, rim, intestino, bexiga, fígado, mama, pénis, útero, etc, estava habitualmente ligada a casos clínicos com que os alunos contactaram directamente durante o ensino nas enfermarias. Era essa a principal razão que muitos deles apontavam para a preferência que manifestavam na abordagem preferencial de um ou outro tema.

No tocante às eventuais causas predisponentes, reinava um silêncio quase total, se bem que desde meados do século a classe médica reconhecia já sem reboço a influência nefasta do hábito de fumar, empiricamente associado a várias formas de cancro, mormente o da boca, laringe e pulmão. Em 1859 a prática cirúrgica não dava grande margem para dúvidas, confirmando o que desde à muito de suspeitava:

“As operações mais importantes que durante a semana finda se praticaram neste hospital foram uma talha, uma cheiloplastia e uma amputação da coxa. (...) A operação de cheiloplastia fomos nós que a fizemos, no dia 18, na enfermaria de Santa Antonio, em um pastor de 50 annos d’idade; tinha uma ulcera cancroide que lhe tomava todo o lábio inferior e de que começara a padecer havia quatro mezes. É notavel que muitos, talvez a maior parte dos doentes, que no hospital temos visto com cancroides dos lábios, tinham como este, o habito de fumar cachimbo; circumstancia apontada por alguns auctores como causa da molestia.”³²¹

³²⁰ A lista de teses que seguiam estas premissas é extensa. A título de exemplo cf. LACERDA, João Cesário de - *Apontamentos para a descripção pathologica do cancro do fígado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, D’AVELLAR, António E. Severino - *Natureza e localização do carcinoma*. Tese de licenciatura. Lisboa: 1866, FARIA, Manuel da Costa - *Algumas palavras sobre o carcinoma, sua natureza, etiologia, crescimento e infecção*. Tese apresentada e defendida em Julho de 1868 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia Universal, 1868, e ainda FARIA, José Carlos Godinho - *Será o cancro uma affecção local? Em que circumstancias poderá aproveitar a sua extirpação?* Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1867.

³²¹ “Revista Médica” *Archivo Universal*. Nº 21 (23 de Maio de 1859), p. 332. (Sublinhado nosso)

Também em 1878, António Augusto D'Oliveira não se furtou a uma sintética referência ao tabaco como causa possível do cancro do piloro.³²² Na sua dissertação inaugural, dedicada em exclusivo ao hábito de fumar e/ou mascar tabaco, mostrou-se claramente avesso ao uso recreativo do produto, descrevendo uma extensa listagem de inconvenientes sanitários e inclusive morais. O assunto foi novamente tocado ao de leve por Manuel Tiburcio Ferraz em 1893, ao referir abertamente que “*O tabaco dá logar ás bronchites e laryngites; perverte o appetite e é uma das causas predisponentes das gastro - enterites, das anginas, do cancro da lingua e do epithelioma dos lábios.*”³²³

Às longamente repetidas dificuldades do diagnóstico do cancro, que mereciam amiúde atenção dos futuros médicos, começaram a sobrepor-se as focalizações sobre as novas abordagens cirúrgicas. Estas abordagens passam a constituir uma parte muito mais significativa das dissertações dos alunos, em particular na década de 90, fruto da introdução de novas técnicas cirúrgicas altamente invasivas, como eram as praticadas na cirurgia craneo-encefálica, a histerectomia por via vaginal, a gastrectomia ou o método de Kraske.

O interesse dedicado à patologia cancerosa torna-se progressivamente maior na última década desse século, sobretudo na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, e em particular por parte de futuros e destacados cirurgiões,³²⁴ mas mesmo assim, sem atingir o habitual nível de apreço manifestado por outras doenças, como era o caso da omnipresente tuberculose, ou dos temas de natureza obstétrica. Na Cidade Invicta, o interesse e predisposição dos alunos em matéria de maleitas oncológicas, acompanhou muito de perto aquele manifestado na escola de Lisboa.

Detectavam-se com alguma frequência casos de cancro, sobretudo em mulheres, e as discussões médicas versavam, sem encontrarem qualquer consenso, em redor do carácter geral ou local da afecção. Sabia-se apenas que, com raras e discutíveis excepções, era praticamente incurável, e que apesar de alguns esforços científicos

³²² Cf. D'OLIVEIRA, António Augusto – *Do tabaco. Abuso e perigos*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia Occidental, 1878, p. 69.

³²³ FERRAZ, Manuel Tiburcio – *Breves considerações a respeito das principaes causas de degenerescencia physica, moral e intellectual do povo portuguez*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia de Pereira & Cunha, 1893, p. 86.

³²⁴ Cf. as teses de licenciatura apresentadas na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1892: CABEÇA, Custódio M. d'Almeida – *Tumores do ovário*. Tese de licenciatura. Lisboa: 1892, ROCHA, Manuel da Costa – *A hysterectomia vaginal no tratamento do cancro do utero*. Tese de licenciatura. Lisboa: 1892. Anos mais tarde, Custódio Cabeça chegou a reger as cadeiras de Patologia e Clínica Cirúrgica na EMCL, designada FMUL desde 1911.

iniciados no século XIX, permanecia ainda indecifrável e muito longe de resolução uma das grandes incógnitas da patologia médica. E assim se permaneceu ao longo de grande parte desse século.

Ao debruçarmo-nos sobre as teses das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa³²⁵ e Porto,³²⁶ é ainda possível apreender o *status quo* em que se encontrava o ensino sobre a doença, o seu tratamento e os traços mais marcantes do pensamento médico que a enfermavam. Também designada por “Dissertação inaugural”, a tese era um trabalho realizado pelo aluno em final de curso, obrigatório para a obtenção da licença profissional, sujeito a apresentação e avaliação perante um júri composto por professores do corpo docente.

Se bem que muito poucas dessas teses possam ser encaradas como trabalhos de inovador rasgo científico, e muitas não eram senão túbias dissertações imoralmente adquiridas a terceiros como bem notou e criticou Ricardo Jorge,³²⁷ são sobretudo trabalhos de recensão do *estado da arte*, quase sempre resumos teóricos mais ou menos

³²⁵ Cf. as teses de 1836 a 1892 em COSTA, Manuel V. Alfredo da – *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Anno lectivo de 1891-1892. Primeiro anno/Segundo anno*. Lisboa: Imp. Nacional, 1891-1892; ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA – “Catálogo das theses inaugurais.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1891-1892) pp. 253-268. Para uma relação dos alunos e títulos das teses apresentadas de 22 de Dezembro de 1892 a 30 de Julho de 1898, veja-se ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA – “Relação dos alunos que defenderam these na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, de 1892-1893 a 1897-1898, e títulos das theses defendidas.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1900-1901) pp. 146 - 155. Para uma relação dos alunos e títulos das teses apresentadas de 23 de Outubro de 1898 a 29 de Julho de 1899, de 12 de Outubro de 1899 a 30 de Julho de 1900, de 30 de Novembro de 1900 a 29 de Julho de 1901, de 20 de Dezembro de 1901 a 29 de Julho de 1902, veja-se ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA – “Theses.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1898-1899), pp. 118-120; (1900-1901) pp. 142 a 144; (1901-1902) pp. 145-146.

³²⁶ Cf. LIMA, J. A. Pires de – “Catálogo das Theses Defendidas na Escola Médico-Cirurgica do Porto desde 6 d' Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto* (1907-1908) e idem – “Catálogo das dissertações de concurso apresentadas à Escola Médico-Cirurgica do Porto.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto* (1908-1909).

³²⁷ Cf. as palavras de manifesto desprezo proferidas por Ricardo Jorge sobre a aquisição ilícita de algumas destas teses, realizadas por alunos menos escrupulosos ou menos aplicados às lides académicas, em LIMA, J. A. Pires de – “Catálogo das Theses Defendidas na Escola Médico-Cirurgica do Porto desde 6 d'Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto* (1907-1908). Já num relatório elaborado em 1885 se tinha referido a algumas destas teses em termos desprestigiante: “Desventuradamente para nós a grande massa das dissertações reduz-se a papel estragado no prelo e que não pode senão a baixa serventia. São coisas indignas de ler-se, que desdouram não só o neófito como o estabelecimento de que o deixa habilitar à posição médica. O júbilo de contar mais uma tese de merecimento não é muito vulgar para a escola do Porto. (...) O ideal do fazedor da tese reduz-se a engendrar uma mayonnaise esfarrapada dos ripanços que pode haver à mão; a audácia e o menosprezo chegam a tal ponto de traduzir barbaramente qualquer dissertação francesa, a ver se logram, como tantas vezes conseguem, presidente e júri. Destas infandas farsas podia eu oferecer picarescos exemplos.” JORGE, Ricardo – *A Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. In ALVES, Jorge Fernandes (Coord.) – *O Signo de Hipócrates. O Ensino Médico no Porto segundo Ricardo Jorge em 1885*. [s.l.]: Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, 2003, pp. 112-114.

alargados dos quais se esperava obter explicações temáticas minimamente aprofundadas. Nesse sentido, servem de guia para determinar o grau de preparação dos alunos de medicina, mas também da pertinência dos temas sanitários dominantes e dos casos clínicos prevalentes nas enfermarias dos hospitais onde estagiavam, uma vez que muitas destas dissertações não eram mais do que a explanação expandida de experiências vividas em ambiente formativo.

Nesse contexto, o estudo do cancro estava disperso pelas diversas cadeiras que constituíam o curso de medicina, assessorado por um serviço de anatomia patológica onde se recolhiam todo um conjunto de espécimes, continuamente incrementado com o passar dos anos, denotando igualmente o aumento do número de casos raros ou tidos como incomuns. Privilegiava-se a abordagem espartilhada, prática comum para uma área ainda sem as exigências próprias de uma especialização digna desse nome.

O peso relativo da temática oncológica na Escola Médico-Cirúrgica do Porto entre 1827 e 1909 é claramente baixo, e francamente negligenciável antes da década de 50. Quando avaliadas no cômputo geral das 1 325 dissertações enumeradas para esse período, apenas 35 tratam temas ligados ao cancro ou intimamente relacionados com a doença, se bem que é de notar uma atenção acrescido nas décadas de 50, 70 e 80.

Na primeira década do novo século, as abordagens dos alunos mostram já uma evidente transição no tocante ao interesse pelo tema, revelando-se mais expressivas tanto em número quanto interesse. (Quadro 9)

Quadro 9 - Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Dissertações e temática oncológica (1827-1908)

Anos	Total de dissertações	Temática Oncológica	% do total
1827 – 1829	10	?	-
1830 – 1839	31	1	3,2
1840 – 1849	86	2	2,3
1850 – 1859	36	2	5,5
1860 – 1869	126	1	0,8
1870 – 1879	157	5	3,2
1880 – 1889	202	5	2,5
1890 – 1899	306	4	1,3
1900 – 1909	371	15	4,0
Totais	1325	35	2,5

Nota: Até 1863 desconhecem-se muitos dos títulos das teses, pelo que a fiabilidade dos números só é real a partir dessa data.

Pelo menos, parece delinear-se uma apetência crescente pela temática oncológica, em consonância directa com as possibilidades curativas entretanto desenhadas por uma prática cirúrgica mais interventiva e audaz, mas onde ainda imperavam os tratamentos paliativos. Estes, visavam promover a costumeira analgesia,³²⁸ a anti-sepsia e eventual mau odor tumoral, diminuir os corrimentos fistulosos das ulcerações, ou suprimir as eventuais hemorragias decorrentes da evolução da doença, quase sempre atreita a episódios desta natureza.

Na prática, na primeira década do século XX mantinham-se ainda com intuito curativo a aplicação de substâncias tóxicas, que incluíam o sublimado corrosivo, compostos arsenicais, terebentina, ácido láctico e acético, tripsina, carbonato de cálcio e outras, todos inúteis e alguns deles claramente dolorosos para os doentes que lhes viam ser aplicados. Rapidamente, os progressos cirúrgicos começavam a tornar estas práticas totalmente obsoletas, contra-indicadas e até deontologicamente condenáveis.

Para a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa não dispomos de contagens por decénios, o que nos impede efectuar um quadro comparativo linear com a do Porto, mas sabemos que entre 1836 e 1902 se realizaram 933 teses, 25 das quais sobre temática oncológica, distribuídas temporalmente no Quadro 10.

Sabemos, ainda, que entre 1892 – 1902 se produziram nesta escola um total 201 teses, 10 das quais sobre temática oncológica, ou seja, aproximadamente 5% de todas as teses elaboradas nesse decénio. (Quadro 10)

**Quadro 10 - Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Lisboa.
Dissertações sobre temática oncológica. (1836-1892)**

Anos	Temática Oncológica
1836 – 1839	0
1840 – 1849	1
1850 – 1859	3
1860 – 1869	5
1870 – 1879	2

³²⁸ Na primeira década do século XX, recorria-se à aspirina, antipirina, exalgina, bromida, cicuta em pomada e ainda à morfina, ao ópio e seus alcalóides. Cf. a secção “Tratamento” in LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907.

1880 – 1891	4
1892 – 1902	10
Total	25

Verifica-se que apesar de ser uma percentagem ínfima no manancial das demais dissertações, o tema do cancro é abordado com uma regularidade residual a partir de meados dos anos 50, e de forma ligeiramente mais frequente a partir da última década do século XIX. É ainda interessante notar que data de 1852 a primeira dissertação de doutoramento portuguesa sobre o cancro, defendida não em Portugal, mas sim numa universidade estrangeira, mais precisamente em Paris.³²⁹

Numa altura em que predominam temas de natureza cirúrgica, sejam obstétrica e ginecológica,³³⁰ ou ainda sobre as habituais afecções de natureza infecciosa, o cancro vai-se destacando lentamente mas de forma consistente no seio das áreas geralmente colonizadas pelo interesse médico. O despertar da atenção médica para o cancro é muito mais vivo a partir da última década de oitocentos.

Mas é nos artigos dos periódicos especializados que conseguimos encontrar os traços mais directos da evolução deste interesse pela cancerologia, espartidos por uma série cada vez maior de publicações, e com um número crescente de diferentes autores desde a última década de oitocentos. Os de maior prestígio, como o *Jornal das Sciencias Médicas de Lisboa* ou *A Medicina Contemporânea* oferecem-nos uma pequena amostra do particular interesse despertado pela doença, publicando casos cirúrgicos de José António Serrano e alguns casos clínicos que Sousa Martins coloca à discussão, em artigos plenos de oportunidade científica.³³¹ No início do século XX esta tendência residual acentua-se. Em 1904, a publicação do novo periódico *Porto Médico*

³²⁹ Cf. SILVA, Marcellino A. Craveiro da – *Étude diagnostique d'un cas insolite de tumeur du sein*. Thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris. Paris: 1852. Para uma relação alargada de outras teses até ao século XIX, veja-se LEMOS, Maximiano de – “Thezes de doutoramento defendidas por portugueses em escolas de medicina estrangeiras.” *Arquivos de História da Medicina Portuguesa*. Vol. 3. Nº 6 (1888-1889) pp. 135-143 e 168-178.

³³⁰ A percentagem da temática obstétrica e ginecológica nas teses da EMCP foi rigorosamente demonstrada por CARNEIRO, Marinha – *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (sec. XV-1974)*. Porto: U. Porto editorial, 2008.

³³¹ Para os artigos de Serrano veja-se a nota de rodapé 141, e ainda MARTINS, J. T. de Sousa – “Cancro do seio.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*. (6 de Julho de 1889), p. 272; idem – “Acerca de um famoso caso do cancro do pâncreas.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano XI (22 de Abril de 1893), pp. 226 e 233, e idem – “Discussão sobre um caso de tumor cerebeloso.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*. (15 de Dezembro de 1895), p. 87.

marca claramente esta tendência emergente, começando desde o seu primeiro número a incluir alguns artigos bastante destacados sobre a doença oncológica, sobretudo de matriz estatística mas também sobre terapêutica, mostrando uma atenção renovado da classe médica sobre o tema.

A par destes, as teorias explicativas assumem um quinhão de peso na, por vezes acesa, discussão do tema. Entre meados e finais de oitocentos, coexistiram várias teorias explicativas da doença, algumas progressivamente descartadas, outras com interesse ressurgido a espaços, conforme os desenvolvimentos da microbiologia deferiam ou indeferiam a plausibilidade das mesmas. Da teoria da linfa passou-se à teoria do blastoma, havendo ainda quem defendesse a teoria da irritação crónica, dos traumatismos,³³² e ainda a teoria parasitária, anteriormente referida. Genericamente, eram estas as principais teorias explicativas da doença desde o século XVIII, apartando em larga medida a egrégia visão humoral hipocrática.

De todas elas, a noção de contagiosidade do cancro, mais acalentada por alguns desde o advento dos estudos microbiológicos, mas sempre mal demonstrada, levou vários investigadores em busca do agente microbiano responsável pelo terrível morbo. Bactéria para uns, blastomiceto para outros, protozoário para alguns, apenas a incapacidade para detectar os vírus no microscópio os impediu de ver nestes últimos a causa de alguns tipos de cancro.³³³ Contudo, todos esses investigadores se julgavam na presença indetectada de um agente essencial desconhecido, entre os quais Ricardo Jorge e Carlos França, que como tantos outros ao longo dos anos, chegaram a vaticinar o fim aprazado da condição cancerosa.

Em 1907, Alfred Filassier passava em revista na *Gazette médicale de Paris* um certo número de observações de casos de carcinoma sucedidos numa mesma casa, reunindo uma documentação ainda insuficiente para se afirmar da contagiosidade da doença. Os testemunhos recolhidos não deixavam de ser perturbadores – concluía Filassier – quando os aproximava de vários trabalhos publicados sobre o contágio do

³³² Apesar dos progressos nas teorias explicativas do cancro, desde os finais do século XIX até aos anos 20 do século XX, alguns pensavam ser a doença causada por traumatismos. Esta crença manteve-se, apesar de não se ter conseguido causar a doença experimentalmente em animais de laboratório com recurso a lesões traumáticas.

³³³ Cf. “Os micróbios dos tumores malignos” *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano V (1887), pp. 403-404; “A leucemia como infecção de protozoários” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XIX (1901), pp. 65-66; “Teoria parasitária do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXI (1903), p. 330.

carcinoma e de experiências realizadas em ratos – ratos saudáveis, procedentes das mais diversas origens e guardados em gaiolas anteriormente ocupadas por ratos cancerosos, tornaram-se, por sua vez, cancerosos muitos deles. Trabalhos como este acabavam por ter amplo reflexo na imprensa médica portuguesa da época, que não deixava de solicitar aos seus leitores a comunicação de casos com as mesmas características.³³⁴

Neste contexto, o peso da preocupação com o cancro ultrapassou largamente os limites da própria medicina. A influência crescente do discurso médico junto dos governos europeus, relativamente ao papel da medicina social e das correntes higienistas, levaram a que o poder político se tornasse mais interventivo em todas as questões relativas à saúde pública. O cancro, doença emergente no discurso médico, também recaiu no foro da preocupação governativa. As teorias parasitárias da doença, tão em voga na primeira década do século XX, permitiam encaixar a prevenção do cancro no quadro das medidas higienistas.

Se, como sucedia para as doenças cuja natureza infecciosa não deixava dúvidas (mesmo que o seu agente fosse desconhecido), e cujos meios de propagação estavam bem averiguados, fosse possível realizar uma profilaxia anti-cancerosa; se os tumores malignos fossem contagiosos e transmissíveis, como o eram várias doenças conhecidas; se tivesse sido isolado um organismo microbiano, que pudesse ser tido como o seu verdadeiro agente etiológico; se fosse possível tentar uma vacinação, ou se, isolados os cancerosos se impedisse a disseminação da moléstia: a luta contra o cancro poderia ser baseada nos mesmos moldes que a instituída contra outras doenças, e as medidas tomadas deveriam conduzir a resultados idênticos.

Mau grado a fé que alguns punham no uso de uma profilaxia tradicional, que se enquadrava bem ao cancro apenas se as teorias parasitárias se confirmassem, a realidade mostrou-se muito diferente.

Por iniciativa política, em Janeiro de 1904 o problema começava a entrar na fase dos primeiros estudos epidemiológicos de fundo, despertando as consciências médicas e políticas do tempo, tornando-se rapidamente no centro das atenções de alguns médicos que a ele se começam a dedicar de modo mais sistemático. Seguindo o exemplo de estudos similares elaborados noutros países europeus, em particular o de uma iniciativa

³³⁴ Cf. FILASSIER, A. – “Y a-t-il des maisons cancéreuses.” *Gazette médicale de Paris*. (15 août 1907), p. 1, e ainda “Haverá casas cancerosas?” *Porto Médico*. 4º Ano. Nº11 (1907), p. 352.

alemã coeva, foi criada pelo governo uma comissão encarregada do estudo do cancro,³³⁵ encabeçada pelo então Director-Geral de Saúde e Beneficência Pública, João Ferraz de Macedo e secretariada por João de Azevedo Neves. Ambos estiveram na Alemanha, onde tiveram oportunidade de tomar contacto com a realidade do estudo epidemiológico aí realizado.



Foto 1 – João Alberto Pereira de Azevedo Neves (1877-1955). Médico anátomo-patologista, foi professor catedrático e director da Faculdade de Medicina de Lisboa, sendo ainda 1º Reitor da Universidade Técnica, ministro e secretário do Ministério dos Negócios Estrangeiros. Indigitado em 1911 para a direcção do Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Geral, acabou por optar pelo Instituto de Medicina Legal que fundou e dirigiu durante 36 anos. É considerado pioneiro da oncologia em Portugal por ter secretariado a 1ª Comissão nomeada para o estudo da doença entre nós, trabalho que desenvolveu mais intensamente desde 1904, mas ao qual já se dedicava desde 1901, e que se prolongou até 1907.

Outros elementos desta primeira comissão incluíam ainda Curry Cabral, Oliveira Feijão e Custódio de Almeida Cabeça, todos eles ligados à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa ou ao Hospital de São José.

Mas foi Azevedo Neves, que na qualidade de secretário da comissão, coligiu os numerosos relatórios estatísticos que deram corpo ao trabalho que lhes fora confiado, tendo-se tornado no principal responsável pela execução e recomendações do relatório. Foi a partir destas recomendações que se procedeu à individualização de duas enfermarias num pavilhão do Hospital do Desterro, por Curry Cabral, para o tratamento de doentes oncológicos. Foram estes os primeiros espaços físicos conhecidos no país, exclusivamente reservados aos cancerosos.

A escolha de Azevedo Neves obedeceu a um princípio de racionalidade científica, encontrando-se de algum modo relacionada com o facto de na altura ser o director do

³³⁵ Cf. *Diário do Governo*. Ano 1904. Nº 16. Quinta-feira, 21 de Janeiro.

laboratório de análise clínica do Hospital de São José, e ainda de ter tido a oportunidade de assistir em Berlim aos trabalhos iniciais do comité alemão sobre o cancro nos anos de 1901-2, o que certamente lhe terá deixado a ideia de iniciar em Portugal um trabalho semelhante.

Começou por recolher material anátomo-patológico e reviu cerca de 98.000 boletins clínicos arquivados na secretaria do Hospital Real de São José. De seguida, procedeu ao estudo clínico e laboratorial de doentes oncológicos no laboratório de análise clínica do mesmo hospital. Aquando da sua nomeação para secretário da comissão, tratou de realizar um inquérito em parceria com os demais membros da comissão, que foi remetido a todos os médicos municipais do país (Continente e Ilhas). Apesar de não se mostrar totalmente específico no que concernia à diferenciação da tipologia cancerosa,³³⁶ a aplicação deste questionário teve o mérito de demonstrar estatisticamente a crescente frequência deste tipo de doenças em Portugal. A publicação dos resultados fez-se no seio da mais destacada imprensa médica nacional, despertando um vivo interesse pela patologia oncológica.³³⁷

Dos 1739 médicos consultados responderam 1307 - 75,2% do total - proporção muito satisfatória quando comparada com a de outros países onde tiveram lugar semelhantes iniciativas, o que conferiu um grau elevado de fiabilidade e consistência aos resultados obtidos para Portugal. O *Comité* espanhol obteve 4% de respostas, o alemão 42%, o holandês 60%, o sueco 95% e o húngaro 96%. Do total de respostas se concluiu que em 1904 havia 1188 cancerosos em tratamento – 447 homens e 741 mulheres.

Atentando à obituária de 1904, que refere 1320 mortes por cancro, e tendo em atenção a população do continente e ilhas que se cifrava em 5 555 814 habitantes, chega-se a uma média de 23,7 óbitos de cancerosos por cada 100 000 habitantes. Esta taxa de mortalidade específica para as doenças oncológicas eleva-se progressivamente e de modo rápido, sem proporção com o acréscimo normal da população. Em 1902 a taxa era de 22,8 subindo em 1903 para 23,4. Uma parte destes resultados foi apresentada em 1908, sob a forma de dois quadros, no congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia

³³⁶ Numa nota final pode ler-se: “*É escusado o destrinçamento entre cancroides, epitheliomas e carcinomas.*” Cf. NEVES, Azevedo – *Inquérito sobre o cancro em Portugal*. Lisboa: 1904.

³³⁷ Cf. NEVES, Azevedo – “O cancro em Portugal.” *Medicina Contemporânea*. Ano XXIV (1906) pp. 393-401.

que teve lugar em Bruxelas e um ano mais tarde publicados na imprensa médica alemã.³³⁸

O assunto estava na ordem do dia e trazia-se à arena da discussão epidemiológica um facto de incontestável valor demográfico, como parecia ser a disseminação cancerosa em Portugal. Independentemente do modo como se destrinça a estatística, o facto é que apesar das preocupações legítimas da classe médica e dos poderes públicos perante este problema emergente de saúde pública, a estatística do cancro noutros países europeus parecia ser substancialmente mais séria do que a nossa. Para o mesmo período de tempo analisado, a Suíça tinha uma taxa de 134 por 100 000 habitantes, a Holanda 92,7, e a Inglaterra 82,9.

Apenas quando se fazia a análise para as dois principais centros urbanos de Lisboa e Porto se tinha uma real percepção da frequência de cancro nessas áreas, respectivamente 79,3 e 76,8 por 100 000 habitantes, valores estes que se aproximam muito mais daqueles expressos pelas demais realidades europeias. O relatório do estudo mostrava ainda a elevada percentagem do cancro da mama e do útero, o que comprovava ser o género feminino o mais afectado; dos 1.188 casos relatados, 447 eram masculinos e os 741 femininos. (Vejam-se os quadros 11 e 12)

Quadro 11 – Frequências absolutas de doentes cancerosos em Lisboa (1881-1903)

Anos	Casos de cancro	Outras doenças	Relação ‰
1881	151	5202	29,027
1886	183	6822	
1891	206	8252	
1896	265	9190	
1901	252	8055	
1902	274	8414	
1903	251	8281	30,310

Quadro 12 – Frequências absolutas de doentes cancerosos no Porto (1893-1902)

Anos	Casos de cancro	Outras doenças	Relação ‰
1893	74	4322	17,121
1898	99	4559	
1902	98	5992	16,355

³³⁸ Cf. NEVES, Azevedo – “Die Portugiesische Kommission für Krebsforschung.“ *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 7 (1909) p. 180, idem – “Bericht über die Zählung der im Mai und Juni 1904 in Portugal in ärztlicher Behandlung gewesenen Krebskranken.“ *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 7 (1909) p. 297, e idem – “Untersuchung vorgenommen im Jahre 1904 in den überseeischen portugiesischen Provinzen, um die Zahl der in ärztlichen Krebskranken festzustellen.“ *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 8 (1910) p. 239.

Mas para além destas constatações de natureza estatística, pouco mais se conseguia extrair do relatório senão uma série de dúvidas que emergiam naturalmente, em face dos resultados: porque razão possuíamos uma das mais elevadas taxas de cancro da mama da Europa? De que modo o estilos de vida e a precocidade sexual influenciavam estes números? Num país onde ainda havia malária, seria de supor alguma influência desta na baixa incidência de cancro em áreas onde a malária era endémica? Era quase impossível formular alguma conclusão etiológica bem fundamentada, apenas com base nos ensinamentos coligidos sobre os antecedentes dos cancerosos portugueses.

Apesar de todas estas dúvidas, a unanimidade quanto ao futuro do cancro parecia quase garantido: para além da frequência constatada, supunha-se igualmente que a tendência desta tipologia de doenças fosse o da progressão contínua. Constatando muito mais do que a elevada frequência de um conjunto de patologias oncológicas, o estudo denotava a necessidade de um maior investimento na investigação médica face a um problema em crescendo de importância nas causas de morte dos portugueses.

Da mesma maneira, o impacto do relatório também se fez sentir junto do grande público, onde o interesse sobre a doença começa igualmente a despertar, plasmado no destaque que colhe nas linhas da imprensa diária mais generalista, desde *O Século*³³⁹ ao *O Popular*:

*“Na última reunião da comissão incumbida de estudar o desenvolvimento do cancro em Portugal e de propor as medidas a adoptar para restringir tanto quanto possível a propagação d`esta terrível enfermidade, foi pelo respectivo secretário, sr. dr. Azevedo Neves, presente uma nota dos trabalhos já realizados, que constitue um volume de 70 páginas e é o resumo d`um outro muito maior, que brevemente será publicado. (...) N`elles se faz um estudo completo sobre o cancro, indicando-se o desenvolvimento que esta doença tem attingido entre nós e tudo que de melhor ha feito no estrangeiro para a combater.”*³⁴⁰

Em termos de intervenção sanitária, a actuação do poder político ficou-se pela solicitação do relatório, e durante os anos seguintes o assunto permaneceu alheado dos

³³⁹ Cf. “O estudo do cancro em Portugal. Um importante trabalho científico do relator da comissão, sr dr. Azevedo Neves.” *O Século* (11 de Dezembro de 1906).

³⁴⁰ “Estudo do Cancro no Nosso Paiz.” *O Popular* (12 de Dezembro de 1906).

gabinetes ministeriais. Oficialmente, nada mais se fez, nem em termos de organização sanitária específica para combater a doença, nem em termos de apoio directo aos trabalhos científicos entretanto esboçados, mas muitas vezes nem sequer concluídos ou publicados. O problema parecia poder ser remetido para os laboratórios da universidade ou das escolas médico-cirúrgicas, sem que isso implicasse um empenho particular do Estado, que a realizar-se, seria indubitavelmente dispendioso, e como tal indesejável.

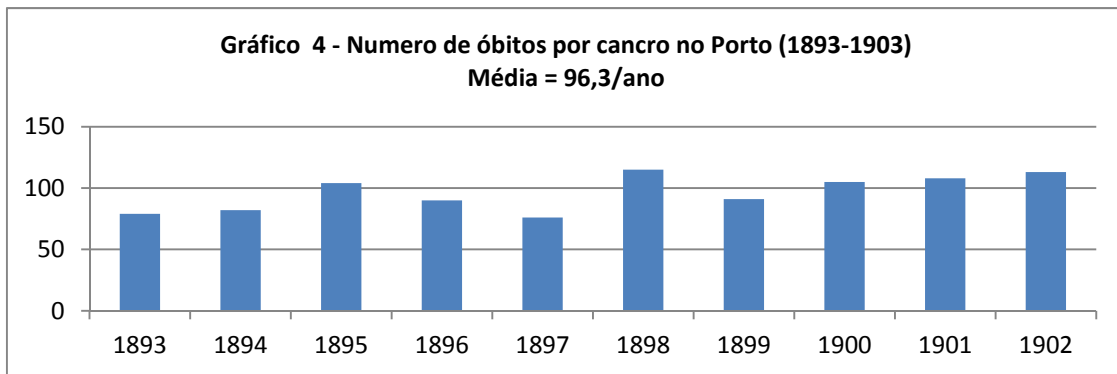
Se o trabalho de Azevedo Neves viu a luz do dia, e se tornou uma referência incontornável para o estudo epidemiológico do cancro em Portugal, outros houve, de cariz mais experimental e oneroso, como o de Hermano de Medeiros, que nem sequer chegaram a sair da gaveta, por razões de natureza orçamental. Em 1920, este último queixou-se da falta de apoios estatais à sua investigação, com o que reflectia uma realidade corrente no panorama da investigação no país: “(...) *eu fui em comissão gratuita, paga por mim, estudar à Alemanha e à França. Não recebi subsídio algum, e montei um laboratório para os estudos da cura do cancro por meio da luz. E se o resumo dos meus trabalhos não está publicado, e se encontra numa gaveta, é porque eu não sou rico, e isso importava-me ao tempo em 600\$, que me faziam falta para sustentar a família.*”³⁴¹ No cômputo geral, os estudos estatísticos foram, sem dúvida, os mais rapidamente apresentados e publicados, obtendo geralmente uma mais ampla divulgação junto do público e dos círculos políticos.

Para além do estudo epidemiológico promovido pela comissão supra-citada, outros surgiram no mesmo ano, chegando mesmo a anteceder-lo em alguns meses, mas relativos a realidades loco-regionais mais circunscritas. Os resultados também não deixavam de expressar estatisticamente dados preocupantes, prefigurando um problema de saúde pública a levar cada vez mais em linha de conta.

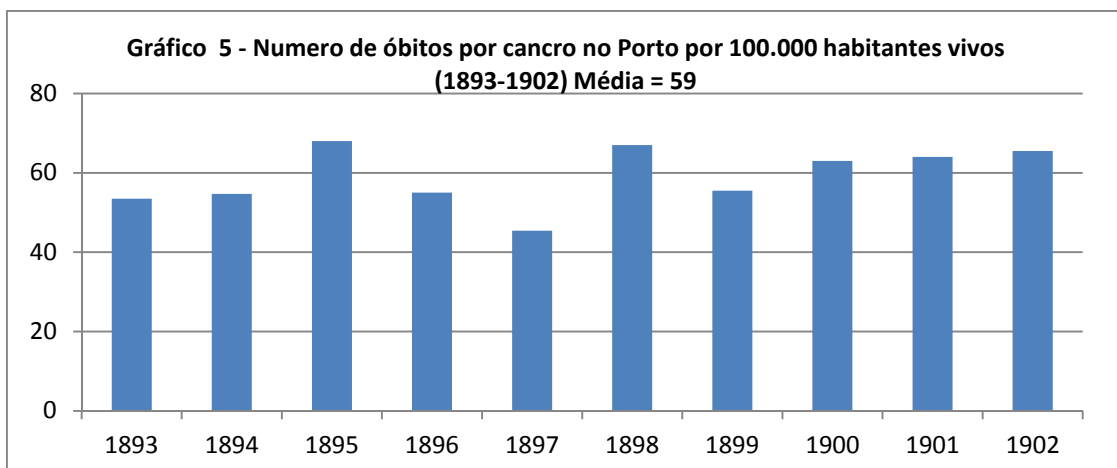
Num artigo voltado exclusivamente para a principal cidade nortenha, Sousa Júnior mostrava-se muito atento à estatística do cancro, publicando em Abril de 1904 os resultados relativos à doença no Porto.³⁴² Entre 1893 e 1902, o número de óbitos causados inequivocamente por cancro foi de 963, ou seja, uma média de 59 por cada 100 000 habitantes vivos, o que correspondia em média a 1,9% de todos os óbitos em cada ano. (Ver gráficos 4, 5 e 6)

³⁴¹ In *Diário da Câmara dos Deputados*, Sessão nº 143 (Extraordinária), de 28 de Outubro de 1920, p. 12.

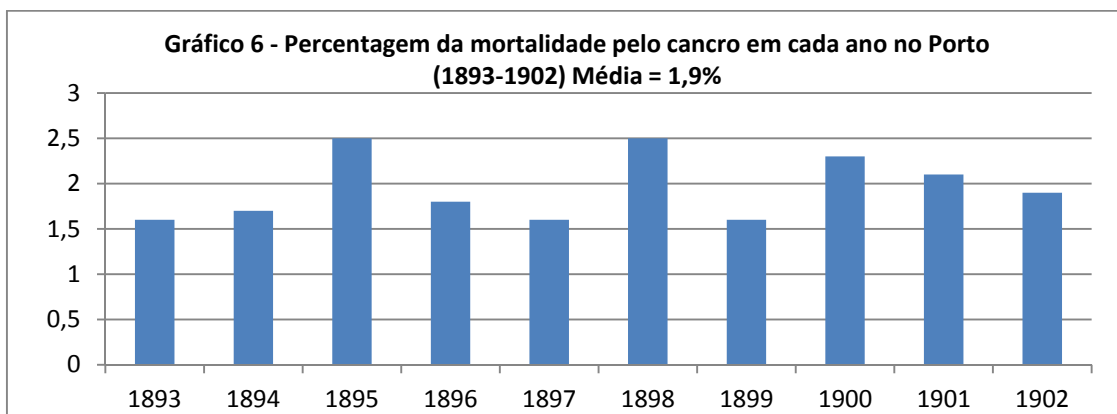
³⁴² Cf. JUNIOR, Sousa – “O cancro no Porto”. *Porto Médico*. Ano 1. Nº1 (1904), pp. 34-41.



Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – “O cancro no Porto.” *Porto Médico*. Ano 1. N°1, (1904), pp. 37.



Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – “O cancro no Porto.” *Porto Médico*. Ano 1. N°1, (1904), pp. 37.



Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – “O cancro no Porto.” *Porto Médico*. Ano 1. N°1, (1904), pp. 37.

Apesar de resultarem de um estudo que não era de todo completo, estes dados foram obtidos a partir dos registos de óbitos compilados em estatísticas progressas, e não em inquéritos com respostas parcelares, pelo que a fiabilidade do mesmo se pode levar em franca linha de conta. Os resultados obtidos, que reflectem não só a

mortalidade específica mas também as localizações e as divisões por género, inscrevem-se em larga medida no que o estudo da Comissão publicará mais tarde.

Mesmo assim, a análise de Sousa Júnior confere uma dimensão gráfica muito mais visível ao problema canceroso no Porto. Tendo por si só um lugar de destaque no cômputo nacional em termos de mortalidade específica, ao compararem-se estes dados do caso portuense com os obtidos com o relatório de 1904, verifica-se que a mortalidade por cancro excedia, em mais do dobro, a média nacional para a mesma patologia.

Mais grave ainda era a situação em Viana do Castelo, onde os óbitos por cancro se situavam nos 2,5%.³⁴³ Neste último estudo, que abarca o período de 1894 a 1903, verifica-se que a cancerização em Viana era, pois, superior à do Porto e quase duplicava a média da obtida em Espanha.³⁴⁴ (Veja-se o quadro 13)

Quadro 13 – Percentagem média de óbitos por cancro (1893/4 – 1902/3)

Viana do Castelo	2,5%
Porto	1,9%
Espanha	1,3 %

Fonte: *Porto Médico*. Ano 1. Nº1, (1904), pp.16-18

Atingindo sobretudo os indivíduos com mais de 20 anos, a cifra do cancro feminino rondava o dobro da masculina, tanto mais que aproximadamente 42% de todos os cancros eram exclusivos da mulher, nomeadamente o cancro da mama e o genital feminino. Esta constatação foi posteriormente reforçada por outros estudos, como o de Luis Adão publicado em 1925, assunto novamente abordado pelo mesmo autor em 1933.³⁴⁵

A cirurgia, única arma terapêutica tornada relativamente mais eficaz ao longo de oitocentos, tornava-se cada vez mais utilizada no nosso país, sobretudo desde a década de 80, altura em que se realizam algumas das primeiras operações invasivas para o tratamento do cancro em Portugal. Os exemplos são vários e reflectem uma realidade

³⁴³ D'ALMEIDA, Thiago – “O cancro em Vianna do Castelo.” *Porto Médico*. Ano 1. Nº 5 (1904) pp. 196-200.

³⁴⁴ Cf. “O cancro na Espanha”. *Porto Médico*. Ano 1. Nº1 (1904) pp.16-18.

³⁴⁵ Cf. ADÃO, Luis – *Algumas palavras àcêrca do cancro e em especial do cancro da mama*. Lisboa: 1925, e ainda ADÃO, Luis – “Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio.” *A Medicina Contemporânea*. Ano LI. Nº 20 (14 de Maio de 1933) pp. 128-132.

cirúrgica em franco processo de afirmação, visível nos registos de doentes cancerosos internados nas enfermarias adstritas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto e no hospital da Universidade de Coimbra em 1883 e 1884.³⁴⁶ Data de 1889 a primeira cura depois da extirpação de um tumor sólido do ovário, e a primeira histerectomia abdominal por mioma uterino. Dois anos mais tarde teria lugar a primeira ressecção total de um recto canceroso por via sagrada (processo de Kraske), mas a que sobreveio a morte do doente.³⁴⁷

Das 56 cirurgias realizadas na *Casa de Saúde Lisbonense*³⁴⁸ entre 1886 e 1891, nada menos que 25 se deveram a patologia oncológica e/ou suas recidivas, sobretudo cancro da mama, do recto e da língua.³⁴⁹ Das 39 realizadas em 1891 na enfermaria masculina dirigida por Gregório Fernandes no Hospital de S. José, 9 deveram-se a tumores da língua ou da cavidade oral, e dos órgãos genitais masculinos.³⁵⁰ A abordagem cirúrgica do cancro do colo do útero tinha mesmo honras de descrição alargada, de tal modo que alguns cirurgiões de maior renome expunham a metodologia da sua arte nas revistas de divulgação médica, ao mesmo tempo que revelam melhorias progressivas nos procedimentos realizados.³⁵¹

Os números apontados são significativos, e repetem-se um pouco por todos os hospitais do país, sobretudo naqueles que apresentam os dados relativos à actividade cirúrgica, mais precisamente os de Lisboa, Coimbra e Porto. No cômputo geral das

³⁴⁶ Cf. o mapa das diferentes patologias no *Anuario dos Progressos da Medicina em Portugal*. 1º Anno. Porto: 1884, pp. 194, 195 e 199; *Anuario dos Progressos da Medicina em Portugal*. 2º Anno. Porto: 1885, pp. 208-220.

³⁴⁷ Cf. as referências a estas cirurgias em “Resenha das operações praticadas na Casa de Saúde Lisbonense, de 1886 a 1891.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano X. Nº 3 (1892) pp. 20 e 21.

³⁴⁸ Fundada em 1872, os direitos desta empresa foram transferidos em 1 de Janeiro de 1886 para uma nova empresa composta por Manuel Nicolau de Bettencourt Pitta, José Thomás de Sousa Martins e José António Serrano. Muita da nomeada deste estabelecimento privado de saúde foi feita à custa de Sousa Martins. Encerrou em 30 de Junho de 1895, por comum acordo dos proprietários.

³⁴⁹ Cf. “Resenha das operações praticadas na Casa de Saúde Lisbonense, de 1886 a 1891.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano X. Nº 3 (1892) pp. 20 e 21.

³⁵⁰ “Estatísticas hospitalares. Hospital Nacional e Real de S. José. Enfermaria de S. Francisco (homens), sob a direcção do sr. Gregório Rodrigues Fernandes. Mappa das operações praticadas nos dois semestres de 1891.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano X. Nº 16 (1892) pp. 116 e 117.

³⁵¹ Veja-se, por exemplo a realizada por M. Bordallo Pinheiro: “Cancro cavitário do collo do utero. Hysterectomia vaginal. Cura.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano X. Nº 19 (1892) pp. 139 - 142, e as quatro realizadas por Sabino Coelho, profusamente descritas em *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano X. Nº 19, 24, 27 e 28 (1892) pp. 142, 143, 191, 192, 211e 221.

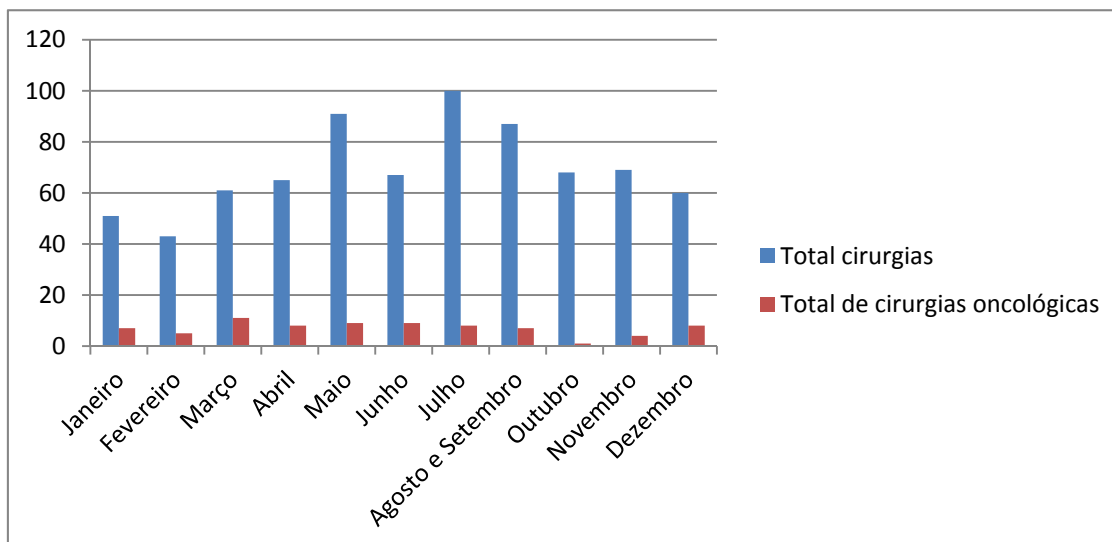
cirurgias realizadas, ressalta claramente uma frequência relativamente elevada da patologia oncológica, expressão sangrante de uma dolorosa realidade tendencialmente emergente no panorama sanitário português.

Uma análise da estatística operatória do Hospital Geral de Santo António para o ano de 1904, permite detectar rapidamente a frequência da doença oncológica e a sua real expressão no trabalho médico. Para um número considerável de diferentes tipos de tumores, onde predominavam sobretudo os da mama e do aparelho genital feminino, muitas eram as cirurgias exclusivamente afectas ao cancro, provando a existência de um problema emergente e muito comum na praxis cirúrgica da época. Em 762 cirurgias realizadas, 77 tinham subjacente um qualquer tipo de cancro. Estes quase 10% ($\approx 9,89\%$) de actos cirúrgicos, transmitem bem o volume considerável de uma patologia que era tratada com recurso à única arma terapêutica minimamente confiável, e demonstradamente passível de ser utilizada com sucesso. (Veja-se o gráfico 7)

A análise dos casos internados nas enfermarias dos hospitais escolares, também corrobora esta constatação, ao verificar-se a presença habitual de doentes do fôro oncológico, se bem que reduzida face a outras patologias. No ano lectivo de 1907-1908, dos 61 homens e 50 mulheres observados nas enfermarias destinadas à formação clínica e cirúrgica dos alunos da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, existiam 2 homens e 4 mulheres cancerosos.³⁵²

³⁵² Cf. o *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto* (1907-1908), pp.158-164.

Gráfico 7 – Cirurgias a doenças oncológicas no Hospital Geral de Santo António - Porto (1904)



Fonte: Obtido a partir da *Estatística Operatória do Hospital Geral de Santo António* (1904), publicada mensalmente in *Porto Médico* (Abril de 1904 a Abril de 1905).

Com resultados variáveis, a eficácia destas cirurgias era não raro duvidosa, dependendo da extensão tumoral, da existência de metástases, e ainda da sua localização anatómica, muitas vezes de abordagem e tratamento extremamente difícil ou mesmo impossível. Em vários casos, as cirurgias que aparentavam um sucesso imediato (a acreditar nos resultados publicados pelos próprios cirurgiões) não serviam senão para adiar, por vezes durante bem pouco tempo, a recidiva da doença, desta vez com rápida progressão e o costumeiro desfecho fatal.

A descrição dos actos cirúrgicos e a análise dos diários clínicos que se conservaram em algumas dissertações inaugurais, patenteiam a existência de diagnósticos difíceis, mesmo após a realização das operações. Além disso, revelam ainda a dificuldade de combater as complicações decorrentes das infecções nosocomiais, as patologias associadas, o desfecho inconclusivo, e ainda o mau prognóstico em caso de doença cancerosa interna.³⁵³

No caso particular do cancro da mama, aquele que tinha maior representatividade entre nós, a decisão cirúrgica passava inicialmente pelo crivo mais ou menos fino de um conjunto numeroso de contra-indicações,³⁵⁴ se bem que a palavra final cabia quase

³⁵³ Cf. ELIAS, António Duarte Lima – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto: 1902, pp. 68-82.

³⁵⁴ Para uma relação destas contra-indicações veja-se “As contra-indicações operatórias dos tumores malignos do seio.” *Porto Médico*. Ano 4. Nº4 (1907), pp. 122-123.

sempre ao critério do cirurgião, alicerçado na sua experiência e prática clínicas. Neste caso, recorria-se a extirpações extensas quando o caso o requeria (mastectomia radical), como o preconizado por William Halsted e outros, sendo vulgares as lesões ficarem abertas, para que pudessem ser sujeitas às aplicações dos raios X.³⁵⁵ Certo é, que muitos dos casos detectados nem sequer chegavam à mesa operatória, fruto do seu estado avançado, tornando desnecessário submeter a paciente a um tratamento penoso e certamente ineficaz.

Mesmo assim, para uma nova geração de cirurgiões, o cancro é um domínio onde se começa a poder fazer escola e firmar nome na praça. Ao mesmo tempo, começam a surgir as primeiras estatísticas contendo referências a “curas” cirúrgicas, publicadas nas revistas médicas nacionais, mesmo se os critérios que as definissem não se encontrassem ainda perfeitamente aferidos. Apesar disso, serviram para lançar e firmar a ideia que o cancro era cirurgicamente curável, se tratado a tempo.

O problema deslocava-se rapidamente do foro privado para a esfera da saúde pública, sem no entanto assumir as proporções da luta contra a tuberculose, essa sim, a doença sobre a qual recaíam os olhares mais atentos do poder político e dos médicos. Se tivermos em atenção o número crescente de teses defendidas nas escolas médicas do Porto e Lisboa a partir de 1904 em diante, é fácil notar que o campo de estudo oncológico se começava timidamente a destacar, promovido em parte pelos cada vez mais frequentes casos detectados. A título de exemplo, refira-se que das 29 teses defendidas no Porto em Julho de 1904, quatro eram relativas exclusivamente a patologias do foro oncológico, com destaque para estudos de caso, alguns deles publicados em revistas médicas nacionais.³⁵⁶

Os estudos e artigos que vão surgindo na primeira década do novo século, revelam o interesse crescente dos médicos sobre o cancro, numa altura em que o combate às doenças infecto-contagiosas, e sobretudo à tuberculose, era ainda a principal pedra de toque da atenção dos clínicos. As teses apresentadas ao concurso dos lugares vagos para professores da Escola Médica de Lisboa e Porto começavam a incluir temáticas marcantes para o futuro da cancerologia, como sejam a *Contribuição ao estudo da*

³⁵⁵ Cf. GENTIL, José – “A cirurgia em Portugal.” In *Notas sobre Portugal. Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908*. Secção Portuguesa. Vol. 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908, pp. 626 e 627.

³⁵⁶ Cf. os resumos das mesmas no *Porto Médico*. Ano 1. N.ºs 5 e 6, Agosto e Setembro de 1904. Para as restantes teses de Lisboa e Porto vejam-se as referências regulares ao longo de todos os números do *Porto Médico*, de 1904 a 1906.

Roentgentherapie, de Archer da Silva;³⁵⁷ sem esquecer outras de doutoramento, como seja a de José de Oliveira Lima,³⁵⁸ autêntico epifenómeno na medicina portuguesa dos alvares do século, mostrando que o conhecimento e actualização dos médicos portugueses sobre a doença se encontravam em consonância com as demais realidades europeias, revelando-se sempre muito bem informados sobre as mais recentes novidades científicas.

Não quer isto dizer que a produção autónoma de trabalhos de investigação realmente pertinentes tivesse já descolado ou sequer atingido um patamar de sedimentação, estava-se ainda longe disso. Os poucos artigos publicados por médicos portugueses em periódicos especializados de grande circulação, como eram o caso da *Medicina Moderna* ou de *A Medicina Contemporânea* para a primeira década do século XX, destacam quase sempre tratamentos cirúrgicos de casos clínicos, se bem que as experiências com raios X também tivessem suscitado algum interesse. Por outro lado, revolviam-se com regularidade sobre a sua eventual etiologia, o hipotético carácter transmissível, e ainda o problema de saúde pública que gerava.³⁵⁹ De facto, não eram numerosos, mas o que importa ressaltar é que as sementes do interesse médico, essas sim, estavam já lançadas e prontas a frutificar.

Por vezes também se encontra a publicação esporádica de casos clínicos invulgares, atestando não só a raridade de certos tumores, mas também as limitações da cirurgia no

³⁵⁷ Cf. *Porto Médico*. 2º Ano, Nº1 (1905), p. 33.

³⁵⁸ Veja-se o volumoso trabalho de 467 páginas da autoria de LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907. O mesmo autor publicou no ano seguinte um artigo sobre a bibliografia do cancro. Cf. LIMA, José de Oliveira – “Bibliografia - O problema do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXVI (1908) pp. 187-188.

³⁵⁹ Cf. “Descoberta da etiologia do cancro?” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XVIII (1900), p. 234-235; “Trabalhos recentes sobre o tratamento do cancro” *A Medicina Contemporânea*. Ano XVIII (IIª Série) (1900) pp. 400-402, 426-427; “A leucemia como infecção de protozoários” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XIX (1901) pp. 65-66; “A etiologia do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XIX (1901) pp. 213-214; “Teoria parasitária do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXI (1903) p. 330; “Soro-terapia do Cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXII (1904) pp. 77-78; “Etiologia do cancro” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XXIII (1905) pp. 105-106; “O problema do cancro” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XXIII (1905) pp. 401-402; “O cancro considerado como doença constitucional” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XXIV (1906) pp. 309-311; BOMBARDA, Miguel – “Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (1907) pp. 129-137; “Contágio do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (1907) p. 290; “Questões sobre o cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXVI (1908) pp. 30-32, 46-48; “Cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXVII (1909) pp. 211-212.

tratamento dos mesmos.³⁶⁰ A maioria dos artigos publicados na imprensa médica nacional eram da autoria de médicos estrangeiros, quase sempre franceses e alemães, ou esporadicamente britânicos. No seu conjunto, marcam uma tendência que se tornaria constante, traduzindo o despertar de um interesse transversal ao corpo médico português.

Neste quadro global de consciencialização progressiva sobre o cancro, a classe médica começava a preparar desde 1903 os trabalhos relativos ao maior congresso dedicado às ciências médicas realizado no país até então.

O XV Congresso Internacional de Medicina realizado em Lisboa em Abril de 1906, serviria não só para marcar modo indelével a medicina portuguesa, mas serviu igualmente para colocar em evidência o problema emergente do cancro.

A importância deste evento, até então único em Portugal, está no facto de ter servido como ponto de encontro de 1762 congressistas de 35 países, envolvendo a presença de uma fatia considerável das maiores sumidades da medicina de então. Por outro lado, dava-se por finalmente concluída a nova Escola Médica de Lisboa,³⁶¹ inaugurada ainda a tempo da realização do congresso. Planeado desde o século anterior, e sujeito a vários problemas de ordem financeira e estrutural, o edifício da nova escola estava praticamente terminado cerca de um mês antes da abertura dos trabalhos científicos do monumental evento.

Para além de várias conferências, foram apresentadas mais de 500 comunicações livres, com 134 temas, distribuídos pelas 17 Secções do Congresso, algumas delas subdivididas. É lícito dizer deste congresso o que Miguel Bombarda referiu na alocução de abertura dos trabalhos: era a actualidade da ciência que estava em jogo neste “*banquete*

³⁶⁰ Veja-se a referência ao primeiro tumor polipoide da laringe registado em Portugal em 1905, na *Gazeta dos Hospitais*. Cf. “Tumor polipoide da laringe” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 5 (2 de Fevereiro de 1930) p. 51.

³⁶¹ Dizia a *Ilustração Portuguesa* de 16 de Março de 1906: “*Dá vontade de fazer o curso outra vez! (...) O novo palácio é uma desforra brilhante do primitivo barracão e da primitiva miséria. (...) [Na Escadaria Nobre] vêem-se os lugares reservados para os medalhões d’alguns dos lentes ultimamente falecidos... e consta que a escolha d’estes fez cabelos brancos ao Conselho Escolar, sempre meticoloso e avaro nas consagrações que promove...*”. No Gabinete Real, o tecto mostrava uma pintura alegórica de Malhoa – “Lisboa, a Ciência, o edifício da Escola e o seu planeamento”, que era circundada pela invocação dos professores que acompanharam a sua construção e num friso em roda-tecto, as quatro Ordens Honoríficas Portuguesas. “*Estão ali, na obra até agora realizada desde os fundamentos, mil contos de reis redondos, apesar da modicidade dos preços da obra de decoração e de se ter aproveitado silharia e pedra trabalhada do velho Hospital do Desterro e do Palácio Souza Holstein, ao Calhariz. Depois de feitas as instalações técnicas ... as despesas ascenderão a mil e quinhentos contos, pelo menos. (...) Mas vale o que se gastou com ela. O XV Congresso de Medicina, com o seu capítulo internacional de sábios pode instalar-se e pontificar ali, sem vexame para o país (...)*”

científico.”³⁶² O Congresso teve um êxito assinalável, assegurado à partida pelos participantes previstos. A presença de nomes sonantes da medicina mundial, serviu para trazer ao nosso país o que de mais avançado se fazia nas diferentes áreas da investigação médica e científica, contando-se entre os presentes algumas individualidades de referência internacional para a época, como era o caso de Alexis Carrel, Ramon y Cajal, Metchnikoff, Neisser, Landsteiner, Axenfeld, Waldeyer, Pierre Robin, Pinard, Paul Ehrlich, Osvaldo Cruz e Carlos Chagas.

Numa sala para demonstrações decorreram sessões experimentais de cirurgia e de patologia geral, de fonendoscopia, e ainda os ensaios sobre o cancro e os glóbulos sanguíneos.

Na Secção IV, relativa à Terapêutica e Farmacologia, discutiu-se longamente o tratamento das doenças infecciosas e do cancro, bem como o papel terapêutico das radiações, do calor e do frio.

Os trabalhos e relatórios apresentados sobre a temática do cancro não foram apenas de origem estrangeira, contendo ainda algumas realizadas em Portugal. Das múltiplas recomendações feitas pelas diferentes secções do Congresso e pela Comissão Executiva, ressalta a proposta de criação de uma comissão internacional com o objectivo de elaborar um plano para o estudo do cancro, o que levaria Francisco Gentil a dedicar-se a essa causa e, posteriormente, à abertura do Instituto Português de Oncologia. Encontra-se



aqui a ideia seminal que permitirá fundar as bases do estudo sistemático e científico do cancro em Portugal.

Foto 2 – Francisco Soares Branco Gentil (1878-1964). Médico cirurgião, foi incumbido pelo Conselho da Faculdade de Medicina de Lisboa, de organizar em 1911 uma enfermaria para doentes com cancro, primeiro serviço hospitalar dessa natureza no país. Posteriormente, concebeu o IPO e planeou a luta contra o cancro em Portugal, tendo-se tornado a imagem viva de um trabalho contínuo na promoção da investigação, ensino e tratamento da doença oncológica.

³⁶² O Programa Científico do Congresso ficou registado nos 21 livros de Actas, que se seguiram no espaço de um ano após a reunião.

A eleição de Francisco Gentil como 1º Secretário da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa no ano seguinte, permitiu-lhe promover no seio dessa prestigiada sociedade científica, um ciclo de conferências sobre o cancro que decorreu entre 20 de Abril de 1907 e 15 de Junho de 1908. O tema abordado era inédito na amplitude em que era exposto. Resumia-se não só o *estado da arte* sobre a patologia cancerosa, mas chamava-se de novo a atenção para uma área científica de expressão ainda inexistente no país.

Foi a partir deste momento que Gentil começou a pugnar pela formação de centros anticancerosos em Portugal. Em consonância com este interesse, datam igualmente desta altura os seus primeiros trabalhos publicados sobre a temática do cancro.³⁶³

Os conferentes que preencheram as sessões provinham da elite médica lisboeta, republicanos na sua maioria, todos eles professores da Escola Médico-Cirúrgica da capital, recheando um programa que acabou por ser de menor dimensão do que o inicialmente anunciado. Mesmo assim, despertou grande entusiasmo, colocando o problema do cancro no púlpito da tribuna médica de maior autoridade do país. Para além de abordarem a doença como emergente problema de saúde pública, foi sobretudo pelo relevo dado às abordagens cirúrgicas e de investigação que os conferentes melhor manifestaram a necessidade de se apostar no diagnóstico precoce, bem como no rápido e urgente investimento em investigação científica nacional na área bio-médica.

Programa das conferências (1907-1908):³⁶⁴

20/04/1907 - *Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro*. Prof. Miguel Bombarda

³⁶³ Cf. GENTIL, Francisco – “Luta contra o cancro.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 70 (1907), p. 43, e idem – “Um caso de carcinoma da tíbia com ressecção e autoplastia óssea.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 71 (1907), p. 221.

³⁶⁴ As conferências encontram-se quase todas reproduzidas no *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa* (1908) e apenas algumas na *Medicina Contemporânea*. (1907). Cf. BOMBARDA, M. – “Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro” *JSSML*. T. 72 (1908) p. 90; ATHIAS, M. – “Cytologia geral do cancro” *JSSML*. T. 72 (1908) p. 110; MONJARDINO, A. – “Cancro do colon” *JSSML*. T. 72 (1908) p. 204; FEIJÃO, F. O. – “Tumores malignos da boca” *JSSML*. T. 72 (1908) p. 246; MACHADO, V. – “Os agentes físicos no tratamento do cancro” *JSSML*. T. 72 (1908) p. 366; BOMBARDA, Miguel – “Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (28 de Abril de 1907) pp. 129-137; MONJARDINO, A. – “Cancro do colon; diagnóstico e tratamento cirúrgico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (28 de Abril de 1907); FEIJÃO, F. O. – “Tumores malignos da lingua; diagnóstico e tratamento.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (9 de Junho de 1907).

04/05/1907 - *Etiologia e Patologia dos Tumores*. Prof. Azevedo Neves

18/05/1907 - *Citologia do Cancro*. Prof. Marck Athias

01/06/1907 - *Tumores malignos do intestino; diagnóstico e tratamento*. Prof. Augusto Monjardino

14/06/1907 - *Tumores malignos da boca; diagnóstico e tratamento*. Prof. Francisco Augusto de Oliveira Feijão

15/06/1908 - *Agentes físicos no tratamento do cancro*. Prof. Virgílio Machado

Deste pequeno grupo de conferencistas, destaca-se particularmente o nome de Marck Athias,³⁶⁵ personagem que se tornaria sinónimo de excelência científica em áreas tão marcantes para a oncologia, como é o caso da histopatologia. Por outro lado, Athias pertencia à geração dos que perfilharam o movimento republicano e positivista de finais do século XIX,³⁶⁶ aproximando-se politicamente de Francisco Gentil por essa via. A partir de 1923, este cientista acabaria por dedicar grande parte da sua vida ao estudo e tratamento do cancro no nosso país, acompanhando muito de perto o projecto fundador de Gentil.

A morte de Ferraz de Macedo em 1907 deixava sem presidente a Comissão, pelo que se procedeu a uma remodelação da mesma. Em 1908 é nomeada a 2ª Comissão para o Estudo do Cancro,³⁶⁷ ou seja, dois anos após as recomendações do XV Congresso de Lisboa. Para presidente da comissão foi nomeado o inspector-geral dos Serviços Sanitários do Reino, Ricardo Jorge, ocupando em comissão extraordinária e gratuita o lugar entretanto vago pela morte de Ferraz Macedo. Foram ainda agregados Marck Athias, médico auxiliar do Instituto Câmara Pestana, Francisco Gentil, na altura

³⁶⁵ Athias diversificou a sua actividade em múltiplas e diferentes instituições científicas e académicas, até chegar por fim ao Instituto Português para o Estudo do Cancro, mais tarde IPO. Voltou-se sobretudo para as áreas da histologia, histofisiologia, histopatologia, fisiologia e química fisiológica. Em 1907 fundou juntamente com Celestino da Costa e Abel Salazar a Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais, e, em 1920, a Sociedade Portuguesa de Biologia. O programa da escola de investigação de Athias operou duas mudanças importantes: primeiro consolidou na investigação fisiológica portuguesa uma abordagem ao nível da célula e não somente ao nível do órgão; com a química fisiológica anunciou a transição do nível celular para o molecular, no âmbito da fisiologia. Cf. AMARAL, Isabel Maria da Silva Pereira - *As escolas de investigação de Marck Athias e de Kurt Jacobson e a emergência da bioquímica em Portugal*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 2001. Sobre a extensa bibliografia de Marck Athias veja-se o anexo 2.

³⁶⁶ Cf. NUNES, Maria de Fátima – “The History of Science in Portugal (1930 - 1940). The sphere of action of a scientific community.” *e-JPH*. Vol. 2 Nº 2 (Winter 2004), p. 9.

³⁶⁷ Cf. a Portaria de 21 de Maio de 1908.

professor na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, e ainda Carlos Leopoldo dos Santos, radiologista e subdelegado de saúde da capital.

Para a nossa análise, a escolha do higienista Ricardo Jorge não é aleatória nem de circunstância; baseia-se no facto do poder político encarar o problema do cancro como um problema de saúde pública que alinhava no rol das patologias presumivelmente evitáveis ou de algum modo preveníveis pela adopção das medidas de higiene social que enformavam o discurso médico sobre a doença.

Enquanto principal mentor da política de saúde pública nacional e representante máximo das doutrinas higienistas, Ricardo Jorge seria ainda o membro representante de Portugal no *Office International D`Hygiène Publique* desde 1911. Apesar de estar mais voltado para o controle internacional de doenças infecciosas como eram a cólera, a peste e a febre-amarela, também o cancro se encontrava enquadrado no âmbito de acção do higienismo, mas ainda acantonado na fase de estudos epidemiológicos nesse organismo sanitário internacional.³⁶⁸

Apesar de não estar ainda cabalmente provado, para muitos médicos, o morbo canceroso teria uma eventual e muito provável origem microbiológica, explicável ao nível de um agente patogénico desconhecido, eventualmente responsável pelo desenvolvimento da doença. O próprio Câmara Pestana encarava a patologia oncológica nos mesmos termos, de tal modo que a sua tese de licenciatura, redigida em 1889 mas ainda actual em 1907, versava “*O Micróbio do Carcinoma*”,³⁶⁹ onde teve a oportunidade de relatar uma série de experiências que cabiam inteiramente no foro da oncologia experimental, com recurso a técnicas e métodos científicos iguais aos praticados nas melhores universidades europeias, sobretudo nas francesas e alemãs.

Neste contexto, uma parte muito considerável dos médicos partilhava das teorias parasitárias do cancro, de tal forma que ainda em 1907 José de Oliveira Lima concluía no seu estudo de síntese que:

“ (...) o cancro é uma doença cuja causa ou agente não existe no organismo humano mas fora d`elle. Esse agente é um protozoário que pertence às myxosporidias. A

³⁶⁸ Cf. OFFICE INTERNACIONAL D`HYGIÈNE PUBLIQUE – *Vingt-cinq ans d`activité de L`Office International D`Hygiène Publique.1909-1933*. Paris: OIHP, 1933, pp. 108-109.

³⁶⁹ PESTANA, Luiz da Câmara – *O Micróbio do Carcinoma*. Dissertação inaugural, apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirurgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1899.

intervenção d`estes parasitas na génese do cancro, é demonstrada pelo microscópio e por factos d`observação clínica e experimental.”³⁷⁰

Esta 2ª Comissão não teve o sucesso previsto, não chegando sequer a reunir-se. Por razões de natureza política, que se prendem com a convulsão revolucionária de 1910, e ainda a morte inesperada de Miguel Bombarda, o trabalho de promoção de um trabalho organizado na luta contra o cancro viu-se paralisado vários anos. Mas a influência do pensamento científico de Câmara Pestana e de Miguel Bombarda tinham deixado em Gentil a firme vontade de dar corpo ao primeiro centro anticanceroso português, tanto mais que se sentiu atraído pelo cada vez maior interesse médico e social que a doença despertava. Apesar de ter contado com o apoio de Aníbal Bettencourt para criar o que se esperava ser o primeiro Centro Anti-canceroso em dependências do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, o projecto viu-se gorado.³⁷¹

Para além desta, poderíamos referir uma 3ª Comissão, ainda mais efémera do que as anteriores. Formada em 1911, contava de novo com a presença de Francisco Gentil, em representação da nova Faculdade de Medicina de Lisboa, de João Emílio Raposo de Magalhães pela de Coimbra, e ainda de um jovem médico, Alberto Gomes. A ausência de uma individualidade proveniente da Faculdade de Medicina do Porto, levou logo a um reparo por parte de outro médico, Sousa Júnior, autor de alguns estudos estatísticos sobre o cancro. A questão colocava-se ao nível da representatividade dos constituintes da comissão, face ao trabalho desenvolvido por clínicos portuenses sobre o cancro, justamente os primeiros a realizarem-se em Portugal. Não era sem razão que Sousa Júnior dizia no Senado: “(...) *que o estudo do cancro, que está merecendo as atenções de todo o mundo médico nos países civilizados, merece ser feito entre nós por uma comissão em que se congreguem os elementos de todas as escolas de medicina do país, ou, melhor dizendo, dos três centros médicos portugueses.*”³⁷²

³⁷⁰ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 459.

³⁷¹ Cf. as palavras de Francisco Gentil em GENTIL, F. – “O passado, o presente e os futuro.” *Boletim do IPO*. Vol. 6. Nº 1 e 2 (1939), p. 1. Note-se que Francisco Gentil fez parte de um conjunto de jovens médicos e alunos da EMCL que se juntaram em torno de Câmara Pestana, e que ajudaram a fundar e engrandecer com as suas pesquisas o que então se passou a designar, na letra do decreto de 1892, por Instituto Bacteriológico de Lisboa. Outros nomes incluíam: Aníbal Bettencourt, Morais Sarmento, Gomes de Rezende, Bello de Morais, Amor de Melo, Ayres Kopke e Marck Athias, entre outros. Entre 1897 e 1904 trabalhou nesse Instituto, realizando trabalhos experimentais sobre a descapsulação do rim.

³⁷² *Diário do Senado*. Sessão nº 13, em 20 de Dezembro de 1911, p. 8.

Questões de mera representatividade, ou até de certa ferida pessoal, as palavras de Sousa Júnior mostram, de um modo subliminar, a tentativa de definição de uma nova área de influência científica e até mesmo de prestígio no seio do novo quadro universitário português, agora reformulado pelas recém-criadas universidades de Lisboa e Porto. Estes novos espaços universitários, e sobretudo as faculdades de medicina, assumiam agora sem quaisquer entraves legais a sua paridade com Coimbra.³⁷³ No entanto, as pressões políticas não parecem ter sido determinantes para colocar Francisco Gentil fora da liderança política de um projecto que desde sempre lhe pareceu estar destinado.

Com efeito, apoio e influência política foi coisa que nunca lhe faltou no meio republicano, lugar onde ocupava posição de relevo ao lado de outros médicos com quem partilhava a mesma ideologia política, como eram os casos de Bello de Moraes, Sobral Cid, Bettencourt Raposo, Salazar de Sousa, Pulido Valente e Augusto Monjardino. Tanto Francisco Gentil como os demais médicos agora citados, são referidos como sendo personalidades médicas de destaque no universo republicano português, pelo deputado Lúcio dos Santos.³⁷⁴

A oportunidade de iniciar o almejado projecto surgiu ainda em Novembro de 1911, quando no contexto da 3ª Comissão lhe foi confiada uma consulta específica para doentes cancerosos, que passava a funcionar no Hospital Escolar de Santa Marta, onde era lente proprietário de Medicina Operatória desde Junho desse ano, altura em que foi promovido a professor catedrático quando o regime republicano criou a Universidade de Lisboa. Funcionando inicialmente com condições de trabalho irregulares, o facto de Gentil ter sido nomeado director do Hospital de São José em Setembro de 1912, terá de algum modo facilitado a manutenção desse novo espaço, inicialmente destinado a serviço de vias urinárias, projecto entretanto abandonado em favor do cancro.

³⁷³ Desde 1911 por decreto-lei de 22 de Fevereiro as Escolas Médico-Cirúrgicas do Porto e de Lisboa foram elevadas à categoria de Faculdades de Medicina, à semelhança da sua congénere de Coimbra. De facto, ao longo de quase um século, "(...) os médico-cirurgiões das Escolas de Porto e Lisboa tiveram de lutar com os cirurgiões da velha guarda que minavam o seu poder/saber nas zonas rurais, por outro lado tiveram que combater a superioridade dos licenciados pela Universidade de Coimbra, que era facultada pela lei. Durante muito tempo, ao longo do século XIX, nos lugares de concurso os médicos de Coimbra tinham primazia sobre os cirurgiões de Lisboa e Porto, facto que originou uma longa série de reclamações e representações aos poderes públicos" In ALVES, Jorge; CARNEIRO, Marinha – *Olhar o Corpo, Salvar a Vida*. Porto: Hospital de Santo António, 2007, p. 96.

³⁷⁴ Cf. o *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão nº 35, de 4 de Maio de 1922, p. 19.

Auxiliado por Bénard Guedes, com a sua própria instalação particular de raios X, e ainda por Marck Athias e Henrique Parreira no tocante à parte laboratorial, para além de uma consulta oncológica, o espaço disponibilizado possuía ainda um serviço clínico com 40 camas, um pequeno laboratório e duas salas de operações.

“Aí preparámos em grande parte o material que hoje possuímos e aí se educaram muitos dos nossos colaboradores. Foi nessa pequena clinica do Hospital Escolar que fizemos as primeiras electrocoagulações e fulgurações, e foi também aí que – com o Dr. Bénard Guedes – principiamos, em 1912, a trabalhar em rádio. Material insuficiente, más condições de trabalho, falta de dotação própria, tudo se conjugava para inutilizar as melhores boas vontades, e apesar disso, todos trabalharam.”³⁷⁵

Enquanto director do Hospital de São José, Francisco Gentil soube granjear o respeito e a estima dos seus subordinados.³⁷⁶ E apesar de estar longe de se comprometer directamente no mundo da política activa, soube sempre desenvolver e manter os contactos necessários à prossecução dos seus objectivos. Esta capacidade ser-lhe-ia de fundamental importância no seu projecto do futuro Instituto de Oncologia. Em 1915, já como director da Faculdade de Medicina de Lisboa e com acesso à gestão de mais recursos, funda uma secção de estudos cancerológicos na 1ª Clínica Cirúrgica da mesma faculdade, igualmente sob a sua direcção. É a partir desta ocasião que se reúnem as condições necessárias a um trabalho regular e altamente focalizado no cancro: para além das salas de consulta e enfermarias, possuía ainda um laboratório e um museu, este último organizado por Geraldino Brites, professor de histologia de Coimbra. No mesmo ano criou ainda o Serviço de Radiologia do Hospital de Santa Marta, convidando Feyo e Castro para seu director. Mas se as condições de trabalho melhoraram, eram ainda insuficientes, partilhando-se o espaço da enfermaria com o ensino da patologia cirúrgica destinada aos alunos.

A inexistência de uma estrutura hospitalar autónoma para a especificidade do tratamento oncológico não era caso único no demais contexto hospitalar. Persistiam, problemas sérios de planificação e organização da rede hospitalar, que se por um lado

³⁷⁵ GENTIL, Francisco – “O Instituto Português do Cancro” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, Nº 1 (1930), pp. 12-13.

³⁷⁶ Cf. a carta remetida pelo pessoal dos Hospitais Cívicos de Lisboa ao seu director em 1914, in BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978, p. 39.

exigiam uma modernização urgente, por outro não tiveram o apoio financeiro nem a reformulação das directrizes políticas sobre a assistência pública. Justificavam-no a natureza caritativa associada ao assistencialismo personalizado pelas vetustas Misericórdias, a par da definição da função social do Estado em matéria de assistência hospitalar.

O discurso médico delineava o atraso hospitalar português, caracterizando as estruturas hospitalares através de uma tipologia que os colocavam “(...) *entre o Hospício e o Asilo-hospital com um ou outro organismo dos que caracterizam o verdadeiro hospital Moderno, mas, esses mesmos, vivendo sem auxilio e sem meio e por isso mesmo vegetando dificilmente. A inferioridade dos nossos hospitais é manifesta, (...) Não é um paradoxo; os nossos hospitais vegetam, porque Parlamento e Govêrnos não sabem perceber o dever social do Estado em face do problema hospitalar, e não morrem, porque no espírito dos componentes das instituições que formam o Estado não se apagou a noção da esmola (...)*”³⁷⁷

E se os anos da Grande Guerra não permitiram a canalização dos fundos adequados a uma eficaz assistência hospitalar, muito menos para investir na investigação do cancro. A inflação e os défices dos hospitais públicos e privados acumulavam-se um pouco por todo o país, exigindo esforços suplementares aos magros orçamentos ministeriais, reforçados *in extremis* sob a forma de créditos extraordinários.³⁷⁸ Mesmo assim, Francisco Gentil foi convidado em 1917 para conceber a construção e organização do Hospital para Mutilados de Guerra, o Hospital de Campolide; não chegou, contudo, ao termo da sua missão por ter sido dela afastado pela revolução de Sidónio Pais em Dezembro do mesmo ano.³⁷⁹ A sua proximidade a Afonso Costa, de quem era amigo pessoal, justificava o afastamento do professor universitário, uma medida com claros contornos de saneamento político.

É importante notar que o labor de Francisco Gentil não era caso isolado na luta contra o cancro, se bem que foi o seu nome que se tornou sinónimo da organização da

³⁷⁷ GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o ensino da patologia cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 Fasciculo espécimen (1925), p. 14.

³⁷⁸ Cf. as dificuldades financeiras de hospitais públicos, como o de Santa Marta em Lisboa ou da Misericórdia, como o Hospital de Santo António no Porto, no *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão nº 56, de 22 de Março de 1916, p. 9 e seguintes.

³⁷⁹ Cf. as afirmações inflamadas de Henrique de Vilhena ao referir-se a este facto no *Diário do Senado*, Sessão nº 32, de 19 de Agosto de 1919, p. 7.

luta contra o cancro no país. No Porto dos anos 20, criara-se um grupo semelhante, se bem que com menor visibilidade e num enquadramento hospitalar algo distinto do de Lisboa, mas onde médicos como professor da Faculdade de Medicina do Porto Joaquim Roberto de Carvalho,³⁸⁰ José Domingues de Oliveira³⁸¹ e Couto Soares se dedicavam ao tratamento gratuito de doentes oncológicos de fracos recursos. Os dois primeiros encarregavam-se de efectuar radioterapia profunda, com interessantes resultados publicados em 1923³⁸² e 1925,³⁸³ ao passo que o último era cirurgião, director de uma das enfermarias do Hospital de Santo António. Nesse desiderato, quase faziam lembrar o trabalho benemérito de William Marsden em meados do século XIX, sobretudo pela gratuidade do serviço prestado. Em 1921, chegou-se mesmo a inaugurar nesse hospital da Misericórdia um serviço específico com base numa enfermaria, organizando-se em paralelo um núcleo regional anti-canceroso para o estudo da doença. Constituiu-se ainda uma comissão encarregada de promover o combate ao cancro e a protecção dos doentes oncológicos, integrada por personalidades docentes da Faculdade de Medicina portuense como Alberto Pereira Pinto de Aguiar, Carlos Faria Moreira Ramalhão e o já referido José Domingues de Oliveira. À morte de Domingues de Oliveira e de Couto Soares, a enfermaria ficou entregue a Rocha Leite, e posteriormente a Gil da Costa, mas não era mais do que um serviço reduzido e subfinanciado, gerido pela Misericórdia em moldes beneméritos.

³⁸⁰ Joaquim Roberto de Carvalho nasceu em Guimarães em 1893 e faleceu no porto em 1944. Licenciou-se em medicina na FMUP em 1918. Especializou-se em radiologia, área em que se notabilizou após ter passado em 1920 pela Faculdade de Medicina de Bordéus onde teve Bergonié como professor. Frequentou de seguida o curso de Roentgenterapia em 1921 com os professores Seitz e Wintz em Erlangen, e em Frankfurt, no serviço de radiodiagnóstico do Dr. Holfelder. Foi o primeiro professor de Radiologia Médica em Portugal, dado que só muitos anos depois concorreram em Lisboa, ao título de professores agregados, Bénard Guedes, Aleu Saldanha e Pereira Caldas e, ainda mais tarde, Carlos Santos e Ayres de Sousa. Por indicação de Francisco Gentil, no seu laboratório/consultório do Porto chegaram a estagiar e a complementar a sua formação alguns dos radiologistas que exerceram funções no IPO de Lisboa. Cf. a biografia em RAMOS, Albano – “Recordando o Prof. Dr. Roberto de Carvalho no centenário do seu nascimento.” *Revista de Guimarães*. Nº 104 (1994), pp. 243-272.

³⁸¹ José Domingues de Oliveira nasceu em Leça da Palmeira em 1865, vindo a falecer em 1925. Licenciou-se em medicina em 1900, tendo exercido as funções de guardador de saúde da Estação de Saúde de Leixões. Pode ser considerado um dos pioneiros da luta contra o cancro em Portugal pelo seu trabalho na área da radioterapia, de que resultou a obra *Os cancros e o rádio*, publicado em 1923. Amigo de Hintze Ribeiro, foi preso por questões políticas em 1924, vindo a falecer um ano mais tarde.

³⁸² Cf. OLIVEIRA, José Domingues de – *Os cancros e o rádio*. Porto: 1923.

³⁸³ Cf. CARVALHO, Roberto de – “O cancro e a radioterapia profunda.” *Portugal Médico*. (Julho de 1925), p. 213.

Com a excepção do pseudo-especializado, se bem que exíguo, serviço no Hospital de Santa Marta, o tratamento dos doentes oncológicos continuava a ser feito de um modo esparso e indiferenciado, fosse nos hospitais gerais lisboetas (actuais Hospitais Civis de Lisboa), no Hospital da Universidade de Coimbra, ou ainda no Hospital de Santo António da Misericórdia no Porto.

Em termos de produção científica nacional, nota-se uma nova tendência. Os anos 20 e 30 viram surgir novos trabalhos de investigação sobre o tratamento cirúrgico do cancro, mormente pela mão de Francisco Gentil e da sua equipa da 1ª Clínica Cirúrgica. Dedicando-se cada vez mais a esta área, torna-se rapidamente num especialista de renome nacional e internacional na matéria. Entre 1912 e 1930,³⁸⁴ dos 31 artigos que publicou em periódicos médicos nacionais e internacionais, 18 deles estão directamente relacionados com a patologia oncológica. Em Lisboa, Silva Figueiredo apresenta em 1914 a sua tese inaugural, um trabalho sobre neoplasias oculares.³⁸⁵ No Porto, publica-se no ano seguinte um dos primeiros trabalhos realizados em Portugal sobre a serologia do cancro,³⁸⁶ caminho igualmente acalentado anos mais tarde por João Marques dos Santos³⁸⁷ da Faculdade de Medicina de Coimbra. Por seu turno, e também em Coimbra, José Miguens dava à estampa uma interessante tese de doutoramento, desta vez inteiramente dedicada à etiologia da doença cancerosa.³⁸⁸

Em simultâneo, na Faculdade de Medicina do Porto surge um significativo conjunto de teses de doutoramento dedicadas a várias formas e manifestações da patologia oncológica, trabalhos esses que entre 1918 e 1925 marcam um inusitado interesse pela temática, sobretudo aquela de eventual resolução cirúrgica, e elaborados à razão de

³⁸⁴ Cf. a bibliografia de Francisco Gentil no anexo 3.

³⁸⁵ O autor cita quatro casos em 20 000 doentes observados até 1914 na consulta externa de oftalmologia do Hospital de S. José. Cf. FIGUEIREDO, Silva – *Neoplasias da região ocular*. Dissertação inaugural. Lisboa: 1915.

³⁸⁶ Cf. RAMALHO, Carlos Faria Moreira – *A serologia do cancro: reacções de Dungern, e de Abderhalden*. Trabalho do Laboratório Médico do Prof. Alberto de Aguiar. Porto: [s.e], 1914.

³⁸⁷ Cf. SANTOS, João Marques dos – “Contribuição para o diagnóstico sorológico do cancro.” Sep. de *A Medicina Contemporânea*. Lisboa: Tipografia Adolfo de Mendonça, 1922.

³⁸⁸ Cf. MIGUENS, José – *Da etiologia do cancro*. Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1921.

cerca de um por ano. Um 1925, foram nada menos que três as teses de doutoramento defendidas exclusivamente sobre cancro.³⁸⁹

Mas foram os trabalhos realizados no seio da 1ª Clínica Cirúrgica a partir de 1915, aqueles que constituíram o grosso do aporte científico nacional em termos de cancerologia, sobrepassando as demais faculdades. Nem só as corriqueiras teses inaugurais tinham lugar, privilegiando-se sobretudo a investigação própria de base clínica e, no caso da radiologia, de base experimental. Neles se lançaram as bases para estudos de longa duração, estudos de caso e ainda relativos ao aperfeiçoamento de procedimentos cirúrgicos e radiológicos.³⁹⁰

Vontade de investigar existia, o problema não se punha a esse nível: os meios disponíveis, esses, mediam-se pela bitola da escassez, realidade que se encontrava na proporção inversa do que se julgava necessário para concretizar a luta médico-social contra o cancro. E nesse aspecto, o Hospital de Santa Marta em Lisboa era o que reunia mais e melhores apoios institucionais e filantrópicos. O principal problema até ao início da década de 20 estava sobretudo na ausência de coordenação dos esforços, partissem eles da iniciativa governamental, universitária ou da solidariedade social. Se em Lisboa e no Porto se desenhavam tentativas mais ou menos coordenadas, mais ou menos apoiadas por beneméritos e filantropos, em Coimbra os esforços eram ainda menos concertados, diluídos pela habitual ausência de fundos disponíveis.

As ideias concernentes à concertação de esforços na luta contra o cancro, já tinham sido apontadas pelo professor de patologia João Marques dos Santos em Novembro de 1923. Na proposta que apresentou ao Conselho Escolar da Faculdade de Medicina de Coimbra, revelou algumas ideias concretas no sentido de operacionalizar a assistência portuguesa contra o cancro, mas não deixou de notar em 1925 que “*Falar em luta*

³⁸⁹ Cf. LOPES, Laura Domingues – *Breves considerações sobre o tratamento cirúrgico do cancro uterino (Operação de Wertheim)*. Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de São José, 1918, RAMOS, Gil Pontes Moreira – *Leucemia mieloide*. Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José, 1919, MACHADO, Francisco de Sousa Guedes – *Sobre os tumores congénitos da região sacro-coccígea*. Tese de Doutoramento. Porto: 1921, FERNANDES, António Manuel – *Cura radical do cancro do pénis*. Tese de Doutoramento. Porto: 1921, SAMPAIO, Victorino Cabral de – *Tumores complicando a gravidez*. Tese de Doutoramento. Porto: 1924, GUEDES, António Carlos – *Tumores malignos do seio do homem*. Tese de Doutoramento. Porto: 1925, PÁDUA, António de – *Cancro uterino. Seu tratamento pela operação de Wertheim*. Tese de Doutoramento. Porto: Tip. Marques, 1925, d’OLIVEIRA, Fausto Guedes Gomes – *Um caso de cancro latente do estômago*. Tese de Doutoramento. Tipografia Abreu, 1925, PINTO, João Victor de Macedo – *Generalidades sobre a Curietherapia do Cancro*. Tese de Doutoramento. Porto: Typographia Central, 1925.

³⁹⁰ Cf. a relação dos 57 trabalhos realizados entre 1913 e 1928 no Documento nº 6 in *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), pp. 56-58.

anticancerosa, quando em Portugal não há luta sistemática, organizada contra a doença; quando não há batalhões sanitários, formando uma frente única e quando em pequena miniatura se nos apresenta a figura excelsa da Assistência Pública, é, prezados colegas, cauterizar ferida dolorosa.”³⁹¹

Parte deste problema advinha do modo como o poder político encarava a saúde pública e a própria intervenção do Estado nos assuntos sanitários. O problema do cancro, apesar de tudo era visto como marginal, quando comparado com outras doenças como a tuberculose. Por outro lado, a legislação sanitária portuguesa estabelecida pela *Reforma de 1901*, não contemplava a intervenção directa do Estado no combate ao cancro, obedecendo basicamente a um modelo político higienista. Esta reforma estabeleceu-se dentro de um quadro institucional que antecede a Iª República, e que conferia ao Estado um papel de coordenação das iniciativas assistenciais, fossem públicas ou privadas, mas sempre com reduzidas iniciativas estatais directas, privilegiando e encorajando as acções de natureza particular e filantrópica.³⁹²

O cancro, e em particular o seu estudo e tratamento, permaneceram no limbo das preocupações políticas sobre a saúde pública até ao início dos anos 20. A proposta de João dos Santos para a organização de uma comissão para a fundação de uma Liga Luso-espanhola contra o cancro, composta por professores de escolas médicas de ambos países, não reuniu apoio político. Com efeito, a preocupação das entidades governamentais encarregues da saúde pública voltavam-se primordialmente para as doenças infecto-contagiosas e venéreas.

Isto não impediu que o discurso médico sobre a matéria não tivesse impacto na esfera governamental, discurso esse que entretanto ganhara peso e se tornara incontornável no espaço político. Mais significativo se torna quando era patente que na altura os médicos não constituíam um grupo socialmente poderoso. É importante referir que em certa medida o protagonismo político dos médicos se torna mais evidente a partir de 1910, com a instauração da República e a criação das Faculdades de Medicina

³⁹¹ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 10.

³⁹² As iniciativas dos poderes públicos face às situações de miséria e pobreza, iam apenas no sentido de encorajar actividades de beneficência privada. Para uma análise sobre o debate da assistência, a sua publicitação, o papel do Estado e as iniciativas de natureza filantrópica, veja-se o retrato da assistência liberal no século XIX in LOPES, Maria Antónia – *Os pobres e a assistência pública*. In MATTOSO, José (org.) – *História de Portugal*. Vol. V. Lisboa: Ed. Estampa, 1998, pp. 501-515.

em Lisboa e no Porto. Até essa altura, apenas a Universidade de Coimbra podia atribuir graus académicos, panorama alterado pelas novas entidades universitárias. Um pormenor revelador do eventual peso da classe médica no novo espaço político é o da proporção dos deputados à Assembleia Constituinte de 1911: um quinto são médicos, a proporção mais numerosa e apenas suplantada pelos juristas e militares das Forças Armadas. Antes disso, essa proporção fora ainda maior.³⁹³

A crónica de Júlio Dantas na *Ilustração Portuguesa* de 21 de Julho de 1913, é particularmente reveladora da presença dos médicos nas lides governativas, exaltando a sua participação na gestão dos diferentes ministérios por onde se encontravam dispersos:

*“Foi nomeado Ministro da Instrução um clínico e professor ilustre. A política continua a utilizar os médicos. Nos dois últimos governos monárquicos foram ministros três médicos: os drs. Moreira Júnior, Teixeira de Sousa e José de Azevedo; nos cinco primeiros governos republicanos teem sido ministros nove médicos: os drs. Brito Camacho, António José de Almeida, Augusto de Vasconcellos, Silvestre Falcão, Celestino d’Almeida, Costa Ferreira, Estevam de Vasconcelos, Rodrigo Rodrigues e Sousa Júnior. Ao todo nove médicos passaram em quatro anos pelas cadeiras do poder, não contando aqueles que, como os drs. Aresta Branco, Augusto Monjardino e outros, teem ocupado a presidência das casas do parlamento e desempenhado altos cargos políticos. É forçoso concluir, ou que se deu a coincidência de terem feito o curso de medicina os homens com mais capacidade para exercer em Portugal a função governativa, ou que a profissão médica atribui aos indivíduos que a exercem qualidades que os tornam designadamente aptos para governar.”*³⁹⁴

Grande parte desta nova casta política era proveniente da pequena burguesia, com estudos feitos a cargo de familiares. Mantinham contacto estreito com o que se passava na restante Europa, fosse através dos periódicos científicos, de congressos ou trabalhos de investigação além-fronteiras, geralmente realizados a expensas próprias ou através do apoio de alguns professores que premiavam uma inusual dedicação à ciência. Em

³⁹³ Em 1911, constituem 16% dos políticos republicanos (ministros, senadores e deputados), passando a terceiro grupo profissional presente na “oligarquia republicana”, depois dos juristas (27%) e dos militares (21%). Sobre a constituição socioprofissional da Assembleia Nacional Constituinte de 1911, veja-se *Eleições para Assembleias Constituintes. 1820-1836-1911*. Lisboa: 1975, pp. 8-9.

³⁹⁴ DANTAS, Júlio – “Crónica – Os médicos e a política.” *Ilustração Portuguesa*. IIª Série. Nº 387 (21 de Julho de 1913), p. 65.

convívio directo com problemas crónicos como eram a fome e a pobreza, conheciam em primeira mão as necessidades da população. Imbuídos de ideias republicanas, onde sobressaíam os problemas políticos, sociais e humanos do país, colocavam-se num patamar social que os tornava particularmente atentos à política sanitária e social do Estado. Nos seus discursos parlamentares, recriminavam fortemente o antigo regime, ao mesmo tempo que mantinham uma frequente participação na imprensa, em artigos de opinião bastante notados pelos vários sectores da população.

A correspondência entre Francisco Gentil e Afonso Costa, mantida entre 1912 e 1937, é assaz reveladora desta preocupação constante com os problemas políticos, sociais e humanos que perpassavam e marcavam a sociedade portuguesa nesse tempo.

Independentemente dos problemas financeiros dos diferentes governos ao longo da Iª República, o assumir de novas responsabilidades na área da saúde pública implicou a locação de verbas nesse sentido. Mesmo que fossem apenas no sentido de promover o aperfeiçoamento científico de alguns médicos na área oncológica. Mas não mais do que isso.

O problema do tratamento dos cancerosos era apenas um pequeno ramo da recém plantada política de assistência pública. Mas ao longo deste período entre guerras, lentamente, a questão do cancro acaba por se revestir de uma importância que ultrapassava os números preocupantes sobre a sua incidência e mortalidade. Em certa medida, esta patologia acabou por cristalizar as preocupações sobre o devir da civilização e a modernidade das sociedades ocidentais, onde um dos maiores campos de conflito é o da definição da própria medicina no campo do poder político.

Parece certo que a proximidade de Francisco Gentil a políticos republicanos como Afonso Costa tenha de algum modo agilizado a permeabilidade e atenção da esfera política para o problema do cancro, enquanto patologia enquadrada ou enquadrável nos domínios da saúde pública. É sabido que Afonso Costa era admirador e amigo de Marie Curie,³⁹⁵ figura cimeira no desenvolvimento de uma das mais promissoras armas da luta contra o cancro, mas a verdade é que a institucionalização do tratamento da doença demoraria mais do que o inicialmente esperado, concretizando-se na letra da lei apenas

³⁹⁵ “Tive ocasião de referir ao Dr. Alvaro de Matos que o Dr. Mário Silva fora em missão de estudo para Paris e ia também acompanhado dum carta minha para o meu eminente amigo sr. Dr. Afonso Costa para o apresentar à genial Curie, de quem o notável estadista era admirador e amigo (...) Também o Dr. Mário Silva, no regresso, não escondia o seu entusiasmo pela larga e notável exposição que sobre aspectos jurídicos e económicos da descoberta do Rádio lhe fizera o sr. Dr. Afonso Costa.” “Uma carta do antigo deputado e ilustre homem publico Sr. Dr. Dias Pereira” in BARRETO, J. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV (2ª ed.) Coimbra: 1959, p. 446. (sublinhado nosso)

em 1923. Não foram as afinidades políticas que ditaram a criação do Instituto do Cancro, mas sim a oportunidade política criada pela presença de um influente cientista que se dedicava ao estudo da doença: Luís Simões Raposo.

Se foi por iniciativa e persistência de Francisco Gentil que o interesse pelo problema do cancro se deslocou definitivamente para o universo da decisão política, é também verdade que contou com o apoio indispensável de outro médico, Luís Simões Raposo, que em 1923 se encontrava adstrito ao Ministério da Instrução Pública, muito próximo do então ministro António Sérgio de Souza.

Como parte do planeamento político para o combate à doença, tratou-se de enviar algumas missões de estudo a congressos internacionais, de molde a preparar a criação de uma instituição nacional dedicada em exclusivo ao problema oncológico. Os escolhidos eram sobretudo aqueles que desde 1912 se constituíam como embrião da única equipa científica com experiência significativa na matéria, ou seja, a equipa de Francisco Gentil. Em 1913, os professores Francisco Gentil e Raposo de Magalhães tomam parte oficialmente nos trabalhos da IIIª Conferência Internacional contra o Cancro em Bruxelas, pródromo de muitas outras reuniões científicas feitas com grande regularidade a partir do início dos anos 20.

Exemplo claro disso, são as viagens deste e de outros médicos ao Congresso do Cancro em Estrasburgo, e ainda ao Congresso do Cancro em Bruxelas, ambos em 1923. Essas viagens de estudo incluíram a visita de centros anti-cancerosos em França, na Bélgica e em Espanha, totalizando 75 dias de intensa aprendizagem, onde se desenvolveram igualmente contactos com novas técnicas, procedimentos e ainda com vários profissionais de saúde intensamente ligados à investigação e tratamento do cancro. Desenhava-se, pois, a estratégia de uma equipa que se preparava para assumir os destinos da luta contra o cancro em Portugal.

Entretanto, e numa conjuntura política diferente, também João Marques dos Santos foi encarregado, por Portaria do Ministério da Instrução Pública de 1921,³⁹⁶ de estudar as doenças oncológicas, tanto em Portugal como no estrangeiro, do que resultou um relatório entregue ao então ministro da Instrução, o médico João Camoesas, onde para além de se enfatizar o atraso português nessa matéria, se aventava a criação de três centros regionais anti-cancerosos, adstritos às três faculdades de medicina existentes. O modelo proposto assentava na disseminação criteriosa de organismos subordinados às

³⁹⁶ Cf. *Diário do Governo*, nº 922 de 19 de Dezembro de 1921.

ideias de uma comissão central, à imagem do já experimentado em países como os EUA, Dinamarca, Bélgica, Espanha, e sobretudo em França. Os custos, se bem que elevados pela necessidade de aquisição de rádio-elemento e outros equipamentos necessários à radioterapia (cerca de 650 000\$00 no total), seriam suportados na sua maior fatia pelo Estado, seguindo-se as Juntas Gerais dos Distritos, as Câmaras Municipais, as administrações hospitalares, e por fim, por uma Liga anti-cancerosa de natureza filantrópica, ainda inexistente.

Apesar da modernidade do projecto, faltou-lhe o suporte político quando o governo em funções caiu. No rescaldo imediato, o ministro João Camoesas era afastado e substituído por António Sérgio, e o projecto que entretanto João dos Santos elaborara é rapidamente colocado de lado em favor de outro entretanto delineado por Francisco Gentil e tacticamente apadrinhado por Simões Raposo.

No regresso de Bruxelas, onde assinara a acta da reunião realizada na *Fondation Universitaire* em 20 de Novembro de 1923 para posteriormente se criar a União Internacional Contra o Cancro,³⁹⁷ Francisco Gentil prepara-se para o novo passo na criação da luta contra o cancro em Portugal, mas já plenamente integrado no movimento de luta científica e social coevo. Com a queda do Governo ainda nesse mês de Novembro e no rescaldo de um Dezembro politicamente conturbado, o gabinete presidido pelo nacionalista Álvaro de Castro passou a incluir no seu naipe governativo alguns elementos do grupo de intelectuais da *Seara Nova*, entre os quais António Sérgio de Sousa, que ficou à frente da pasta da Instrução Pública. O novo ministro assimilou da melhor maneira o discurso médico sobre esta nova patologia, mormente o de Simões Raposo, em detrimento da programação diligentemente elaborada por Marques dos Santos.

Politicamente próximo de António Sérgio, de quem era, aliás, chefe de gabinete, Simões Raposo dedicara ao estudo do cancro uma parte significativa do seu trabalho enquanto professor de patologia na Faculdade de Medicina de Lisboa. Para além disso, era um colaborador directo de Francisco Gentil, com quem partilhava o trabalho em redor da cancerologia. Foi dele que partiu a ideia de ampliar o trabalho já realizado no serviço de Gentil, desenvolvendo a luta contra o cancro através do trabalho já existente na 1ª Clínica Cirúrgica. Esta interpenetração com o poder político viabilizou o projecto

³⁹⁷ Cf. a acta no *Arquivo de Patologia*. Vol 2. Nº 1 (1930), pp. 53-54.

de Gentil de modo imediato e em tempo recorde, feito no espaço de um mês a seguir à entrega da proposta de Marques dos Santos, que acabou por ser preterido.

Este afastamento foi sentido com raiva e mágoa à mistura, sentimentos que o próprio professor de patologia coimbrão expressou numa conferência entretanto realizada em 1925. A expressão do seu descontentamento é o reflexo das tensões suscitadas pela concentração de meios na Universidade de Lisboa, bem como da primazia dada a um grupo de investigadores cujo respaldo político era uma evidência:

“O Ministério caiu e a oportunidade passou; porém, alguém que desconheço, procurava furtar à clara luz do dia aquilo que só a ela pode crescer e desenvolver-se e desejando impedir que o sol chegasse ao Porto e a Coimbra, preparou a publicação dum decreto curioso, assinado pelo sr. António Sérgio, em 29 de Dezembro do mesmo ano; um mês depois da entrega da minha proposta, (...) É preciso ser-se audacioso e fortemente egoísta para se condicionar um parto desta grandeza. Na minha vida de quarenta e quatro anos jamais se me deparou abôrto tão asqueroso.(...) Ataram-se as mãos, como uma grilheta, ao gesto humanitário e desinteressado da luz que se propunha bruxulear... (...) Não compreendo, caros colegas, como não interveio a Assistência Pública; bem a dizia eu vestida de sêdas por fora e por dentro feita de pão bolorento escuro e bafiento.”³⁹⁸

Fruto da oportunidade política entretanto criada, e compreendendo a necessidade de existir em Portugal um organismo central capaz de orientar a luta contra o cancro, foi por determinação governamental que em 29 de Dezembro de 1923 se publicou o Decreto nº 9 333, criando o Instituto Português para o Estudo do Cancro, com sede provisória no Hospital de Santa Marta, na 1ª Clínica Cirúrgica.³⁹⁹ A partir de então, foram colocados à disposição do IPEC vários departamentos da faculdade de medicina, nomeadamente os institutos de fisiologia e química fisiológica, de anatomia patológica e de patologia geral, entre outros.

Sem surpresas, a 1ª Comissão Directiva do Instituto foi formada por professores da Faculdade de Medicina de Lisboa, com Francisco Gentil na presidência, adjuvado por Marck Athias, João Emílio Raposo de Magalhães, Henrique Fragoço Domingues

³⁹⁸ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, pp. 30, 33 e 34.

³⁹⁹ Cf. Decreto nº 9 333 do *Diário do Governo*. Nº 278, Iª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

Parreira, e ainda por Francisco Bénard Guedes, director do serviço de radiologia do Hospital Escolar.

Ao novo instituto competiam uma série de diferentes funções, desenhadas à luz dos conhecimentos coevos sobre a doença oncológica:

- 1- Organizar a luta contra o cancro em Portugal;
- 2- Manter e desenvolver um centro regional de luta contra o cancro em Lisboa e promover e auxiliar a criação de outros centros regionais;
- 3- Praticar o estudo do cancro, promover pesquisas científicas, fazer publicações, organizar uma biblioteca especial;
- 4- Divulgar os conhecimentos e preceitos úteis ao público, realizando uma propaganda eficaz contra o “perigo do cancro”;
- 5- Melhorar as condições de trabalho e de estudo do seu pessoal científico e técnico, fundar laboratórios de investigação científica e tratamento do cancro.

O decreto, elaborado pelo próprio Francisco Gentil, encontrava-se preparado para dotar a Universidade de Lisboa dos meios para prosseguir um trabalho de investigação já começado em 1912. A estrutura do documento revela um conjunto de objectivos operativos, que incluíam desde logo a investigação, o ensino e a assistência aos doentes oncológicos, deixando o caminho aberto a um percurso que Francisco Gentil antecipadamente preparara. Mas também patenteia o início do monopólio institucional da luta contra o cancro, feito por parte de uma equipa médica especificamente escolhida nesse sentido, à qual não faltavam certamente os créditos científicos, mas também as simpatias políticas de natureza republicana.

A legislação que dá corpo a este novo organismo, revela sobretudo a intenção do governo em conceder as condições materiais e humanas absolutamente necessárias ao desenvolvimento de um trabalho a organizar a longo prazo, sobretudo no tocante à pesquisa científica. Nesse sentido, gozava de autonomia técnica, científica e administrativa.

Divergindo do projecto de Marques dos Santos na criação imediata de centros regionais adstritos às Faculdades de Medicina, e ao contrário de outros países, como eram o caso da França, da Bélgica ou de Espanha, não se pretendiam criar novos serviços de saúde independentes, antes estimular o trabalho já desenvolvido pela equipa médica de Francisco Gentil, conferindo-lhe as condições técnicas e científicas para o

continuar a realizar. Optava-se por inserir o novo Instituto no seio de uma estrutura hospitalar geral e num meio universitário, aproveitando a possibilidade de estabelecer uma cooperação directa com vários serviços hospitalares e da Faculdade de Medicina de Lisboa. Apesar de o legislador não deixar de reconhecer que “(...) a questão do estudo e diagnóstico do cancro é, portanto, do mais alto interesse para o público, para os médicos, e para as autoridades.”⁴⁰⁰, a ausência de verbas afectáveis à criação de novos serviços independentes é claramente assumida, sendo um factor incontornável para justificar a opção inicialmente seguida na luta contra o cancro em Portugal.

Por outro lado, poderia ser a única abordagem possível num momento de carência de recursos, centralizando e rentabilizando aqueles já existentes para um projecto que deveria assentar na investigação, como parece ter sido a intenção do próprio Simões Raposo. Em 1925, este último não deixou de o revelar ao referir que “*Não foram apenas razões de ordem económica que determinaram, porém, a preferência do sistema seguido; êle recomenda-se ainda por uma maior eficiência. Embora, um centro de luta anti-cancerosa careça de instalações especiais só terá a lucrar com integrá-las num hospital geral e num meio universitário.*”⁴⁰¹

O aspecto mais importante do decreto estava no facto de conferir autonomia administrativa e científica ao novo instituto, o que lhe permitiria utilizar quase incondicionalmente as suas receitas e tomar as iniciativas que entendesse necessárias ao estudo e luta contra o cancro. Este aspecto não foi aceite pacificamente. O facto de se encontrar liberto dos tradicionais esquemas de organização e assistência hospitalar, permitiria uma aplicação mais rápida de novas concepções sanitárias, quer de estrutura, quer de tratamento, levantando desde logo alguns protestos por parte de vários médicos e até de representantes de instituições hospitalares.

Por outro lado, impediu-se a criação imediata dos centros anti-cancerosos propostos no relatório de Marques dos Santos, o que obrigava os doentes das longínquas franjas da província a recorrer a Lisboa caso fosse necessário algum tratamento mais especializado existente apenas na capital. Neste aspecto, o nascimento do centro anticanceroso português é um acto que suscita tensões, bem patentes nas reticências de Marques dos Santos, mas também no atraso político na implementação do projecto.

⁴⁰⁰ Decreto nº 9 333 do *Diário do Governo*. Nº 278, 1ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

⁴⁰¹ RAPOSO, Luis Simões – “O Instituto português para o Estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), p. 58.

Na mesma altura em que o IPO recebia uma grande dotação do Instituto de Seguros Sociais (ISS) para começar a construir as suas instalações, houve quem tentasse aproveitar o momento para estabelecer um outro Centro anticanceroso afecto à Universidade de Coimbra. As tentativas que desde 1927 tomam forma em Coimbra para criar um centro de estudos do rádio e tratamento do cancro, surgem pela mão de professores da Universidade, Álvaro de Matos e Mário Silva, que conseguiram do Ministro das Finanças Sinel de Cordes e de João Luís Ricardo, director do ISS, a promessa de 600 000\$00, verba que acabou por ser cortada e distribuída a outras rubricas orçamentais, quando Sinel de Cordes tinha já abandonado a pasta das finanças.⁴⁰²

Espelhando o movimento internacional coevo, mas com um claro desfasamento temporal em vicissitude do turbilhão político subsequente à implantação da República, também Portugal dava assim início ao embrião da sua luta contra o cancro. Em 1925, o poder político admitia sermos o único país que não tinha ainda devidamente montado um serviço de combate ao cancro, apesar de o Instituto estar inscrito na letra da lei desde 1923.⁴⁰³ O principal problema que parece ter estado no atraso relativo do nosso país no estabelecimento de investigação científica própria e na luta contra o cancro, foram as constrações de natureza orçamental, mas também o expediente político capaz de viabilizar o projecto mais próximo dos detentores dos destinos governativos no momento. A instabilidade política que caracterizou os sucessivos governos entre 1924 e 1926 não permitiu uma maior rapidez de implementação ao projecto de Gentil. Reconhecia-se não ser possível criar de raiz serviços novos, directamente financiados pelo Estado, pelo que se tratou de estimular e aproveitar os esforços isolados e as iniciativas particulares que entretanto se tinham desenvolvido no seio do Hospital Escolar de Santa Marta.

Tendo sido precedida por tentativas e realizações provisórias, genericamente podemos considerar que a organização da luta anti-cancerosa em Portugal acompanhou de forma relativamente próxima o movimento internacional coevo, sobretudo desde 1912 em diante. Isto não significa que se tivessem expendido os necessários esforços

⁴⁰² Cf. a missiva de António Matos Beja publicada no *Diário de Coimbra* e reproduzida em BEJA, António de Matos – “Uma carta do Sr. Dr. António de Matos Beja sobre a prioridade do interesse pela luta anti-acancerosa em Coimbra.” In BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV. (2ª ed.) Coimbra: 1959, p. 439-441.

⁴⁰³ Cf. *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão N° 109, em 10 de Agosto de 1925, p. 9.

governamentais à concretização da luta contra o cancro, nem muito menos atribuído o financiamento adequado às comissões encarregues de planificar um tal labor. Antes dessa data, nem um único estabelecimento ou serviço hospitalar se criou para tratamento, quanto mais para o estudo da doença oncológica, o que nos distanciou do movimento científico internacional que entretanto varreu a primeira década do século. Apesar de passar a ter lugar nos discursos oficiais, o cancro sofreu poucas tentativas de enfrentamento no âmbito do poder político, e que não resultaram em consequências práticas na primeira década do século. A concretização legislativa que determinava a abertura da luta contra o cancro em 1923 foi algo tardia, e tal só sucedeu num contexto muito favorável, quando ao discurso médico se adicionou uma conjuntura política mais permeável às evidências demográficas proporcionadas por uma fria estatística.

O movimento anticanceroso da capital emergiu a partir de uma faixa de médicos ligada ao mundo académico, inicialmente provenientes da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, e depois de 1911 da Universidade de Lisboa, local onde foi possível dar início a um projecto de investigação pioneiro e demarcado. Estes elementos, enquadrados pela figura de Francisco Gentil, gravitavam em redor das instáveis cúpulas políticas da época, mas estavam ideologicamente vinculados a um projecto republicano mais lato de modernização da medicina e da saúde dos portugueses. Centravam-se, desde logo, nas necessidades assistenciais da população, mas mais especificamente nas doenças emergentes e nos desafios que a investigação científica das mesmas podia proporcionar, isto é, no combate ao cancro.

O facto do Instituto Português para o Estudo do Cancro, criado em 1923 ter na sua designação a referência à nacionalidade, mostra a vontade de replicar em Portugal as instituições que desde o início do século se fundaram e desenvolveram um pouco por todo o mundo no combate à doença, sob os auspícios directos do poder político, no âmbito da saúde pública.

A razão de não ser designado no imediato por Instituto Português de Oncologia, como era vontade de Francisco Gentil, prendeu-se, como ele próprio o afirmaria mais tarde, com o facto do termo *oncologia* ser ainda incompreensível para o grande público. Para o que interessava, tanto no meio médico como no grande público, o uso da palavra *cancro* tinha consagrado aquela fórmula de classificar os centros de estudo e tratamento de todas as neoplasias, estados pré-cancerosos e determinadas lesões inflamatórias

crónicas.⁴⁰⁴ “Instituto para o Estudo do Cancro” era mais consensual e não se dirimia de revelar uma das principais funções que lhe estavam atribuídas: a investigação científica.

No quadro político-ideológico republicano, que perfilhava claramente uma maior intervenção do Estado nos assuntos concernentes à saúde pública, a luta contra o cancro passava muito mais pelos domínios da investigação e pelo mundo da formação médica, do que pela sua inclusão directa nas estruturas hospitalares tradicionais. Com uma identidade nosológica vincada e um espaço médico à partida bem delimitado, para o combate ao cancro poderia ser aceitável a criação de uma organização de tratamento patrocinada pelo Estado, mas seria sempre elaborada de modo a não obstruir os esforços necessários ao aprofundamento científico e técnico da ainda incipiente oncologia. A esteia universitária foi a solução de compromisso entretanto conseguida. Mesmo assim, a questão do estudo da doença, apesar de ser “*palpitante*” e de “*estar na mira das actividades de todos os campos da medicina*”, exigia investimento técnico e financiamento público avultados, coisa que os sucessivos governos da Iª República não pretendiam disponibilizar na medida adequada. Faltava ainda uma mobilização social capaz de impelir o poder político a agir com a determinação de um investimento sanitário de base hospitalar que se previa tão avultado quanto necessário.

No contexto português, enquanto esta patologia foi uma preocupação apenas dos círculos científicos, o estabelecimento de fórmulas directas de concretização da luta social e política anticancerosa foi algo morosa e arrastada. Mas as pressões do discurso médico acabariam por dar fruto. Não junto de uma sociedade que viesse a fazer valer a sua pressão nas instâncias governativas, mas directamente nos decisores políticos. Estas pressões foram realizadas num contexto de mudança sanitária, e porque não assumi-lo, de estratégia e oportunidade políticas.

No caso português, a grande visibilidade como doença social fez-se mais tarde, já depois de estabelecido o projecto de luta contra o cancro, graças à sua percepção como problema de saúde pública com repercussões potencialmente graves na vida colectiva, mas passível de ser controlável através da identificação precoce dos doentes e da disponibilidade de um tratamento eficaz nas fases iniciais da doença.

A erradicação dos tumores malignos exigia, pois, uma abordagem médica diferente, que já não se compadecia com muitos dos métodos e práticas individualistas da medicina de oitocentos. A introdução de novos e dispendiosos métodos terapêuticos,

⁴⁰⁴ Cf. GENTIL, Francisco – “O Instituto Português do Cancro” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), p. 9.

como eram a röntgenterapia (tratamento pelos raios X) ou a curieterapia (tratamento pelo rádio), implicavam que o cirurgião já não trabalhava isolado, mas sim em simbiose com outros elementos de uma equipa multidisciplinar, num ambiente próprio onde se podiam executar tratamentos hospitalares complementares e onerosos, muito dificilmente acessíveis à clínica de pulso livre.

Era, pois, o tempo de abraçar de vez as exigências de um trabalho médico de equipa, fundado na colaboração de especialistas com competências complementares, feita com o recurso a tecnologias cada vez mais dispendiosas, e que situavam a arte de curar na esfera da aplicação de uma ciência biomédica em evidente crescimento e clara mutação.

2.3 – A propaganda anticancerosa e a saúde pública: despertar consciências e educar o cidadão

*“Atacando pobres e ricos, fracos e fortes, velhos e novos (...), o cancro é uma doença que a todos interessa muito particularmente, e a cujo combate todos teem não só o dever como a conveniência de dar tôda a colaboração.”*⁴⁰⁵

Marck Athias, 1941

De acordo com Charles Rosenberg,⁴⁰⁶ é o entendimento do carácter biológico e da forma como uma doença se apresenta, bem como das maneiras pelas quais a sociedade vai tentar emoldurá-la, que ditam as políticas e terapêuticas que se estabelecem para combatê-la; e no caso do cancro esta observação francamente genérica, assume um particular sentido de veracidade.

Apesar de não ser contagioso, nem de provocar as mortandades regulares atribuíveis às doenças infecto-contagiosas, o cancro passa a ser visto como uma doença social, fruto do discurso médico sobre o mesmo, mas também da mentalização progressiva do público para a emergência de um “flagelo” novo e perigoso, capaz de destronar a prazo as habituais maleitas que ainda afligiam as populações.

O impacto que poderia ter na demografia foi um dos elementos melhor absorvidos na perspectiva de doença social, mas não só. Por si só, inspirava terror, fosse por infligir sofrimentos habitualmente inenarráveis ou por aportar uma alteração importante e tenebrosa da imagem corporal. E este terror foi aproveitado na campanha anticancerosa.

Pela sua frequência, pelos sofrimentos físicos que determina, pela complexidade da sua etiologia, mas sobretudo pela necessidade de ser combatido por técnicas terapêuticas que só são eficazes em fases precoces da doença, é uma patologia que rapidamente assume foros de relevo no contexto sanitário público nacional. Como tal, exigia a implementação de processos demorados de educação para a saúde pública, tanto mais que “(...) tendo ainda numerosos adeptos a ideia da existência de doenças

⁴⁰⁵ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 16.

⁴⁰⁶ Cf. ROSENBERG, Charles – *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: CUP, 1992, pp. 305-306.

vergonhosas, muitas famílias escondem os casos de cancro, quer pela reputação da sua hereditariedade, quer pela ideia do contágio.”⁴⁰⁷

O abandono progressivo das teorias parasitárias, sobretudo a partir dos anos 20, levou a repensar os meios de combate a empregar, e que por força da etiologia desconhecida, alheavam o cancro daquelas empregues para as doenças infecto-contagiosas. Por essa altura a contagiosidade dos tumores era posta de lado, sem que nenhum dos agentes microbianos até então apontados resistisse a uma experimentação criteriosa. Para todos os efeitos, era mais fácil vencer uma doença de agente etiológico conhecido, como sucedia com a tuberculose, do que uma outra cuja causa continuava a ser um esquivo enigma.

A classe médica sabia que o êxito dos tratamentos se encontrava na relação directa com a precocidade do diagnóstico. A terapêutica, por mais vanguardista que fosse, dependia grandemente da capacidade de intervir em tempo útil, daí que o segundo eixo estratégico colocado na frente das políticas anticancerosas fosse o factor precocidade. E se a responsabilidade dos médicos neste capítulo era incontornável, quando por vezes eram os responsáveis por um diagnóstico incorrecto, a maior responsabilidade passava para a alçada dos próprios doentes, de quem se esperava agora que partisse a iniciativa de se fazerem observar quando notassem qualquer sinal ou sintoma anormais.

“Neste sentido e com este fim toda a gente deve desconfiar dos endurecimentos não dolorosos do seio, das ulcerações persistentes da língua e dos lábios, dos pequenos tumores cutâneos que aumentam e ulceram, das perturbações digestivas persistentes (sobretudo se se fazem acompanhar de emagrecimento), da aparição, dobrado o cabo dos quarenta anos, duma certa preguiça do intestino e de perdas anormais de sangue, aconselhando-se com um médico sempre que isso aconteça.”⁴⁰⁸

Compreende-se, pois, que o sucesso do combate ao cancro dependesse tanto dos meios que entretanto se difundiam ou aperfeiçoavam, como da atitude do próprio público perante a doença. Com efeito, a luta contra o cancro não pode ser desligada de uma linha de força que povoava a mentalidade higienista dos políticos e principais responsáveis sanitários portugueses. Desde que os princípios higienistas se revestiram

⁴⁰⁷ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 17.

⁴⁰⁸ LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene*. Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 422.

de um quadro legal em 1901, que uma parte do esforço dos poderes públicos se materializou num projecto de prevenção das doenças passíveis de ser evitáveis com recurso a medidas profilácticas, fosse pela educação sanitária, fosse pela adopção de princípios de vida saudável.

Mas enquanto o controle das doenças infecciosas e do alcoolismo eram assunto para prevenção e profilaxia, o fulcro do combate ao cancro assentava mais na eficácia da terapêutica, mesmo em contexto de diagnóstico precoce. Por seu turno, esta terapêutica anti-cancerosa requeria centros de tratamento equipados, competências especializadas, mas também uma organização social capaz de promover o diagnóstico precoce.

As propostas para o diagnóstico atempado e a correcta informação dos cidadãos eram uma constante dos médicos que mais directamente se debruçaram sobre o problema. Feitas mais em círculos académicos do que na tribuna dos jornais, viam recair nas suas competências esta informação ao público, chamando a si a responsabilidade pela sua execução.

Por outro lado, numa altura em que as sociedades de luta contra o alcoolismo e a tuberculose procuravam instruir o público sobre a melhor maneira de evitar estas doenças, mostrando e revolvendo sobre os inconvenientes que delas resultavam, *“Porque não fazer o mesmo a respeito do cancro, verdadeiro flagello da humanidade, mais terrível do que qualquer d`aquellas doenças?”*⁴⁰⁹

Se bem que a educação da população sobre o cancro tivesse começado entre nós em 1907, o problema necessitava ainda de uma abordagem muito mais intensa e desde logo voltada para o diagnóstico precoce. Este desafio assumiu uma acuidade particular na primeira metade do século XX, quando a mortalidade pelo cancro se torna numa preocupação de saúde pública significativa. O objectivo era educar o público de forma a que este fosse capaz de identificar os primeiros sinais da doença, e encorajar o recurso primário ao tratamento médico. Os casos incuráveis eram numerosos, e era habitual recorrer ao tratamento paliativo, tanto no atenuamento da dor através do uso de morfina ou cocaína, como da demais sintomatologia associada.

É por esta razão que alguns médicos se tornam verdadeiros pregadores contra a incúria do cidadão comum, a apatia do público, e inclusive da incúria dos próprios

⁴⁰⁹ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 395.

clínicos. A culpa era colocada na ausência de um diagnóstico precoce, de tal forma que o maior problema em 1908 parecia residia no estado habitualmente avançado da doença, altura em que os afectados finalmente recorriam aos cuidados da medicina.

No dizer do professor de medicina operatória José Gentil, *“Exceptuando os cancros externos, que mais ou menos chegam em bom estado às mãos do cirurgião, de modo a poderem tentar as curas radicais, nos casos de cancros viscerais, compreendendo os do útero, estamos nas circunstâncias de quase todos os países, em que a propaganda no sentido de serem cedo diagnosticados se tem vindo a fazer nos últimos anos; as intervenções, por exemplo, nos cancros uterinos são relativamente pouco frequentes, sendo de esperar que a vulgarização de noções próprias no público e o maior cuidado em observação médica consigam corrigir este estado de coisas.”*⁴¹⁰

Os esforços dos que entretanto se devotaram ao apostolado anticanceroso, renderiam frutos ainda nessa primeira metade de século. Cerca de 25 anos após as palavras de José Gentil, a análise circunstanciada de Luís Adão parece já mostrar uma mudança positiva no tocante à precocidade do tratamento e informação do público, mas toca, se bem que discretamente, na pouca preparação dos médicos generalistas para a realização de um correcto diagnóstico:

*“De regra não se pode dizer, tanto para o cancro mamário como para o dos órgãos internos, que os doentes portadores compareçam nas clínicas numa fase mórbida perante a qual a terapêutica se encontre inteiramente desprovida de recursos. (...) Alguns, todavia, por pusilanimidade ou por negligência e até mesmo por um falso pudôr, demoram o seu exame e aparecem, finalmente, com invasões cutâneas e musculares profundas, contaminados, também os sistemas linfáticos axilares, supra-claviculares e transtorácicos. E é, dêste modo, por indiferença do próprio doente, por característica de intrínseca malignidade ou até por imperícia clínica, algumas vezes, que a cifra do obituário mais se avoluma.”*⁴¹¹

Esta mudança na atitude do doente, expressa numa procura mais precoce da medicina científica em caso de suspeita de cancro, decorreu ao longo de um período em que a

⁴¹⁰ GENTIL, José – “A cirurgia em Portugal.” In *Notas sobre Portugal. Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908*. Secção Portuguesa. Vol. 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908, p. 626.

⁴¹¹ ADÃO, Luis – “Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 20 (14 de Maio de 1933) p. 131. (Sublinhado nosso)

propaganda anticancerosa foi tomando forma; inicialmente com apoio estatal limitado, mas posteriormente muito mais intensa e coordenada pelo Instituto Português para o Estudo do Cancro.

Desde 1925 que a primeira campanha de propaganda foi inicialmente dirigida aos clínicos, informando-os das mais recentes e testadas indicações terapêuticas, como pródromo de uma mais alargada divulgação dirigida ao grande público. Optou-se por fazer uso de material informativo já existente noutros países, distribuindo junto da classe médica portuguesa a tradução do *Essential Facts about Cancer*, publicação norte-americana editada pela *American Society for the Control of Cancer*, que tinha igualmente sido distribuída em largos números pelos médicos dos EUA.⁴¹² A responsabilização pelo papel do médico generalista foi um dos vectores explorados pelo *Boletim do IPO*, onde abundam os exemplos de sensibilização dirigidos aos clínicos, sobretudo na década de 30.⁴¹³

De modo a garantir aos clínicos de todo o país a possibilidade de um exame histopatológico, (gratuito para os doentes pobres) das biopsias ou das peças operatórias, foi disponibilizado esse serviço através dos laboratórios do próprio Instituto, que obedecia ao cumprimento de várias indicações práticas acerca da colheita e remessa de material para analisar.

Se por um lado a informação colocada à disposição dos clínicos os despertava para o problema do cancro, por outro conferia-lhes uma maior possibilidade de realizar diagnósticos precoces, e de remeter os seus doentes aos cuidados do Instituto, com o que se legitimava e reforçava o papel desta instituição no tratamento especializado.

As primeiras verbas afectas ao esforço propagandístico de diagnóstico precoce partiram do Estado, mas sempre no contexto do Instituto, organismo ao qual se destinavam. Contudo, o montante atribuído era manifestamente escasso: da verba de 60.000 escudos proposta em 1925 para financiar o Instituto de Luta Contra o Cancro, 5.000 seriam remetidos mensalmente ao pagamento de uma “(...) *preparadora, à gratificação do assistente e às despesas de publicidade que é necessário fazer para chamar o doente à convicção de que necessita tratar-se.*”⁴¹⁴

⁴¹² Cf. EUA, American Society for the Control of Cancer; PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *O que todos devem saber de cancro: manual para toda a gente ler*. Lisboa: IPEC, 1930.

⁴¹³ Os exemplos são variados. Refira-se apenas “A responsabilidade do médico na luta contra o cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 4 (1934), p. 1.

⁴¹⁴ Cf. *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão Nº 109, em 10 de Agosto de 1925, p. 9.

Se bem que o maior esforço de propaganda sanitária tomasse forma mais expressiva a partir da fundação do Instituto, sê-lo-ia sobretudo durante o Estado Novo, o que revela não só a adopção política de um princípio de profilaxia sanitária, mas também de um princípio de profilaxia social. O acesso à informação preventiva e ao diagnóstico precoce mostravam que morrer de cancro podia deixar de ser uma fatalidade, à semelhança do que se ia passando com cada vez mais doenças: “*Julgamos lícito dizer que se pode e se deve fazer profilaxia do cancro, pois, se «não é canceroso quem quer», morrem de cancro, com mais frequência, os imprevidentes, os pusilânimes, os desmazelados e os ignorantes, com afirmou, há alguns anos, Ewing.*”⁴¹⁵

Este princípio profilático, assente sobretudo no vetusto discurso higienista, mas também na perda progressiva do carácter fatalista de muitas afecções preveníveis, traduz-se num empenho não só do poder político, mas também de alguns cidadãos na luta desenvolvida contra problemas coevos, tais como a tuberculose, o sezonismo, as doenças venéreas ou o cancro. As campanhas sanitárias que estão associadas a todos e cada um destes problemas, conformam o paradigma da acção social da medicina e a construção de uma cultura sanitária. Habitualmente, os discursos sobre estes “flagelos” entrecruzavam-se, revelando uma frente profilática comum e sinérgica. Em muitas ocasiões, o discurso médico de matriz mais higienista e preventiva fazia uma associação entre o cancro e a sífilis ou até mesmo entre o cancro a tuberculose e a própria lepra,⁴¹⁶ colocando no controle e prevenção destas últimas uma esperança de redução da própria patologia cancerosa. A sífilis, em particular, era considerada precursora de lesões pré-cancerosas, pelo que a erradicação da doença venérea poderia, em muito, atenuar o próprio surgimento do cancro. Esta ideia, com raízes bem entradas no século XVII, assumiu uma nova vida nos anos 20 do século XX, sendo aceite sem qualquer problema pela generalidade da comunidade médica.

As bases deste pensamento provinham não só de alguns estudos franceses bastante famosos na época,⁴¹⁷ mas também das constatações da vida clínica diária, muitas delas

⁴¹⁵ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 107.

⁴¹⁶ D'ALMEIDA, José Nogueira Menezes – *Profilaxia do bacilo de “Koch”: luta contra a tuberculose, lepra e cancro*. 2ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand, 1939. Ao longo de 219 páginas, o autor expõe a ideia que a prevenção e erradicação da tuberculose também seria um poderoso aliado na prevenção de outras doenças, nomeadamente a lepra e o cancro.

⁴¹⁷ Cf. JACQUEMART, L.; PFEIFFER, C. – *Tréponèmes et Néoplasmes*. Paris: Maloine, 1927, e TOURAINÉ, A. – “Syphilis et cancer en Norvège.” *Bulletin de la Société Française de dermatographie et de syphiligraphie*. Nº 4 (Avril 1933), pp. 1-5.

observações empíricas que mesmo assim suportavam esta crença. Recordando algumas constatações clínicas e com base na experiência acumulada ao longo de muitos anos de trabalho, Sabino Coelho reafirmava esta ligação entre cancro e sífilis, em comunicação feita à Academia das Ciências de Lisboa em 1932:

*“Mostrei aos que me acompanhavam em trabalhos ginecológicos, e disse também por escrito, que o cancro do colo uterino é frequentemente precedido de sífilis. Insisti em que o pronunciado carácter crónico das úlceras ligadas à metrite cervical é a razão de ela anteceder mais vezes o cancro do colo do que o de outras regiões. Sustentei a necessidade do tratamento cuidadoso da mesma cervicite com o fim da profilaxia cancerosa.”*⁴¹⁸

Na mesma linha de pensamento se referiram Francisco Gentil e Marck Athias a esta ligação, vendo na profilaxia da sífilis, a prevenção do próprio cancro.⁴¹⁹ O mesmo postulava Bissaya Barreto, acrescentando-lhe a tuberculose, quando dizia que *“A sífilis, saibam-no todos, predispõe ao cancro e à tuberculose.”*⁴²⁰ Imperava a ideia que o cancro era uma doença própria da civilização, ou pelo menos própria de sociedades ditas civilizadas. Por seu turno, a sífilis também o era, se bem que estava rotulada com o carimbo da imoralidade, mais precisamente da impudicícia da sociedade. Por essa razão se assistia a um rosário de demandas de ingerência do poder político neste aspecto particular da saúde pública. A intervenção do Estado em matéria preventiva era solicitada e considerada essencial para alterar o rumo sanitário que se desenhava no seio dessas sociedades:

“De resto, se o Estado quisesse combater e fazer desaparecer as doenças venéreas e em especial a sífilis, fazia excelente profilaxia do cancro. Basta, para o provar, lembrar o caso dos Bazurtos da guerra anglo-Boer, que tem o valor de uma observação experimental. Povo sem cancro, foi contaminado de sífilis, que também desconhecia, por

⁴¹⁸ COELHO, Sabino – “Sífilis e cancro do colo do útero.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano L. Nº 24 (12 de Junho de 1932) p. 199.

⁴¹⁹ Cf. GENTIL, Francisco – “Cancro e sífilis.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 9 (1934).

⁴²⁰ BARRETO, F. B. Bissaya – *Uma obra social realizada em Coimbra*. Vol. I. Coimbra: 1970, p. 769.

*imigrantes Boers, e, passados 20 anos, os médicos já podiam observar carcinomas nesse povo!”*⁴²¹

Apesar de uma eventual conexão em alguns tipos particulares de cancro, a doença era mais lata do que este tipo de afirmações poderia sugerir. Ao contrário da sífilis ou da tuberculose, o cancro não era uma entidade única e/ou contagiosa, mas sim um grande grupo de doenças devidas a causas diversas e de evolução muito diferente. E os médicos também tinham consciência disso.

Identificado e comprovado o aumento da sua frequência, passa a possuir um apelo próprio: era uma doença universal, atravessando transversalmente as barreiras de classe e posição social, mais do que qualquer outra patologia do seu tempo. Não era a doença predominante das classes desfavorecidas, com baixos recursos, ou a viver em situações de insalubridade e malnutrição, como até então parecia ter acontecido com a tuberculose pulmonar ou o tifo. Ao contrário das outras patologias até então referenciais, prevalentes em classes baixas ou miseráveis, e como tal, mais sujeitas a factores adjuvantes de perigosidade, não escolhia vítimas preferenciais do ponto de vista social, e estava a tornar-se no emergente “flagelo” dos tempos modernos, favorecido pelo medo e pela negligência. Não era sinónimo de pobreza, apesar de as más condições de vida e de trabalho, combinadas com uma dieta desadequada e pouco saudável, contribuírem de modo aparente para uma incidência mais elevada entre a população trabalhadora.

Num sentido mais estrito, o controle do cancro era uma área que não se podia comparar às demais doenças prevalentes, requerendo uma orientação própria e autónoma, tanto mais que no dizer de Gentil: *“É tão diferente da tuberculose o cancro, que nada podemos ir buscar à Assistência Nacional dos Tuberculosos, essa organização Portuguesa de tão belas tradições, para orientar entre nós a luta anti-cancerosa.”*⁴²² O pensamento norteador de Gentil rejeitava a “colagem” a projectos ou abordagens de natureza alheia. A sistematização do apoio social deveria provir de organismos diferentes, mentalmente desafectos dos esquemas institucionais tão característicos de outras patologias ainda prevalentes.

⁴²¹ ATHIAS, Marck – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 107.

⁴²² GENTIL, Francisco – “Conferência inaugural do 3º Ano de Reuniões Semanais do Instituto.” *Boletim do IPO*. Vol. 4. Nº 11 (1937), p. 3.

À semelhança do que entretanto acontecia em muitos países, os esforços filantrópicos para o combate ao cancro congregaram-se em redor de associações de pendor benévolo-caritativo, claramente despertadas para a natureza da nova doença e para os novos métodos a utilizar na abordagem médica do cancro. Ao contrário de outros flagelos coevos, como a tuberculose, a sífilis ou o alcoolismo, percebidos sobretudo como doenças associadas à pobreza, o cancro é um perigo social que ataca toda a população, sem qualquer discriminação, ameaçando tanto ricos como pobres. Nestas condições, o enlace filantrópico não se reduzia aos seus alvos sociais habituais, mas visava sobretudo o controle da doença. Neste sentido, a luta contra o cancro interessava tanto às classes dominantes como às menos favorecidas, mas foi inicialmente o recrutamento da elite social que interessou, pelo necessário e indispensável apoio financeiro que poderiam aportar.

Ainda antes da formulação legal do Instituto, já no início dos anos 20 Marques dos Santos propunha a criação de uma comissão capaz de congregar e coordenar os apoios privados destinados à luta contra o cancro, considerando que era a estes, que se impunha o dever moral “(...) *de auxiliarem, à americana, a luta contra essas doenças, fazendo caridade e auxiliando eficazmente o Estado, cujos recursos, evidentemente, não podem chegar para tudo.*”⁴²³ Se nos EUA os principais apoios provinham de fundações particulares criadas por magnates, na Europa, os exemplos filantrópicos partiam da mais destacada elite social. Fazendo uso da sua situação e influência, o patrocínio que algumas casas reais europeias conferiam à luta contra o cancro, permitia-lhes proporcionar receitas avultadas e facilidades sob todos os pontos de vista, inclusive no apoio à investigação. Ontem, como hoje, a filantropia é uma porta para o poder, mas que também servia para projectar poder; um acto cuja dimensão e significado transcendia o acto benemérito em si.

Os melhores exemplos filantrópicos não deixaram de ser notados pela elite social e económica portuguesa, imbuída de um espírito caritativo de beneficência cristã. Sob a esfera da caridade, a relação de proximidade que se estabeleceu entre as necessidades da luta anticancerosa e a filantropia é reveladora de uma ampla interpenetração entre os membros de duas elites: tanto a médica como a social. A primeira, reunia professores universitários que dirigiam os destinos do Instituto, ao passo que a segunda reuniu o

⁴²³ SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 42.

apoio financeiro e/ou político de elementos da sociedade portuguesa da altura, incluindo membros destacados do Estado Novo.

Constituída em 1931, a Comissão de Iniciativa Particular de Luta contra o Cancro foi a primeira organização de solidariedade social para com o doente oncológico em Portugal, estruturada com base no voluntariado e na solidariedade. Esta iniciativa, da autoria de Mécia Mouzinho de Albuquerque e coadjuvada por um grupo de colaboradoras ligadas à elite filantrópica nacional, não negava a matriz feminina e o papel de destaque da mulher portuguesa da alta sociedade no tocante à beneficência pública.⁴²⁴ Esta associação mostra bem os laços que se estabeleceram entre a comissão directora do Instituto e outros membros do campo do poder social português. Estes laços congregavam interesses comuns em campos de influência paralelos, formalizados pelo estabelecimento de uma associação de cariz filantrópico, que permitiu o financiamento de uma fatia significativa das actividades do IPO.

A Comissão tornava-se rapidamente num elemento incontornável de financiamento das diferentes actividades do Instituto, mas também de sensibilização social para a doença, eventualmente o mais importante de todos os papéis desempenhados desde então. Nestes primeiros anos, os nomes dos mais destacados benfeitores para a obra da luta contra o cancro reflectem a prevalência de elites sociais e económicas neste tipo de iniciativas. Carlos Empis, João Ulrich, Condessa de Emo Capodilista, Conde de Azurajinha, Laura Schröter Viana, António Viana, Maria da Nazareth Cardoso e Silva, ou o Marquês de Mendia, são apenas alguns deles. Com efeito, perpetuava-se uma tendência desde sempre costumeira na sociedade portuguesa, e que se desenhara com maior intensidade no século transacto. Desde esses primeiros anos e até 1964, outros nomes de relevo se lhes juntariam, como os de Abilio Lopes do Rego, Maria Luisa Cabral Metello Pinto Barreiros, Jaime Thompson, Jorge de Mello, Calouste Gulbenkian, João dos Santos Ferreira e António Cerqueira.

O apoio da Comissão Particular também privilegiou a formação e investigação, atribuindo verbas para premiar os melhores trabalhos realizados pelos assistentes do instituto em 1937, a par do financiamento integral da *Iª Série de Lições sobre o Cancro*

⁴²⁴ Os nomes são representativos dessa elite filantrópica de proveniência aristocrática: Assumpção Morales de los Rios da Camara, Carlota da Cunha e Meneses da Camara, Condessa de Almoester, Condessa de Avilez, Condessa de Castro, Condessa de Monte Real, Condessa da Torre, Eugénia Manuel, Helena Augusta Vieira, Fernandes de Moura, Magdalena de Martel Patrício, Maria da Conceição de Mello Schiappa de Azevedo, Maria de Sant'Ana Braga Santos Bénard Guedes, Maria Luiza de Vilhena Magalhães Coutinho da Camara. Cf. estes nomes em *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 3 (1934), p. 1.

e seu Tratamento, que decorreu em 1938, reunindo em Lisboa a nata dos investigadores europeus na área da radioterapia. O subsídio atribuído nesse mesmo ano a Manuel Prates para realizar o seu projecto de investigação sobre o cancro nos nativos de Moçambique, é outro exemplo da acção da Comissão Particular. Os cerca de 100 000\$00 que aportou em 1937, e os 200 000\$00 em 1938, são bem expressivos quando comparados com o magro subsídio de 2 740\$00 do Instituto para a Alta Cultura para esse último ano.⁴²⁵

Do recrutamento de voluntários para o acompanhamento dos doentes e das famílias, à edição de cartazes, letreiros e prospectos distribuídos por ocasião do peditório, a Comissão Particular chegou ainda a distribuir pelos professores do país um suplemento especial do Boletim do IPO, a par de um prospecto aos alunos das escolas primárias.⁴²⁶

A organização de peditórios a favor do Instituto aumentou as contribuições financeiras obtidas, e que no seu total atingiam valores muito significativos. Os peditórios nacionais, que começaram a realizar-se às portas das igrejas e cemitérios no dia de finados de 1931, apelavam a um sentimento caritativo de matriz católica que associava a luta contra o cancro à imagem de piedade inspirada pelo canceroso necessitado, no que se revelou muito eficaz. Em 1935, admitia-se que cerca de 20% dos fundos obtidos pelo IPO eram provenientes dos aportes obtidos por interferência directa da Comissão junto dos particulares. Os restantes 80% eram provenientes do financiamento do Estado.

Em 1937 a contabilização acumulada das ajudas financeiras particulares totalizava mais de 2 500 000\$00, provenientes na sua esmagadora maioria das actividades da Comissão Particular (1 624 282\$20), mas também de subscrições feitas em Moçambique (277 906\$60), donativos directamente feitos ao Instituto (613 893\$30), e em menor volume, da Rockefeller Foundation (66 000\$00), e da JEN/IAC (31 700\$00).⁴²⁷

⁴²⁵ Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, pp. 15-16.

⁴²⁶ Cf. os prospectos no *Boletim do IPO*. Vol. 3. N° (1936), pp. 6-7.

⁴²⁷ Cf. “A obra da comissão de iniciativa particular de luta contra o cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 4. N° 12 (1937), p. 3.

Do projecto organizacional apresentado ao Governo em 1937 por Francisco Gentil para o desenvolvimento da luta contra o cancro, fazia parte a constituição de um novo organismo que tomou o nome de Liga Portuguesa de Luta Contra o Cancro.⁴²⁸

Esta Liga, criada pela Portaria nº 9 772 em 1941,⁴²⁹ era independente do IPO, mas funcionava como serviço de apoio integral à causa do combate à doença. As actividades que desenvolveu, organizavam-se em redor de um plano de auxílio directo e indirecto ao Instituto, mormente nas áreas da educação do público sobre o cancro, e na promoção do estudo da enfermidade. Gonçalves Ferreira resumiu-as do seguinte modo:⁴³⁰

- Educação do público sobre o cancro, rastreio dos casos existentes e profilaxia;
- Cooperação com os centros do IPO nas tarefas que estes considerassem prioritárias na luta contra a doença;
- Promoção do estudo do cancro, por trabalhos de investigação, efectivação de reuniões científicas e realização de congressos;
- Estabelecer e manter relações com instituições congéneres nacionais e estrangeiras;
- Organizar o apoio social indispensável aos doentes em regime de ambulatório, lares de doentes e assistência domiciliária.

Financiada através de doações, peditórios regulares ou rendimentos provenientes de activos próprios, a LPCC conseguiu desde sempre contar com um conjunto muito considerável de meios financeiros capazes de suportar sem grandes constricções os seus objectivos programáticos. A elite social que se lhe associava, participava de um filantropismo que não dispensava a publicidade dos actos beneméritos, sobretudo quando estes mostravam de alguma forma o seu poder financeiro em actividades apenas acessíveis a uma escassa franja da população, como foi o caso do cruzeiro a Marrocos realizado em 1953 a favor da Liga. As crónicas desse episódio, publicadas em boa parte da grande imprensa, sobretudo no Diário de Notícias e no Diário Popular, mostram claramente a proveniência e estrato social dos filantropos portugueses.

⁴²⁸ Sobre a LPCC veja-se BERNARDO, Mário Orlando de Matos – *A história da Liga Portuguesa Contra o Cancro e a Fundação do Patrocínio*. Évora: Núcleo Regional do Sul da LPCC, 1994.

⁴²⁹ Cf. a Portaria nº 9 772 que define os estatutos da Liga portuguesa Contra o Cancro, no *Diário do Governo*. 1ª Série. Nº 78, de 4 de Abril de 1941, pp. 317-318.

⁴³⁰ Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p.393.

Por outro lado, a interpenetração entre a Liga e a comissão directora do IPO era total, tanto mais que a primeira direcção da LPCC foi constituída por Raposo de Magalhães na figura de presidente, Mário Neves como secretário e Bénard Guedes como tesoureiro. O controlo financeiro estava, em última instância, nas mãos do Instituto, e assim permaneceu ao longo de várias décadas, mesmo nos anos 50 e 60. Recordemos apenas que em 1953 o administrador do Instituto Joaquim da Silveira Botelho entrou na Liga como tesoureiro, cargo que ocupou até 1974, ou ainda que Bénard Guedes, que desde 1923 fazia parte da comissão directora do IPO, foi inicialmente tesoureiro da Liga, tendo-a posteriormente secretariado por longos anos. Numa fase posterior, a presidência da Liga teria na pessoa de Lima Basto outro destacado membro do Instituto (director clínico), cargo que ocupou até à sua morte, em 1971. A uma delimitação formal de funções e competências, sobrevinha uma comunhão plena nos objectivos e na coordenação do esforço financeiro.

Esta ligação entre organismos de natureza diferente era de facto simbiótica, com os benefícios primários a recaírem sobre o Instituto: o produto resultante dos peditórios, entretanto tornados regulares e alargados a todo o país desde a década de 50, permitiu adquirir terrenos para a construção de um Centro em Évora, bem como comparticipar a aquisição de novos equipamentos de radioterapia em 1954 e 1958, com ênfase particular para a Bomba de Cobalto, a primeira a ser instalada na Península Ibérica. O apoio estendia-se a quase tudo. A própria recolha benévola de sangue a partir de 1950, em benefício do centro de hemoterapia entretanto criado, também recebeu o apoio da Liga, cujo papel se tornou incontornável na vida do Instituto, pilar fundamental do financiamento particular da vida quotidiana desse organismo. Esta trama institucional/financiadora em que assentou a campanha anticancerosa, serviu para dotar o IPO do instrumental necessário à introdução da terapêutica mais dispendiosa, sobretudo da radioterapia.

Se bem que havia outros apoios particulares, a expressão da Liga na angariação e canalização desses recursos financeiros era quase completa. Outros apoios institucionais passavam igualmente pela LPCC, caso da Fundação Calouste Gulbenkian. O apoio desta obedeceu a duas fases distintas: até 1963 fazia-se através de donativos à Liga, passando desde então a realizar-se de modo directo. O subsídio concedido em 1963 foi de facto, muito significativo, contemplando os Centros de Coimbra e Lisboa, bem como

o futuro Centro do Porto, correspondendo aos dois últimos a maior fatia do financiamento.⁴³¹

De facto, o difícil relacionamento entre Francisco Gentil e Azeredo Perdigão (presidente da FCG) manteve-se até à incapacidade do primeiro, altura em que a contribuição da FCG passa a ser consideravelmente maior e decisiva para a concretização de vários projectos seminais do IPO. Numa toada francamente solidária, após receber donativos da Fundação Calouste Gulbenkian, a Liga deu início em 1956 ao serviço de Visitação Domiciliária que prestava assistência médica, farmacêutica e de enfermagem aos cancerosos pobres de Lisboa.

No sentido de apoiar doentes deslocados de outras zonas do país que acorriam ao Instituto, começou nesse mesmo ano a colmatar esse problema crescente com o arrendamento de apartamentos e andares como lares de doentes em tratamento ambulatorio. Algo mais rápida na criação dos seus núcleos do que os próprios centros regionais do IPO, foram sendo criados Núcleos Regionais da Liga no Norte (1963), nos Açores (1964), no Centro (1971), e na Madeira (1987). A descentralização dos apoios parece ter sido uma solução relativamente eficaz para potenciar ainda mais a filantropia; com efeito, esta materializava-se mais facilmente a nível regional, pois era nesse patamar que muitos dos potenciais beneméritos possuíam redes clientelares, não só com o poder político local mas também com o poder económico.

Muito mais tardia do que as suas congéneres europeias entretanto surgidas no período entre-guerras, a LPCC bebeu desde logo os mesmos princípios orientadores às demais associações coevas, sobretudo das congéneres belga e francesa, no sentido de sensibilizar a população e os poderes públicos para uma doença que consideravam ser um problema de saúde incontornável.⁴³² Mostrando um vigor e iniciativa significativos, a Liga destacou-se sobretudo através da promoção e patrocínio de conferências, em paralelo com a arrecadação de fundos. Estes, permitiram a aquisição de terrenos, prédios e equipamentos, com que se instalaram os Centros Regionais do Instituto ao longo dos anos. A actividade mobilizadora dos seus dirigentes, impulsionou a divulgação e projecção social da doença, mas também de si própria. A implicação

⁴³¹ Centro Regional de Lisboa: 5 000 contos, Delegação e Centro de Tratamento de Coimbra: 3 000 contos, Delegação e Centro de Tratamento do Porto (Em organização): 5 000 contos. Cf. *Boletim da Assistência Social*. Nº 151 a 154 (Janeiro a Dezembro de 1963), p. 235.

⁴³² A título de exemplo, a LNCC de França foi criada em 1918, a LSCC da Suíça remontava a 1910, e a LELCC de Espanha foi fundada em 1924.

directa de políticos, industriais, financeiros e outros associados com manifesto poder social e económico, tornou a Liga num poderoso grupo de pressão e numa organização capaz de assumir a luta social contra o cancro, numa relação muito estreita com as necessidades do Instituto, e, por longos anos, sob a sua batuta directa. Vários eram os notáveis do Estado Novo que apoiavam declaradamente a luta contra o cancro através da Liga, forma de actuação benemérita que também trazia boa publicidade para o regime.

Às campanhas públicas levadas a cabo nos anos 20 e 30 contra a tuberculose, as doenças venéreas e o sezonismo,⁴³³ vinha-se-lhes juntar uma nova patologia, que apesar de não se encontrar no rol das doenças contagiosas ou parasitárias, se enquadrava cada vez mais na categoria dos flagelos sanitários. Tão importante como saber diagnosticar e tratar a doença, era igualmente necessário colocar atempadamente todos os atingidos, junto dos meios que entretanto se preparavam para a debelar. Esta percepção da importância fundamental do diagnóstico precoce esteve muito associada à capacidade de divulgação do jornalismo médico, e foi desde sempre assumida por Gentil. Atestam-no a emissão de vários folhetos de divulgação,⁴³⁴ as diversas conferências realizadas por vários médicos em diferentes capitais de distrito, mas sobretudo a fundação de revistas médicas de matriz científica e/ou de divulgação propagandística.

Apesar disso, o principal mentor do esforço propagandístico do Instituto foi Mário Neves,⁴³⁵ jornalista que lhe ficaria ligado longos anos. Começou a colaborar com

⁴³³ Sezonismo: termo que Ricardo Jorge aconselhou para designar, em Portugal, o paludismo ou malária.

⁴³⁴ Cf. PORTUGAL. Instituto Português para o Estudo do Cancro – *O que todos devem saber do cancro. Manual para toda a gente ler*. Lisboa: Instituto Português para o estudo do Cancro, 1930. Trata-se de uma tradução livre dos trabalhos de divulgação da *American Society for the control of Cancer*.

⁴³⁵ Mário Viçoso das Neves, (1912-1993) jornalista do jornal *O Século*, e do *Diário de Lisboa*, funda em Maio de 1945 com José Ribeiro dos Santos a revista *Ver e Crer*. Em 1968 é um dos fundadores do jornal *A Capital* (2.ª série), onde exerce o cargo de director-adjunto até 1971, ano em que abandona a profissão. Enquanto correspondente na Guerra Civil Espanhola, assistiu à chacina que as tropas falangistas de Franco infligem em Badajoz, experiência que acabaria por relatar no livro “Chacina de Badajoz”. Em 1932 assumiu a direcção dos serviços de Publicidade e Propaganda do Instituto Português de Oncologia, e foi posteriormente nomeado secretário da comissão incumbida de constituir os hospitais escolares de Lisboa e Porto. Nessa qualidade secretariou a missão de estudo chefiada por Gentil Martins a quase todos os países da Europa em 1935. Obteve em 1937, o grau de bacharel em Direito na Universidade de Lisboa, vindo a concluir mais tarde a respectiva licenciatura. Nesse ano realiza uma viagem aos Estados Unidos, visando o estudo do desenvolvimento da propaganda contra o cancro, da administração hospitalar e de construção de hospitais. Posteriormente foi convidado para administrador do Instituto Português de Oncologia (Julho de 1938), cargo do qual pediu demissão em Julho de 1948. Foi também secretário-geral da Liga Contra o Cancro. Ingressou posteriormente nos quadros da Associação Industrial Portuguesa, como chefe dos Serviços de Propaganda Económica, e, após a criação do cargo de director-geral, como seu primeiro titular, até 1972. Em 1974, após o 25 de Abril e o estabelecimento das relações luso-soviéticas, foi o primeiro embaixador de Portugal na URSS, onde permaneceu até 1977, período durante o

Francisco Gentil a partir de 1932, quando assumiu a direcção dos serviços da Secção de Publicidade e Propaganda do Instituto, com vista à intensificação da luta contra o cancro, sendo posteriormente nomeado como secretário da comissão incumbida de constituir os hospitais escolares de Lisboa e Porto. Nessa qualidade secretariou a missão de estudo chefiada por Francisco Gentil a quase todos os países da Europa em 1935, passando por Espanha, França, Bélgica, Alemanha, Holanda, Checoslováquia, Dinamarca, Suécia e Suíça. Em 1937, e no contexto de aperfeiçoamento do aparelho de propaganda, realizou uma viagem aos Estados Unidos, visando o estudo do desenvolvimento da propaganda contra o cancro, da administração hospitalar e de construção de hospitais.

Rapidamente se começaram a realizar conferências um pouco por todo o país, acrescidas da introdução em vários jornais de artigos fornecidos pelo IPO, vários cartazes de diversas dimensões e até um manifesto, com textos idênticos aos que eram publicados pelos países aderentes à UICC.

Os jornais que publicavam com regularidade os artigos remetidos pelo serviço de propaganda eram o *Diário de Notícias*, *O Século*, *Diário de Lisboa*, *Diário da Manhã*, *A Voz*, *O Primeiro de Janeiro*, *Jornal de Notícias*, *O Comércio do Porto*, *Notícias de Coimbra*, *Diário de Coimbra* e *O Setubalense*.

Fora do periodismo generalista, o periódico conimbricense *A Saude*, tornou-se noutro vector importante da educação sanitária das populações acerca do problema do cancro. De larga tiragem e franco alcance social, por ser de distribuição gratuita, este periódico nascido da mão de Bissaya Barreto em 1931, foi pensado para ser um instrumento de higienização dos costumes dos portugueses, numa altura em que era ainda necessário apostar muito na educação para a saúde. Visando os principais flagelos dos anos 30 e 40, nele se fez uma activa campanha contra a tuberculose, a lepra, o alcoolismo e as doenças mentais, mas também uma interessante e regular divulgação de conferências, artigos traduzidos e conselhos sobre o diagnóstico precoce do cancro, tal como lhe eram remetidos pelo serviço de propaganda do IPO, mas por vezes com a emissão de alguns quadros próprios. (ver a figura 5)

qual exerceu igualmente o cargo de embaixador não residente na Mongólia e na Coreia do Norte. De regresso a Portugal, presidiu à Comissão do Livro Branco dos Negócios Estrangeiros, cargo que abandona em 1982 por ter atingido o limite de idade, aposentando-se pouco tempo depois. Foi titular da Secretaria de Estado da Emigração do V Governo Constitucional (Dec. n.º 91-A/79).

O QUE CONVÉM SABER ACÊRCA DO CANCRO

O cancro não é uma doença contagiosa.

A hereditariedade não possui papel importante no desenvolvimento do cancro humano.

O aparecimento do cancro não constitui perigo irremediável.

O cancro, com algumas excepções, não é doloroso nas primeiras fases.

Os exames periódicos permitem evitar o cancro.

O cancro em princípio é curável.

O cancro exige os cuidados de um médico especializado.

Os únicos métodos de tratamento a adoptar são a **CIRURGIA**, os **RAIOS X** ou o **RADIO**.

As irritações contínuas e prolongadas podem fazer aparecer o cancro.

Figura 5 – “O que convém saber acerca do cancro” A informação contida regularmente no periódico gratuito *A Saude*, incluía a desmistificação de crenças e ideias pré-concebidas. Se bem que o material publicado sobre o cancro era fornecido exclusivamente pelo IPO, por vezes eram elaborados alguns quadros de autoria própria, como este. Apostava sobretudo na educação para a saúde, em particular no sentido do diagnóstico precoce. **Fonte:** *A Saude*. Nº 119-120 (Dezembro de 1935), p.8.

Os instrumentos de divulgação própria surgiram em 1932. Reproduzindo uma prática corrente a nível internacional, um dos elementos mais utilizados na propaganda do Instituto era o próprio *Boletim do Instituto Português de Oncologia*, órgão informativo que Mário Neves fundou em paridade com Francisco Gentil, onde se procurava dar a conhecer ao grande público um conjunto de noções fundamentais sobre a doença. Revista editada mensalmente desde 1932 e destinado ao público em geral, tornou-se num instrumento educativo/informativo largamente espalhado pelo continente e colónias. Nele se iam inserindo, além de notícias relativas às diferentes actividades do Instituto, toda uma miríade de artigos de divulgação, quer originais, quer traduzidos a partir do periódico da *American Society for the Control of Cancer (ASCC)*, com a qual se mantinha intercâmbio científico, e pela qual tinha sido emitida uma autorização especial para a publicação de artigos seus. Fundada em 1913 por um pequeno grupo de cirurgiões que viam na intervenção cirúrgica precoce – e mais tarde na radioterapia – a chave para o controlo da doença, esta associação dominou a abordagem terapêutica do cancro na primeira metade do século.

Em muitos aspectos, a política de prevenção e controlo seguida em Portugal emulou directamente as linhas mestras entretanto definidas nos EUA pela ASCC, de tal modo que é possível detectar mais semelhanças entre o caso português e norte-americano do que com outras realidades europeias; seja no tempo cronológico em que tiveram lugar, seja nos alvos visados, seja na intensidade e no modo como a propaganda entretanto foi realizada.⁴³⁶ A ideia que dominou desde o início as campanhas anticancerosas portuguesas foi a detecção e tratamento precoces, elementos que existiram em paralelo com os princípios preventivos do higienismo em voga, sobretudo até meados dos anos 40. Tratar atempadamente, sim, mas também reformar comportamentos e mentalidades relutantes a interiorizar a necessidade de uma observação médica precoce, quer ela fosse necessária ou não. E não se rejeitou criar algum grau de cancerofobia, que de facto existiu e em certa medida se consolidou muito para além da vontade dos médicos.

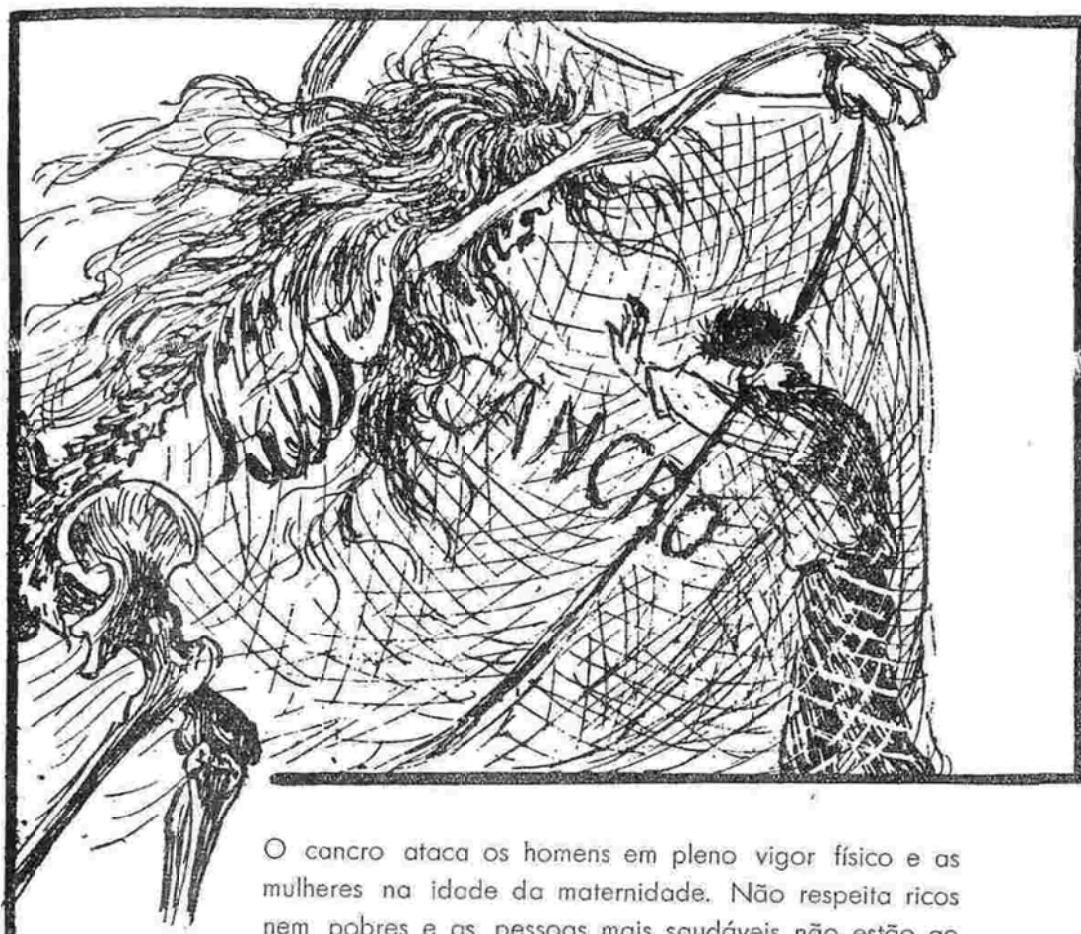
Focando repetidamente todos os aspectos da luta contra o cancro feitos a nível nacional e internacional, no *Boletim* abundava ainda a informação sobre a profilaxia, funcionando ao mesmo tempo como mostruário do trabalho desenvolvido no Instituto. Incluía ainda uma estatística mensal que espelhava a actividade clínica e assistencial. Verdadeiro escaparate da vida diária, iniciativas e realizações do centro anticanceroso,

⁴³⁶ Cf. a realidade norte-americana em CANTOR, David – “Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century.” *Bulletin of History of Medicine*. Special Issue. Vol. 81. Nº 1 (2007), pp. 1-38.

exerceu uma considerável influência sobre a opinião pública, junto da qual pretendia estabelecer uma atmosfera de confiança, capaz de corrigir o pavor inconsciente à doença, as falsas notícias, e a renitência a uma colaboração eficaz.

Apesar de estar muito longe de pretender criar um sentimento cancerofóbico, em certo sentido o *Boletim* também não deixou de dar corpo a um pré-existente estereótipo da doença, aspecto mais visível ao nível de em alguns pequenos exemplos iconográficos. Com as devidas reservas temporais, mas numa toada que privilegiava o impacto visual, algumas das imagens usadas na propaganda anticancerosa do IPO eram por vezes comparáveis, ou pelo menos faziam lembrar, a conhecidíssima série de ilustrações da “Dança da Morte” de Hans Holbein de 1538, onde vários esqueletos corporizando a morte cerceiam a vida humana. Se bem que eram relativamente comuns, este tipo de ilustrações de alto impacto visual estavam mais associadas à tuberculose. No caso do cancro, não eram usadas de forma rotineira, mas quando se incluíam na propaganda, pretendiam representar acima de tudo a necessidade de mentalizar rapidamente o público para a relevância do diagnóstico precoce, aspecto que marcou sempre a iconografia apresentada. (Vejam-se as figuras 6, 7 e 8)

O PERIGO DO CANCRO



O cancro ataca os homens em pleno vigor físico e as mulheres na idade da maternidade. Não respeita ricos nem pobres e as pessoas mais saudáveis não estão ao abrigo das suas garras.

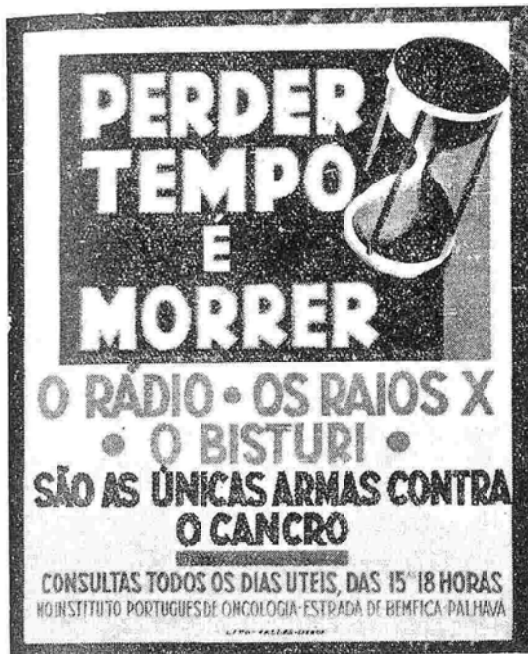
Figura 6 – “*O perigo do cancro*” O uso de imagens de alto impacto como esta não era prática habitual na propaganda em favor da luta contra o cancro, apesar de esta estar na página de abertura de uma das edições do Boletim em 1935. Exceptuando os cartazes, mais informativos e visualmente menos “cancerofóbicos”, eram os artigos de divulgação em publicações periódicas que formavam o grosso do esforço propagandístico. O objectivo era o de despertar a opinião pública para a necessidade de valorizar eventuais sinais da presença da doença e promover os serviços especializados do IPO. **Fonte:** *Boletim do IPO*. Vol. 2. Nº 10 (1935), p.1.



Pequeno cartaz afixado em 1933



Grande cartaz afixado em 1934



Cartaz afixado em 1935



Pequeno cartaz afixado em 1936

Figura 7 – Cartazes (1933-1936). Alguns dos vários cartazes que desde 1933 eram utilizados na promoção do IPO e na mentalização das populações para a doença oncológica. A ênfase colocada na detecção e tratamento precoce é notória, a par da vulgarização do Instituto como referência nesse domínio. **Fonte:** *Boletim do IPO*. Vol. 3. Nº 12 (1936).



Figura 8 – “*O cancro pode ser dominado*” Imagem de 1940 que resume visualmente uma grande parte da vida do IPO no seu labor diário: informar e tratar com recurso às armas terapêuticas à sua disposição. Apenas a vertente de investigação não se encontra aqui representada, se bem que essa talvez fosse a que menos interessaria à generalidade do público-alvo da propaganda anticancerosa. **Fonte:** *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 3 (1940), p. 1.

A partir do momento em que Fernando Namora passa a exercer funções no Instituto como estagiário, logo Francisco Gentil o incumbiu de editar o *Boletim do IPO*, e ainda uma outra revista destinada a dar conta dos avanços científicos, a *Clínica Contemporânea*.

Era através destes instrumentos primários que a secção de Publicidade e Propaganda desenvolvia o seu principal esforço, no que acabaria por ser entretanto coadjuvado pela LPCC. A recolha de fundos, muitas vezes publicitada na imprensa generalista, era-o particularmente no *Boletim*, onde assumiam sempre lugar de um certo relevo, enfatizando-se o espírito benemérito e filantrópico dos respectivos doadores. Alguns, pelo valor avultado das somas dispendidas, obtinham um destaque que ultrapassava largamente as páginas do *Boletim*, sobretudo quando permitiam financiar, de uma penada, projectos inteiros ligados à oncologia. Ao apoio estatal de base

subsidiária e supletiva, renovavam-se com regularidade os pedidos de apoio dos particulares, privilegiando-se uma forma de financiamento complementar dos serviços de saúde e assistência, em consonância directa com os princípios governamentais nessa matéria.⁴³⁷

Mesmo assim, a propaganda do IPO, elaborada no sentido judicioso de promover o diagnóstico precoce, e de mostrar a curabilidade condicional da doença, nem sempre atingiu os seus objectivos pedagógicos. Nos anos 40, era habitual verificar que a maioria da população portuguesa mantivesse uma noção fatalista de incurabilidade do cancro, mesmo que a propaganda estivesse elaborada de modo a transformar o receio em esperança, e a inacção em rápido acesso aos cuidados médicos. Como nos diz Marck Athias, *“Ao passo que a maior parte das doenças são confessadas e delas se fala à vontade e mesmo por vezes com singular complacência, quando se trata do cancro, e apesar de não ser uma doença contagiosa, nem se poder mesmo considerar uma tara familiar, a tendência geral, determinada por um pudor pouco inteligente, é a de esconder a sua existência, é a de mantê-lo secreto, (...) São historiados os cancerosos que morrem, guarda-se silêncio sobre os que foram curados. E isto, como se compreende, vem igualmente reforçar ainda mais a lenda sinistra da incurabilidade do cancro.”*⁴³⁸

Esta mesma impressão se pode colher das palavras de Maria Carolina Silveiro Botelho ao recordar a sua vivência diária no Serviço Social do IPO, aquando da fundação do mesmo em 1948: *“Todo o doente que chegava ao instituto do cancro (não resultava então chamar Oncologia ou Palhavã; o nome era do Cancro, e só isso assustava familiares e pacientes) vinha, ontem como hoje, cheio de enorme angústia – angústia pela vida, pela família ausente, pelo tratamento assustador, pelo hospital desconhecido, em vários casos, pela escassez económica.”*⁴³⁹

⁴³⁷ Os exemplos são vários. O caso particular de Abílio Lopes do Rego é um deles, que por várias vezes doou somas muito significativas ao IPO, ao longo dos anos 40 e 50, tendo inclusive financiado o Laboratório de Radioisótopos, baptizado com o seu nome. *“Do legado feito pelo grande benemérito Abílio Lopes Rego a várias instituições de assistência portuguesa coube a importância de 500 contos ao IPO. Abílio Lopes Rego fez grande fortuna em Angola e distribuiu-a por instituições de cultura, educação e assistência.”*In *Hospitais Portugueses*. Ano 1. Nº1 (Julho a Setembro de 1948), p. 49.

⁴³⁸ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, pp. 18-19.

⁴³⁹ Palavras de Maria Carolina Silveira Botelho proferidas aquando das comemorações dos 50 anos do Serviço Social do IPO em 1998, reproduzidas em BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 61.

Os especialistas acreditavam que uma parte substancial do problema provinha da medicina alternativa que afastava as pessoas da medicina científica, prometendo-lhes uma cura meramente ilusória. Essas alternativas, que recaíam no cômputo da charlatanice, desviavam numerosos doentes cancerosos da rápida procura de assistência médica competente, atrasando o diagnóstico e aumentando o número de incuráveis. Tornava-se assim impossível melhorar as estatísticas, o que constituía um dos principais objectivos da luta anticancerosa.

O problema não era exclusivamente português, como bem notou Athias, mas o exemplo já seguido nos EUA pela activamente empenhada *American Society for the Control of Cancer* contra os curandeiros, charlatães e droguistas, serviu de guia orientador para o que entretanto se realizou e reproduziu em Portugal. A propaganda anti-cancerosa desta colectividade norte-americana contra a medicina não ortodoxa era muito intensa, com uma extensão reconhecidamente maior que a da maior parte dos países europeus, e talvez por isso se seguiu com particular atenção esse modelo, talhado sob o escopo da modernização das mentalidades:

“Não consta que, na Europa, este aspecto do problema tenha sido encarado como é mister que o seja, pois é sabido como, em certos países, os curandeiros ainda exercem largamente e em plena liberdade a sua nefasta acção. A educação do público deve visar, pois, a fazer também compreender os perigos que resultam para os doentes do uso de pomadas, águas, emplastros, ervas e outros paliativos ineficazes, que os fazem perder tempo, quando deveriam, desde o aparecimento de sintomas indecisos ou suspeitos, procurar um médico competente para os aconselhar e tratar sensata e honestamente.”⁴⁴⁰

Por essa razão, as campanhas públicas e os apelos feitos pelos instrumentos propagandísticos oficiais recomendavam à população evitar esses “terapeutas”, considerando a doença curável se fosse detectada precocemente, tratada pela cirurgia e radioterapia, reforçando ao mesmo tempo a confiança nos oncologistas e sedimentando a sua autoridade enquanto únicos e reais especialistas na matéria.

Não era tarefa fácil num país ainda de forte matriz rural, marcado por taxas de analfabetismo elevado e de assistência sanitária muito limitada em largas franjas do interior. Obliterar o charlatanismo era, de facto, uma das tarefas mais difíceis de lograr

⁴⁴⁰ ATHIAS, M.; RAMOS, C. – “Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), p. 123.

no Portugal dos anos 20, 30 e 40, onde a prática do curandeirismo era ainda muito habitual nos meios rurais, mas também com alguma expressão nas cidades de maior dimensão. Com efeito, o problema não era novo e tinha sido assunto repetidamente debatido em vários encontros científicos, acentuando-se sobretudo desde a implementação da República. Um desses exemplos é-nos dado pelo *I Congresso Nacional de Deontologia e Interesses Profissionais*, evento patrocinado da Associação dos Médicos do Norte de Portugal, que se realizou no Porto entre 21 e 24 de Fevereiro de 1912. Uma parte significativa das comunicações apresentadas dedicava-se em exclusivo à sensível temática, indo desde o “Exercício ilegal de medicina”, por Cândido da Cruz, ao “Exercício ilegal da Fisioterapia”, por Jaime de Almeida, ao “Curandeirismo”, por Pimenta de Freire, e ainda aos “Curandeiros e Curandeirismo”, por Américo Pires de Lima.

As intervenções de alguns deputados médicos no círculo parlamentar também atestam a prevalência de um problema que não só se alongou, como parecia fazer parte da matriz cultural do povo português. O assunto encontra-se igualmente bem documentado em descrições que se podem encontrar em algumas teses de licenciatura, documentos onde também se apresentavam amiúde vários casos de más práticas por parte de curiosos não habilitados. Não resistimos a transcrever duas delas:

*“Em 8 de Março caiu duma árvore, fracturando a perna esquerda no terço inferior. A fractura era exposta. Foi para sua casa, e um curandeiro reduziu-lhe a fractura, mas a consolidação não chegou a fazer-se. Desanimado, recolheu ao hospital de Amarante em 8 de Abril, onde o estado grave do membro determinou o assistente a aconselhar a amputação.”*⁴⁴¹

“Um dia principiou o rapaz sentindo muitas dores no hombro esquerdo e ao mesmo tempo impossibilidade, ou antes, dificuldade de movimentos. (...) Nestas circunstancias os pais resolveram mostra-lo a um curandeiro dos seus sítios, que, sem mais nem menos, diagnostica provavelmente uma luxação e tenta nesta hipótese fazer a redução. E assim, agarra-se ao braço do rapaz e principia a faze-lo executar repetidos movimentos de circundução. Isto, está claro, com toda a violência e brutalidade. Sem atenção pelas lagrimas e gritos da creança, o homem transforma uma artrite qualquer numa fractura. Assim, logo apoz as suas manobras, manifesta-se uma grande tumefação do hombro e

⁴⁴¹ AMARAL, Francisco Augusto Monteiro do – *O emprego do iodo nascente em terapêutica cirúrgica. (Método de Louge) Algumas observações feitas no Hospital de Santo António*. Tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Typographia Industrial Portuguesa, 1912, p. 34.

braço e, cerca de 15 dias depois, a pele ulcerava-se, e através do orifício saía um osso. Nesta ocasião consultam já os pais o médico que aconselha o seu internato no hospital de Santo António, onde deu entrada no dia já indicado, na enfermaria n.º 9.”⁴⁴²

Em 1933, Geraldino Brites condensou a realidade do recurso aos curandeiros de forma directa e até sarcástica, ao caracterizar o estado mental daqueles que “*Ouvem com atenção o médico, mas o seu ouvido não é menos atento (...) às exortações da beata, portadora do frasquinho da água milagrenta na moda e das relíquias de propriedades curativas ultra-potentes; aos conselhos do curandeiro profissional e do amador, (...) E é com estes elementos que se exerce a nefanda judicatura, sem poupar o doente às suspeições, às malaventuras que tais conselhos envolvem.*”⁴⁴³

A desinformação causada pelas práticas destes pseudo-terapeutas minava a credibilidade da luta anticancerosa, factor de forte desestabilização dos esforços da medicina científica, aspecto referido com muita frequência. As páginas do *Boletim* serviam amiúde para debelar uma realidade ainda enraizada no seio da sociedade portuguesa, servindo frequentemente como instrumento desmistificador e agente de promoção da medicina científica e de educação para a saúde, face ao que se pode apodar de curandeirismo endémico e de ignorância generalizada:

*“Acusam também o rádio e os raios X de fazerem mal e só mal aos doentes cancerosos, queimando-os e tirando-lhes força para resistirem ao cancro! Os autores destas campanhas permitem-se atribuí-las a médicos!! Não é verdade, o meio médico português é culto e isso garante a falsidade da acusação, são processos usados e proveitosos só para curandeiros.”*⁴⁴⁴

No passado de muitos doentes incuráveis que compareciam, enfim, diante do médico, havia um longo rosário de toda a espécie de curandeiros, de bruxos, de mulheres de virtude e de charlatães pseudo-cientistas. Os recursos eram assaz extensos: desde drogas miraculosas de receita secreta, casca de bétula, esponjas de radiação atómica e outros

⁴⁴² AMARAL, Francisco Augusto Monteiro do – *O emprego do iodo nascente em terapêutica cirúrgica. (Método de Louge) Algumas observações feitas no Hospital de Santo António*. Tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Typographia Industrial Portuguesa, 1912, p. 42.

⁴⁴³ BRITES, Geraldino – *O médico e o ambiente social*. Coimbra: Instituto de Estudos Livres, 1933, pp. 15-16.

⁴⁴⁴ “As campanhas contra o Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 2 (1940), p. 2.

tantos sortilégios, de tudo se serviam para atrasar o recurso à medicina científica. Mesmo para os que se apresentavam no Instituto, a taxa de abandono dos tratamentos propostos era preocupante, uma realidade que se prolongou por longos anos, como é possível aduzir a partir dos resultados apresentados por alguns trabalhos de natureza revisionista.⁴⁴⁵

Ainda antes da introdução de medidas legislativas severas contra a prática ilegal da medicina, o que só teriam lugar em 1942,⁴⁴⁶ a luta contra o cancro emulou de forma muito directa o combate ao charlatanismo. Este era denunciado como “*assassino*” e “*negócio escuro*”, contra o qual o público devia ser protegido por legislação adequada. A análise do *Boletim do IPO* permite obter constatações interessantes sobre esse assunto, que sendo tema muito frequente e até obrigatório antes dessa data, se vai tornando cada vez menos referido daí em diante, em relação inversa com a eficácia da propaganda e da legislação protectora do exercício da medicina.

Não se perderam, contudo, o recurso às práticas não científicas, medicamentos milagrosos ou a mezinhas de toda a espécie. A vivência dos médicos de província permitia continuar a relatar um obscurantismo quase perene, e que por longo tempo esteve imbricado na vivência do homem português do interior profundo.⁴⁴⁷ O assunto também era pontualmente referido por Gentil em alguns dos poucos discursos públicos que ainda proferiu nos inícios da década de 50,⁴⁴⁸ nas diversas revistas de imprensa realizadas no *Boletim*, ou ainda em artigos de opinião e comentários que ainda era possível encontrar tão tarde como em meados da década de 60.

Por outro lado, tão perniciosas como as práticas charlatanescas eram as descobertas pseudo-científicas de tratamentos específicos que surgiam periodicamente na imprensa,

⁴⁴⁵ Cf. a revisão de 533 casos de cancro da mama, 97 dos quais desapareceram sem sequer iniciar tratamento. Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº 1 (1951), p. 4.

⁴⁴⁶ Cf. o DL nº 32 171, de 27 de Julho de 1942, conhecido como a Lei do Exercício da Medicina, que previa e punia como crime o exercício ilegal da profissão.

⁴⁴⁷ O relato das vivências como médico da província, levaram Fernando Namora a escrever alguns textos reveladores da psique do português do interior no país rural no seu relacionamento com os médicos. O propósito pedagógico destes textos, a que subjaz, entre outros, um repúdio pela medicina não científica, levou a que fossem publicados no *Boletim do IPO*. Cf. as “Memórias imaginárias de um médico” ao longo de vários números do *Boletim do IPO* (1951 e 1952).

⁴⁴⁸ “*Mas há que lutar contra o desmazelo, contra a ignorância, contra o charlatanismo, contra a fantasia, e, usando o que há de conquista segura na terapêutica, curar os cancerosos.*” In “Abertura do novo ano académico no Instituto Português de Oncologia” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 11 (1952), p. 2.

da mais credível à mais sensacionalista e panfletária. Essas sim, não pararam de aumentar desde os anos 30, quase até aos dias de hoje.

“E o pior é que estes «descobrimientos», obra por vezes de médicos, são vulgarizados na Imprensa, que contribui assim para dar uma falsa esperança a tantos doentes que poderiam ser salvos pelos meios usuais, se não tivessem tido a infelicidade de ler essas notícias em jornais pouco escrupulosos.”⁴⁴⁹

“Não passa uma semana sem que de qualquer canto do mundo surja um senhor a gritar jubilosamente que obteve resultados surpreendentes na cura do cancro. (...) Decorrem dias e o sistema entra no rol das coisas esquecidas, para ser substituído por outro melhor, cujo destino é o mesmo.”⁴⁵⁰

“Raro é o dia em que a arrepiante palavra cancro, desembainhada com frivolidade por uns tantos, não se imprime nos jornais, quase sempre a propósito de mais um manipulador de quimeras ou de grosseiras interpretações da verdade.”⁴⁵¹

Alguns desses pretensos agentes curativos chegaram a suscitar a troca de correspondência entre os descobridores e os abalizadores dessas descobertas, descobertas essas rapidamente desacreditadas.⁴⁵² Nesse sentido, passava-se em Portugal o que também tomava lugar noutras partes do mundo, onde cada vez com maior frequência os estabelecimentos anti-cancerosos recebiam apelos de doentes, rogando que os salvassem com as drogas miraculosas que as gazetas recomendavam, e outros ainda, pedindo informações sobre aparelhos que os jornais asseguravam capazes de liquidar o problema do cancro, e que na realidade nem sequer existiam.

Com efeito, a campanha sanitária portuguesa contra o cancro assumiu uma assinalável e agressiva luta contra o curandeirismo, processo que incluiu vários artigos

⁴⁴⁹ ATHIAS, M. – “Organização geral da luta contra o cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 4. Nº 2 (1937), p. 3.

⁴⁵⁰ “Revista de Imprensa.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 12 (1952), p. 5.

⁴⁵¹ NAMORA, Fernando – “O romantismo, o público e as doenças.” *Boletim do IPO*. Vol. 30. Nº 3 (1963), p. 1.

⁴⁵² Cf. a descoberta do “milagroso medicamento” por Álvaro Guerreiro, exposta no jornal *República*, de 3 de Abril de 1951, e referida no *Boletim do IPO* do mesmo ano. A troca de correspondência entre o descobridor e a Comissão Directiva do Instituto acabaria por revelar os reais e subliminares propósitos do charlatão. Cf. “O cancro e o seu tratamento.” *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº (1951), p. 6.

nos jornais, revistas, a afixação de cartazes e divulgação de slogans contra esses pseudo-médicos, a par das constantes recomendações a recomendar prudência e cautela, sempre presentes no *Boletim*.

De molde a reforçar esta confiança, as campanhas contra o cancro visavam igualmente informar os médicos generalistas sobre a doença. Aos olhos de numerosos especialistas, a ignorância daqueles podia ser tão perigosa como a dos charlatães: podiam suscitar a confusão da população ou tentar curar a doença de modo desadequado, minando desta forma a autoridade médica que se pretendia estabelecer com o Instituto. As maiores críticas que o estabelecimento recebia do exterior provinham em parte da ignorância generalizada sobre as emanações radíferas, que muitos consideravam prejudiciais à vida dos que morassem perto dos edifícios de Palhavã.

Alguns episódios caricatos demonstram a existência de alguma desinformação médica, sobretudo no tocante à aplicação e armazenamento do rádio,⁴⁵³ tema que também era utilizada pelos que viviam de práticas pseudo-médicas paralelas à medicina científica.⁴⁵⁴ A ignorância ou mera falta de informação sobre este tema prolongar-se-ia por largos anos, mesmo após o pós-guerra, suscitando a publicação regular de artigos e notas de imprensa, da parte do director do Instituto. As propriedades pretensamente radíferas de algumas águas medicinais portuguesas, que a todo custo tentaram usar pretensas informações médicas para vender o seu produto, também foram alvo de regular desmistificação:

*“Não pode obter-se resultado positivo no cancro com as doses contidas nas águas. Outras acções terapêuticas se lhes poderiam atribuir, mas isso não nos pertence. «Beba e cure-se» não deve dizer-se, pois nada até hoje o autoriza. Esta a razão de não podermos ceder à nova tentativa de se usar no IPO a água indigitada, nem de darmos opinião sobre águas contendo rádio ou emanação.”*⁴⁵⁵

⁴⁵³ “Explicava o bom homem terem atribuído na Câmara Municipal a médicos, a informação de ser perigoso viver perto do Pavilhão do Rádio, e tanto que o pessoal desta secção do instituto só poderia viver doze anos.” In “Inconsciência ou ignorância?” *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 9 (1934), p. 7.

⁴⁵⁴ Cf. “O Rádio, os Raios X e as «Boas Almas»” *Boletim do IPO*. Vol 8. Nº 3 (1941), pp. 1-2.

⁴⁵⁵ GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia e as suas responsabilidades.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 10 (1952), p. 1.

Neste contexto, importava convencer os clínicos a assumirem uma atitude prudente e correcta aquando de uma qualquer suspeita oncológica. E não só. Também os farmacêuticos, dentistas, enfermeiras e parteiras eram referidos como promotores da educação do público, pelo papel informativo que poderiam dispensar aos cidadãos.

Para os responsáveis pelo projecto anticanceroso, o sucesso do esforço propagandístico media-se não só pela afluência crescente de casos reportados ao IPO, o que de facto aconteceu desde a sua entrada em funcionamento, mas também pela relação entre aqueles a quem era de facto diagnosticada uma doença oncológica, e os que tendo ocorrido com uma suspeita, não viam esse diagnóstico confirmado. Ainda de acordo com Marck Athias, *“Se (o doente) veio foi porque a propaganda o tornou cauteloso e prudente ao último grau, como aliás nós desejamos. (...) Quanto maior no total fôr o número daqueles que não sofrem de doença neoplásica, quanto maior fôr também o número dos tumores benignos, tanto melhor terão sido os resultados obtidos pela propaganda.”*⁴⁵⁶

Perante os números crescentes de afecções benignas da mama face às malignas, em 1948 Francisco Gentil encarava já o problema das mastopatias sob o ponto de vista da exclusiva profilaxia, uma vez que no registo de 8 342 casos arquivados *“Predominam as lesões benignas, desde há cerca de 10 anos, como demonstração do valor da propaganda de luta anti-cancerosa em Portugal, (...)”*⁴⁵⁷

A utilidade da propaganda implicava que a sociedade civil não se reduzisse à intervenção dos profissionais, sem que no entanto a iniciativa desse esforço formativo e informativo deixasse de ter tido no IPO o seu primeiro e principal agente. A eficácia é mais do que simbólica, uma vez que a mobilização do público é sintomática de uma verdadeira tomada de consciência para o cancro e a necessidade de o tratar atempadamente.

O risco de promover um eventual estado de cancerofobia era assumido pelos responsáveis, mas visto sempre como um mal menor se o número de vidas salvas por este processo for compensador. Nesse aspecto, o voluntarismo e optimismo tecnológico dos médicos sobrepôs-se a qualquer atitude de eventual receio psicológico.

⁴⁵⁶ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, pp. 28.

⁴⁵⁷ GENTIL, Francisco – “Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 20. Nº 2 (1948), p. 138.

*“E não se argumente dizendo que a divulgação científica destes conhecimentos sobre o cancro contribui para espalhar o terror do cancro, a cancrofobia. Este receio, o medo de já não ir a tempo, só é útil, porque esse receio é que pode levar o doente a consultar o médico, a procurar os centros de diagnóstico e tratamento, a vir aqui ao Instituto quando a doença mal começa, no período em que pode ser tratado com as maiores probabilidades de cura.”*⁴⁵⁸

Nunca esse eventual receio atrasou nem diminuiu a escala da propaganda do Instituto, que desde o início se manteve num nível muito comparável ao de vários países que compunham a UICC. Noutros, como foi o caso da Holanda, o receio de implementar uma eventual cancrofobia junto do público atrasou o esforço da propaganda, esforço esse que só se tornou comparável ao do restante contexto europeu e norte-americano apenas nos anos 50.⁴⁵⁹ É verdade que a questão andou sempre no ar, mas para os médicos portugueses foi sempre preferível arrear caminho e deixar essas pseudo-preocupações de lado, tanto mais que

*“O diagnóstico precoce do cancro exige uma população esclarecida, capaz de reconhecer ou de suspeitar os primeiros sintomas da doença. Para ser completamente eficaz a luta contra o cancro, deverá resolver-se o caso o mais depressa possível. Pessoas prudentes salientam que é perigoso amedrontar a população e criar uma fobia do cancro. É preferível morrer de cancro sem o saber ou morrer conhecendo a sua doença?”*⁴⁶⁰

Se bem que o Instituto assumiu e foi concretizando a tarefa informativa desde 1927, foi sobretudo a partir de 1934 que o *Boletim do IPO* passava a publicar em quase todos os seus números os sinais patológicos de alerta, que podiam conduzir ao cancro ou que fossem indício dele. A doutrinação da população tornava-a sentinela de si mesma, inculcando-lhe a necessidade de estar atenta aos primeiros e possíveis sinais da doença.

⁴⁵⁸ MAGALHÃES, João de – “Quatro lições sobre tumores malignos. IV” *Boletim do IPO*. Vol. 3. Nº 4 (1936), p. 5.

⁴⁵⁹ Cf. o atraso das campanhas anticancerosas na Holanda no estudo de SNELDERS, Stephen; MEIJMAN, Frans J.; PIETERS, Toine – “Cancer Health Communication in the Netherlands 1910-1950: Paternalistic Control or Popularization of Knowledge?” *Medizin Historisches Journal*. 41 (2006), pp. 271-289.

⁴⁶⁰ “A Medicina no Estrangeiro (continuação) Sociedade Europeia do Cancro (Sua razão e seus fins) *Jornal do Médico*. Nº 8 (Novembro de 1950), p. 27.

A consciencialização da população é visível não só nos números crescentes dos que voluntariamente se fazem observar no IPO, mas também na crescente percentagem de doentes observados sem qualquer doença detectada. Estas duas tendências mostram o impacto e efeito psicológico das campanhas, além da progressiva tomada de consciência das populações para o problema.

Paradoxalmente, é igualmente interessante notar que a propaganda serviu para reforçar a egrégia reputação e angústia cancerosa, involuntariamente potenciando comportamentos ambíguos que à partida se pretendiam eliminar. Nos anos 50, altura em que a informação sobre a doença oncológica tinha já entrado no senso comum da grande maioria da população, era ainda habitual que os doentes atrasassem a ida ao médico após tomarem contacto com um eventual sinal de alerta, fruto de um temor quase irracional de verem confirmados os receios de serem portadores de uma doença oncológica:

*“Ainda hoje muitas pessoas que, por um critério absolutamente injustificável e por um temor absolutamente incompreensível entre as primeiras manifestações duma lesão que suspeitam ser cancro, em regra não procuram o médico com medo dum diagnóstico afirmativo e esperam sempre o dia de amanhã na esperança de que uma evolução favorável lhes venha modificar e dissipar os seus receios e assim só 6 ou 8 meses depois nos aparecem em condições de uma miséria física que não nos permite já que toquemos e então quando se lhes pergunta: «porque não veio mais cedo?» a resposta é invariavelmente esta: «eu tinha medo que fosse cancro».*⁴⁶¹

O mesmo nos foi transmitido por Fernando Namora, numa alusão feita à doença cancerosa, acompanhada por algum desalento face à angústia e temor que esta ainda causava: *“O homem ou a mulher, ainda que evoluídos, irão ao consultório para averiguar de uma possível alteração da sua saúde, num gesto inteligente de precaução, mas se lhe acenarem com um Centro anticanceroso, passam de largo. Isto não é uma regra, claro está, mas não lhe fica longe. Já uma vez tive ensejo de falar de doenças românticas, como a tuberculose nos seus tempos áureos, que despertam uma atmosfera de solidariedade, de simpatia, e de outras das quais se foge a sete pés, de tanto nos*

⁴⁶¹ RODRIGUES, Álvaro – “O estado actual da luta contra o cancro em Portugal” *Boletim do IPO*. Vol. 21. Nº 3 (1954), p.7.

apavorarem e repugnarem.”⁴⁶² Mas a tomada de consciência fez-se, e disso não restam dúvidas. O sucesso da Consulta Geral de Profilaxia criada apenas em 1963 é igualmente sintomático da consciencialização da população para o diagnóstico precoce; o seu impacto foi tal, que não sendo uma consulta gratuita, existiam listas de espera consideráveis.

Única arma realmente eficaz para induzir o tratamento atempado, a necessidade do diagnóstico precoce foi talvez o único princípio dogmático da política preventiva que se firmou e perdurou no tempo, desde os primeiros anos em que tiveram início das campanhas de informação sobre o cancro, até aos dias de hoje. De tal modo assim foi que nos anos 30 o slogan “*Diagnóstico precoce, cura possível*” era reconhecido e aceite de modo indiscutível, tanto pela classe médica, como por uma parte crescente da população.

Se a protecção da população contra o flagelo do cancro passava pela construção de um dispositivo de tratamento altamente especializado, passava igualmente por uma evolução cultural sanitária, que se inscreve claramente na dinâmica do processo civilizacional analisado por Norbert Elias,⁴⁶³ tal como refere Pinell.⁴⁶⁴ Neste caso, é a LPCC que se implica nas campanhas de diagnóstico precoce, tendo como alvo todas as classes sociais. Apesar de serem campanhas promovidas a nível nacional, inserem-se num quadro propagandístico mais vasto, orquestrado desde 1935 pela *Union Internationale de Lutte Contre le Cancer*, à qual o Instituto aderira como membro fundador desde 1934.

De facto, a gravidade social de que se revestia levava a um esforço informativo significativo, e tanto o IPO como a Liga desenvolveram-no no sentido de transformar o potencial doente, num potencial sentinela. O controlo do cancro passava pela interiorização de novas normas de auto-controle. Neste sentido, importava educar os potenciais doentes, isto é, toda a população, à qual se pedia para se preocupar com as manifestações corporais consideradas anormais, e potencialmente reveladoras da doença. Em suma, promovia-se a mudança do modo como cada indivíduo percebia o seu próprio corpo, tornando-o no seu próprio agente salvador. O Instituto, pela

⁴⁶² NAMORA, Fernando – “Diagnóstico precoce e luta contra o cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 6 (1961), p. 2.

⁴⁶³ Cf. ELIAS, Norbert – *La Civilisation des mœurs*. Paris: Calmann-Lévy, 1975.

⁴⁶⁴ Cf. PINELL, P. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Éditions Métailié, 1992, pp. 300-312.

propaganda realizada, levava ao conhecimento de todos a necessidade de se fazerem observar por qualquer sintoma anormal, fosse ele o mais discreto, mostrando ao público os inconvenientes de fazer protelar essa observação.

Despertar e educar as massas sobre a doença, fazê-las conhecer os meios de tratamento existentes, incentivar a rejeição absoluta dos recursos da medicina paralela e promover a atenção aos sinais de alerta, eis a base da propaganda anticancerosa em Portugal, tal como foi lançada e praticada pelo IPO.

NÃO ESQUEÇAS ESTES CONSELHOS

- 1 — O canceroso tratado a tempo tem grandes probabilidades de curar definitivamente. **DIAGNÓSTICO PRECOCE** significa saúde provável.
- 2 — O canceroso assistido por um charlatão é um doente perdido. Evitar, como se evitam as pragas, os remédios populares contra o cancro: unguentos, tisanas, etc. O seu único efeito é o desperdício de um tempo precioso.
- 3 — A Cirurgia, os Raios «X» e o Rádio são considerados em toda a parte do mundo como os principais meios de cura. As terapêuticas anti-cancerosas de novidade necessitam de muitos anos para verem confirmadas as suas propriedades.
- 4 — O Cancro, no começo, não é doloroso.
- 5 — Todo o indivíduo que apresente uma ulceração ou uma excrecência na pele ou nas mucosas dos orifícios deve fazer-se examinar, **SEM DEMORA**, pelo médico.
- 6 — Todo aquele que verifique uma dureza nos tecidos, particularmente no pescoço, peito, lábios, língua ou no seio, deve recorrer imediatamente a um médico.
- 7 — Sempre que se observe um escoamento anormal de sangue ou de líquido deve procurar-se o médico sem perda tempo.
- 8 — Toda a pessoa que emagrece, sem razão aparente, ou que se queixa de perturbações digestivas, deve ser cuidadosamente examinada.
- 9 — Todo o aumento progressivo de cor ou tamanho de um sinal ou verruga deve ser esclarecido.
- 10 — Toda a rouquidão persistente, tosse inexplicável ou dificuldade de engulir merece vigilância.

(Transcrito do folheto «O cancro é uma doença social», editado pela Liga Portuguesa contra o cancro).

Figura 9 – Conselhos divulgados no folheto de 1953 “*O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo*” editado pela LPCC. **Fonte:** *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 11 (1953), p. 13.

Por meio dos organismos de propaganda, procurava-se elucidar e educar o público, empregando para isso toda a espécie de instrumentos, que iam das publicações especiais aos folhetos, panfletos, desdobráveis, brochuras, artigos de jornais e cartazes, sem esquecer as comunicações e palestras difundidas pela rádio a partir de 1934,⁴⁶⁵ a par de conferências, filmes e exposições. Por alturas dos peditórios, os filmes de propaganda do IPO passavam nos cinemas lisboetas, como o Tivoli, S. Luiz, Cinearte, Eden, Odeon e palácio, e Politeama.⁴⁶⁶ Estes instrumentos reclamavam um duplo objectivo: educar a população para a detecção precoce do cancro, e inculcar a ideia de curabilidade da doença nas suas fases iniciais.⁴⁶⁷

O uso desses meios propagandísticos feito desde a década de 30, foi mais intenso a partir dos anos 40 e sobretudo dos anos 50, desta feita por parte da LPCC. Com efeito, desde os anos 40 que a classe médica portuguesa se vira afectada pelo fulgurante desenvolvimento experimentado pela medicina, a que não era alheia a generalização pela população da *consciência da saúde*, potenciada pelos progressos e reconhecida eficácia da medicina no pós-guerra. Neste contexto, a medicina conectava-se cada vez mais com a vida económica, social e cultural das populações, tornando-se num serviço social que evoluía conjuntamente nos seus aspectos científicos e técnicos com a sociedade. É a denominada *socialização da medicina* que se vai progressiva e inexoravelmente afirmando no contexto internacional, e ao qual o nosso país também não fica imune.⁴⁶⁸

⁴⁶⁵ As primeiras emissões radiofónicas difundidas como parte da luta contra o cancro foram emitidas a 1 de Novembro de 1934 pela Emissora Nacional, o Rádio Clube Português, a Hertziana e a Rádio-Graça. O comunicado emitido encontra-se reproduzido no Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 11 (1934), pp. 1-2.

⁴⁶⁶ Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 8. Nº 8 (1941), p. 5.

⁴⁶⁷ Os exemplos são múltiplos e variados. A título de exemplo vejam-se os seguintes: PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Verdades & erros acerca do cancro*. Lisboa: IPO, 1943; PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Domine e vença o cancro*. Lisboa: IPO, 1943; PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo*. Lisboa: LPCC/IPO, 1953; PORTUGAL, Liga Portuguesa Contra o Cancro – *Liga Portuguesa Contra o Cancro: folheto de propaganda*. Lisboa: Tip. Imp. Libânio da Silva, 1954.

⁴⁶⁸ A permeabilidade do nosso país à *socialização da medicina* reflecte em certa medida o seu forte pendor católico. Note-se que a respeito da socialização escrevia o Papa João XXIII no início da década de sessenta: “A *socialização* é um dos aspectos mais característicos da nossa época. É a *socialização* ao mesmo tempo causa e efeito de uma crescente intervenção dos poderes públicos ainda nos domínios mais delicados: assistência médica, instrução e educação das novas gerações, orientação profissional, métodos de recuperação e de readaptação dos fisicamente diminuídos (...) Não se pode duvidar de que, assim entendida, a *socialização* traz consigo muitas vantagens e benefícios. Permite, com efeito, obter a satisfação de numerosos direitos pessoais, particularmente os chamados direitos económicos e sociais. Por exemplo: o direito aos meios indispensáveis a uma alimentação verdadeiramente humana, à assistência médica, a uma mais alta instrução de base, a uma formação profissional mais adequada, à

O *direito à saúde*, conceito que se desenvolve no pós-guerra e que subjaz ao próprio plano de luta contra o cancro, encontra-se igualmente plasmado na criação do Serviço Social do IPO em 1948 pelo próprio Francisco Gentil. Com o apoio financeiro da Liga, tornou-se uma das faces mais visíveis e distintivas do Instituto, desenvolvendo uma acção de apoio directo, de acordo com a evolução das necessidades dos doentes e do contexto sócio-institucional em que se enquadravam. Joaquim da Silveira Botelho resume lapidarmente o significado deste serviço, integrando-o no contexto sanitário emergente; para este ex-director, a criação do Serviço Social “(...) *significou uma importante contribuição para o cumprimento dos objectivos do instituto, em que o doente ocupa um lugar central, onde ser tratado é um direito e tratar um dever e não um favor.*”⁴⁶⁹, em clara consonância, aliás, com o objectivo último do pensamento de Gentil: o doente.

Esta nova tendência aportava necessidades cada vez maiores no sentido de apetrechar convenientemente as instituições em termos materiais e humanos, de acordo com o progresso técnico e científico realizado nos domínios biomédicos. Se por um lado as diversas campanhas publicitárias procuravam transformar a atitude da população face à doença, também pretendiam reorganizar o modo como os próprios tratamentos eram realizados. Em Portugal, como noutros países, o objectivo era o de criar uma rede nacional hierarquizada para o tratamento do cancro, que tinha no seu topo o IPO.

A 1ª Exposição de Propaganda da Luta Contra o Cancro, realizada em Outubro de 1940 por iniciativa do IPO, funcionou como um instrumento bem visível da necessidade de prevenir e tratar atempadamente a doença, ao mesmo tempo que colocava o Instituto no centro de todas as atenções, fossem elas médicas ou sociais. Era um meio desusado e inédito, que dilatava os habituais meios de difusão publicitária, mas servia igualmente um duplo propósito: informar para a saúde e propagandear o próprio Instituto.

Projectando uma imagem de modernidade sanitária, era igualmente uma forma de promoção do Estado Novo, não tendo faltado na sessão de inauguração a presença do

habitação, ao trabalho, a um repouso conveniente, ao recreio”. E, estabelecendo as normas para encaminhar essa socialização no seu sentido mais útil, termina: “*Se a socialização se fizesse, no domínio moral, segundo as linhas indicadas, não comportaria necessariamente grave risco de abafar os particulares. Pelo contrário, iria favorecer neles o desenvolvimento das qualidades próprias da pessoa humana*”. Cf. IGREJA CATÓLICA. Papa, 1958 - 1963 (João XXIII) – *Mater et magistra*. Lisboa: Edição da União Gráfica, [s.d.].

⁴⁶⁹ BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 60.

Presidente da República e dos ministros das pastas da educação e obras públicas. Situado no Largo do Chiado, numa sala cedida pelo *Diário de Notícias*, os cerca de 15.000 visitantes e a distribuição de milhares de folhetos, constituem um número assaz representativo do impacto do evento junto do público. Para além disso, o destaque que recebeu por parte do dito jornal foi extensivo ao resto da imprensa, que não deixou de introduzir artigos ou notas de imprensa sobre o evento, um pouco por todo o país.



Foto 3 – Aspecto da 1ª Exposição de Propaganda de luta contra o Cancro em Outubro de 1940. Em termos mais latos, esta exposição do IPO pode-se inserir no conjunto de propaganda do regime desse ano, que englobava as Comemorações do Duplo Centenário e o da Fundação da Nacionalidade, expressas na Exposição do Mundo Português. Ao mesmo tempo, aproveitaram-se esses eventos para divulgar as realizações económicas, sociais e culturais do *Estado Novo*, de que o IPO representava um símbolo de modernidade médica e hospitalar. **Fonte:** *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 11 e 12 (1940), p. 6.

Obviamente, o Estado Novo não ignorava a importância da propaganda, da sua legitimidade e utilidade como meio de informar, educar e instruir o espírito público, ao mesmo tempo que fazia do IPO uma bandeira destacada da modernidade médico-científica lusitana. Já o fizera antes, na Exposição Internacional de Paris em 1937,⁴⁷⁰ onde incluía os resultados de recentes investigações de cientistas portugueses, que para

⁴⁷⁰ Sobre a presença portuguesa nas exposições internacionais durante o Estado Novo, cf. ACCIAIUOLI, Margarida – *Exposições do Estado Novo: 1934-1940*. Lisboa: Livros Horizonte, 1998.

além de Egas Moniz e Reinaldo dos Santos, incluía uma destacada referência ao Instituto do Cancro. Fazia-o de novo, a título interno, na exposição lisboeta de 1940.

Os seus censores punham a funcionar a opinião pública a favor do regime, das suas ideias e da sua política, destacando as realizações internas, de tal modo que o apoio à luta contra o cancro permitiria capitalizar beneficentemente a sua própria imagem, ao mesmo tempo que consolidava o estatuto do Instituto a nível interno e externo.

Mas a educação das populações assentava sobretudo noutras vertentes, onde a LPCC se tornara o principal agente divulgador. As publicações da Liga sobre noções básicas de luta contra o cancro começam a surgir a partir de 1942, difundindo-se posteriormente através das Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia. A partir de meados dos anos 50, começou igualmente a solicitar a colaboração do professorado primário para a divulgação da luta contra o cancro. Outra exposição se seguiu em 1954, desta vez itinerante, que percorreu o país em colaboração com uma organização publicitária e onde se distribuíram milhares de folhetos.

Num país com défices evidentes ao nível da socialização da medicina,⁴⁷¹ o cancro era encarado claramente como uma doença social,⁴⁷² sendo uma das poucas áreas em que a mobilização de instituições públicas e privadas obteve algum sucesso. O número de doentes tratados no IPO desde o momento que este abriu portas, cresceu de modo exponencial, colocando problemas de sobrecarga ao espaço físico que lhe fora inicialmente adstrito.

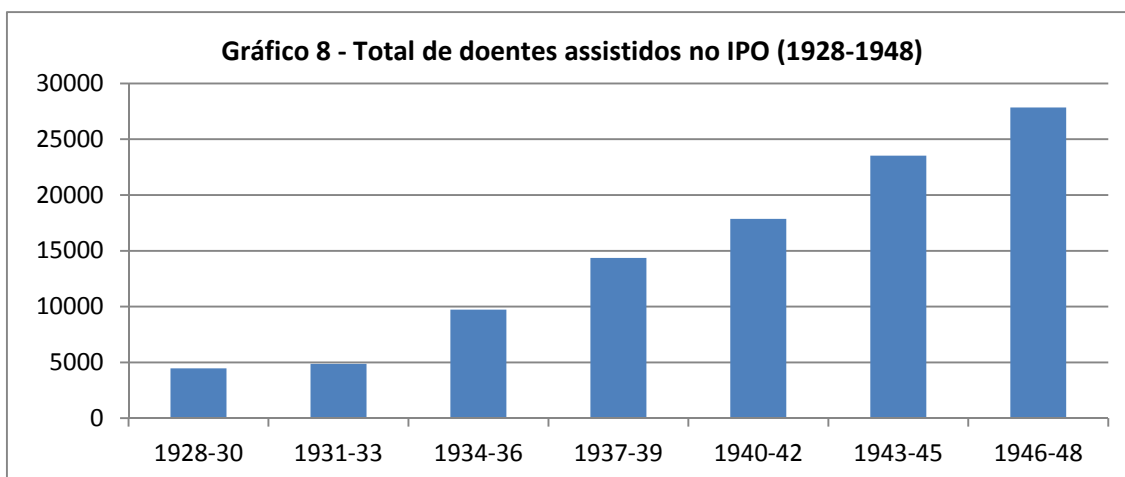
De facto, era a única entidade responsável pelo despiste e tratamento da doença oncológica, bem como pela educação da população, em particular na sua área de implantação distrital. De norte a sul do país, passando pelas ilhas adjacentes e ainda pelas colónias, afluíam a Palhavã e apenas aí, os doentes em busca de tratamento especializado, num período de tempo que durou 50 anos, a maioria dos quais provenientes da grande Lisboa.

Recorrendo directamente ao Instituto, ou sendo-lhe medicamente referenciados, o sucesso do único estabelecimento convenientemente preparado para o tratamento

⁴⁷¹ Mário Bessa, médico e deputado na Assembleia Nacional, não deixou de referir o crónico atraso nacional na socialização da medicina: “*O que se tem feito em matéria de medicina social no nosso país, desde há muitos anos, tem tido a caracterizá-lo um ritmo demasiado lento, gerador deste confrangedor atraso em que nos encontramos.*” In *Boletim da Assistência Social*. Ano 4º Nº 37 a 40 (Março a Junho 1946), p. 29.

⁴⁷² Cf. a propaganda: PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo*. Lisboa: LPCC/IPO, 1953.

oncológico diferenciado, foi imediato, sobretudo entre os doentes, que nele encontravam um paradigma sanitário diferente. O número sempre crescente de doentes assistidos nas instalações de Palhavã é sobejamente revelador dessa tendência. (Ver o gráfico 8)



Fonte: *Boletim da Assistência Social*. Nº 71 a 73. (Janeiro a Março de 1949), p. 63. É nítido o aumento consistente de doentes assistidos a partir de 1933, altura em que entra em funcionamento o Pavilhão do Rádio. Até 1948, altura em que o Pavilhão Hospitalar entra em funcionamento, as instalações tornaram-se claramente insuficientes para dar resposta a um número sempre crescente de doentes, colocando problemas acrescidos de gestão de verbas e de utilização dos espaços. E mesmo depois de inaugurado, também este não demoraria a atingir em poucos anos a sua capacidade máxima de funcionamento.

Entre 1935 e 1938 verificou-se um aumento regular de cerca de 600 doentes por ano, e se compararmos o total de doentes no ano de 1932 (2 402) com o de 1938, verifica-se que em seis anos, a população do Instituto duplicou. Mais importante do que isso é a comparação entre doentes cancerosos *versus* os não cancerosos. Os números absolutos demonstravam um predomínio marcado da afluência de doentes sem neoplasia, (que em 1938 ultrapassou o dos realmente cancerosos) o que pode ser considerado como um indicador significativo do sucesso da propaganda anticancerosa, revelando a reacção do público face à vulgarização dos conhecimentos básicos sobre a doença, mas também da sensibilização dos clínicos que cada vez mais remetiam os afectados aos cuidados especializados do Instituto.

O facto da maioria dos doentes observados ser apenas portador de lesões não neoplásicas e benignas, mostra bem a adesão da população e dos clínicos aos princípios preventivos que preconizavam a avaliação atempada de qualquer lesão suspeita. Os

gráficos apresentados pela própria instituição para o período entre 1945 e 1960 são disso boa prova.⁴⁷³

Mas conquanto tivesse tido sucesso como divulgador da temática do cancro, centro de investigação e uma verdadeira referência no tratamento, a questão do diagnóstico precoce ressentiu-se sempre do alongar excessivo da concretização das novas estruturas regionais de diagnóstico e tratamento.

Em certa medida, o esforço de propaganda do Instituto acabou por impulsionar a necessidade de promover mais rapidamente a luta contra o cancro, pelo acelerar da edificação e apetrechamento dos novos centros do Porto e Coimbra, à muito planeados desde os anos 30 mas não concretizados senão nos anos 60 e 70. Ou seja, serviu também para promover a organização e implementação dos serviços anticancerosos a distribuir pelo país. Colocava-se agora o problema de saber quantas vidas se teriam salvo se o mal tivesse sido diagnosticado a tempo, sabendo-se, como se sabia, que o diagnóstico e tratamento precoces podiam curar um grande número de doentes afectados pela enfermidade. De facto, muitos dos diagnósticos eram feitos tardiamente, quando as possibilidades curativas se mostravam incapazes de debelar a doença; o número de incuráveis era enorme. Na mentalidade médica afecta à cancerologia, era necessário educar a população de tal modo que esta se tornasse o principal elo do combate, inculcando-lhe um sentimento de inquietação quando confrontada com sinais, que na maior parte dos casos não eram dolorosos, nem característicos, nem mesmo preocupantes.

A atitude preventiva face ao cancro assente em hábitos de vida saudável apenas se reavivou em finais da década de 60, recuperando de certo modo o ideário higienista que vigorara quase intacto desde meados de 40. É também naquela altura que o *Boletim do IPO* começa a incluir um número crescente de artigos que apontam o consumo de tabaco e a exposição à radiação solar como factores de risco a evitar num contexto de vida saudável. Ironicamente, a foto de Lima Basto apresentada em 1971 aquando de um artigo de homenagem ao eminente director clínico, expunha-o com um cigarro aceso na mão.⁴⁷⁴

E se a propaganda orquestrada desde finais dos anos 20 colocava a ênfase no risco mortal associado à doença quando não tratada precocemente, também apontava para a

⁴⁷³ Cf. o *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 7 (1961), p. 10.

⁴⁷⁴ Cf. “Homenagem ao Prof. Edmundo Lima Basto” *Boletim do IPO*. Vol. 38. Nº 2 (1971), p. 1.

necessidade imperiosa de recorrer ao seu tratamento especializado, realizado naquele que era o único local dotado das mais recentes inovações terapêuticas em matéria oncológica: o IPO. Neste sentido, a organização social da educação para o cancro, e sobretudo da despistagem precoce, subscreveu um duplo objectivo: através de um programa de propaganda educativa pretendia-se modificar o modo como o indivíduo via o seu corpo, tornando-o num vigilante activo da sua própria saúde; e por outro lado, reforçar o poder curativo do médico especialista nos domínios da oncologia; em suma, medicalizar ainda mais a população à luz de um flagelo social, que tinha no estabelecimento de Palhavã a sua única referência institucional.

A presença activa do discurso médico junto da sociedade exigiu a realização de uma campanha de persuasão constante, dirigida às populações. Neste contexto, a atitude preventiva da luta contra o cancro, elaborada com ênfase na educação sanitária, tornou-se também num dos principais agentes da conquista de uma autoridade científica e de legitimação social da medicina contemporânea portuguesa.

Inicialmente feita através de canais de comunicação informal, como eram os jornais, boletins, panfletos, folhetos e cartazes, tornaram-se progressivamente mais abrangentes, incluindo a partir dos anos 20 a rádio. A repercussão social dos avanços científicos fez-se, em boa medida, através destes expedientes de comunicação de massas, moldando condutas médico-sanitárias em redor de valores que passavam pela auto-vigilância e pelo recurso à medicina científica. Paradoxalmente, em alguns casos o medo do cancro tomou um carácter quase místico, que desembocou numa espécie de cancerofobia colectiva, por vezes apenas quantificável pelo habitual atraso na realização do diagnóstico precoce.

Vemos pois como a medicalização da população portuguesa, já em processo de sedimentação no século XIX, passa a ter no século XX outros instrumentos ao seu dispor: a emergência da cancerologia como especialidade médica e as estratégias de diagnóstico precoce associadas à luta contra o cancro. A propaganda levada a cabo pela Liga com a supervisão do IPO seguiu na íntegra os princípios inicialmente exarados pela ASCC e mais tarde confirmados pela UICC, sem que isso causasse nos responsáveis o receio da cancerofobia.

Vista como um mal menor, a cancerofobia era desvalorizada face às necessidades de formação sanitária de uma população que se queria que fizesse parte de um programa imperioso de saúde pública. Neste desiderato, a educação do público para a luta contra o

cancro acabou por contribuir para a criação de uma consciência sanitária nacional, num país ainda carente de progressos nessa matéria.

3 – A estruturação de um projecto na génese da luta contra o cancro

3.1 – Instituto Português de Oncologia: um projecto fundador sob o signo da modernidade

“E Mestre Gentil permanece porque foi arquitecto, obreiro e dinamizador de uma empresa que desafia um gigante: a luta anticancerosa entre nós. Partindo do nada,(...) usando com sagacidade e altivez a arma do seu prestígio, visto que era príncipe nas hostes da medicina, ergue um Instituto de Oncologia que, pelas suas rasgadas concepção e proporções, nos abria os olhos para a gravidade do problema que se propunha enfrentar, ao mesmo tempo que, atestando a visão de quem o delineara, revolucionava, em Portugal, as perspectivas hospitalares.”⁴⁷⁵

Fernando Namora

Seguir a história de uma instituição anticancerosa permite-nos verificar como evoluíram os diferentes domínios do campo científico, mas também permite compreender como se desenrolou a evolução de uma estrutura no intersector de diferentes relações de conjuntura política e social. O projecto da luta contra o cancro pode inserir-se numa conjuntura maior, que passava igualmente pela necessidade de aperfeiçoamento da função assistencial, onde predominava a concepção hospitalar, e pela criação de condições docentes que permitissem, a par do desenvolvimento científico, uma evolução progressiva na preparação e educação das futuras gerações de médicos. A experiência que Francisco Gentil vivenciara durante o curso de medicina, e ainda nos primeiros anos como médico nos hospitais civis de Lisboa, foram determinantes para os projectos de reforma hospitalar que posteriormente ficariam sob a sua orientação.

Mas no que tocava ao cancro, fazer um decreto não significa automaticamente transformar da noite para o dia a luta contra a doença. Desde o decreto fundador emanado em 1923 que se empreendeu um caminho constante e paulatino na planificação de todo um projecto de luta contra o cancro, onde a figura de Francisco

⁴⁷⁵ Fernando Namora in BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978, pp. 8-9.

Gentil se destacou como símbolo de liderança de um esforço colectivo que ainda hoje continua a ter o seu nome inscrito na própria obra que criou.

A partir do momento em que assumiu os destinos do Instituto, e fruto das condições político-financeiras que conseguiu habilmente garantir, tornou-se no *patron* indiscutível e intocável de um espaço hospitalar que tinha todas as marcas do seu sentido empreendedor. Não pôde realizá-lo no imediato nem na totalidade, fruto da ausência de subscrições públicas e de doações particulares de grande alcance. De facto, será apenas no final dos anos 20 que consegue obter de Oliveira Salazar o financiamento e apoios necessários à erecção dos principais edifícios que haviam de constituir uma estrutura hospitalar especializada, e em todos os sentidos, modelar no propósito a que se destinavam.

Os traços de uma personalidade controladora e autoritária, mas com uma apurada visão de modernidade científica, estão na base de um personagem que soube granjear as amizades políticas e conseguir os meios necessários à consolidação de um projecto, que não sendo exclusivamente seu, lhe devia quase tudo. Esta visão e espírito científico também têm na sua génese o conjunto notável de professores universitários de quem soube beber a influência clara da modernidade e da projecção de uma medicina em rápida mutação. Nomes ainda hoje referenciais nos anais da história da medicina portuguesa, como foram os de Câmara Pestana, José António Serrano, Miguel Bombarda, Curry Cabral, Alfredo da Costa, Ferraz de Macedo, Oliveira Feijão ou Ricardo Jorge; todos contribuíram para a formação de um médico que se distinguiu claramente durante o curso de medicina, e que em breve se tornaria o cirurgião de maior renome em Lisboa. Para além da influência de cariz científico dos mestres que o formaram, existe outro componente a não menosprezar: o da filosofia republicana em torno da higiene e medicina social, que muitos dos seus professores da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa partilhavam e acesamente defenderam. Tudo isto influenciou o seu modo de ver a nova medicina em geral e a luta contra o cancro em particular.

Neste sentido, reconheceu a necessidade de colocar todos os meios, fossem eles económicos, clínicos, higiénicos e educativos, na criação de um ambiente de bem-estar social, de progresso sanitário e de generalização da assistência médica a todos os cidadãos. Isso implicava a adopção de modernas técnicas de medicina social e de educação sanitária, mas que na sua base requeria a adesão formal ao princípio do primado da assistência médica preventiva sobre a assistência médica curativa, mas sem nunca deixar de colocar forte ênfase nesta última. Com efeito, Francisco Gentil

defendeu uma ideia de medicina legitimada pelo espaço laboratorial, mas também uma maior intervenção do Estado na promoção de um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Também fomentou técnicas cirúrgicas ousadas, bem como as novas noções de cirurgia, – a desinfecção, o estudo laboratorial e o apoio directo do anatómopatologista – práticas que em muito permitiram ao Instituto funcionar como verdadeira referência hospitalar em Portugal. Justamente se pode considerar um personagem à frente do seu tempo, com uma visão esclarecida sobre os novos caminhos da medicina e das políticas de saúde do pós-guerra, o que também se tornou patente na escolha e captação dos seus colaboradores mais directos. Esta constatação, mais do que o resultado de uma análise feita *a posteriori*, era igualmente partilhada pelos seus coevos, que apesar de referirem sem reboço o seu temperamento “difícil”, destacavam de igual maneira a sua visão prospectiva.

Bissaya Barreto, que desde 1935 começara a frequentar o Instituto, mas que se correspondia com Gentil pelo menos desde 1932, não deixou de lhe apontar uma certa irreverência, se bem que não deixava de recordar que para além das “(...) *conversas de utilidade científica com o Senhor Professor Francisco Gentil, havia o convívio agradável da sua palestra, por vezes irreverente, mas sempre com interesse.*”⁴⁷⁶

Fernando Namora, clínico rural que Francisco Gentil acolhera no Instituto e nele trabalhou largos anos, não deixou de traçar o perfil de um visionário sem cargos nem responsabilidades governativas, o que não significa que não tivesse tido um respaldo político decisivo ao seu projecto, tanto mais que o projecto anticancerosos suscitou e foi foco de tensões e reticências nas esferas do poder. Mas reconheceu-lhe sobretudo o facto de ter desenvolvido um projecto à altura das necessidades impostas pela patologia oncológica, e com um particular sentido da oportunidade para o concretizar.

Toscano Rico ressaltou o seu carácter “(...) *apaixonado, com um temperamento que lhe tornava o trato, por vezes, difícil.*”⁴⁷⁷ Ao recordar este forte temperamento e personalidade disciplinadora, Luís Botelho definiu-o como “(...) *um homem muito atento, com grande capacidade de assimilação, dominador e um grande cirurgião que, mesmo, com 80 anos ainda se gabava de não lhe tremarem as mãos e de não as ter*

⁴⁷⁶ BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV (2ª ed.) Coimbra: 1959, p. 395.

⁴⁷⁷ RICO, Toscano – “O Professor Francisco Gentil.” *Arquivo de Patologia*. Vol. XXXVIII. Nº 3 (Dezembro de 1966) p. 71.

suadas”.⁴⁷⁸ Com efeito, os seus créditos haviam-no tornado no grande cirurgião da capital, fama que manteve durante cerca de 50 anos, e que em meados dos anos 20 lhe valiam o reconhecimento público e generalizado como “*o nosso grande mestre cirúrgico*.”⁴⁷⁹

Mas seria também pelo sentido humanista e pela preocupação com os cidadãos de menores proventos que ficaria recordado, pela primazia que reservava ao doente oncológico desfavorecido, expressa numa frase sua que ficaria famosa: “*Os doentes que não trazem carta de apresentação são recomendados pelo Director*.” Com efeito, o estatuto do doente/rei era uma novidade quase absoluta, reflectindo as premissas interiorizadas pelo próprio Gentil e explanadas naquilo que considerava serem os “*Superiores interesses dos cancerosos*”.⁴⁸⁰ Este estilo de comportamento ficou associado desde sempre ao Instituto; imagem granjeada de um trato diferenciado, quando em comparação directa com outras realidade hospitalares coevas. Esta atitude derivava, no dizer do próprio director, do facto de: “*os doentes imperarem em toda a vida do Instituto: eles governam nas enfermarias, médicos e pessoal administrativo*.”⁴⁸¹

Esta filosofia não é senão a interiorização dos princípios do hospital “*toutes classes*”, lugar onde “*o senhor do hospital é o doente*”; pensamento hospitalista do pós-guerra que em Portugal só se generalizaria muito mais tarde, com a conclusão em finais dos anos 50 dos novos hospitais escolares de Lisboa e Porto, nos quais a mão de Gentil também se fez sentir, mormente nas áreas da filosofia do tratamento e do planeamento estrutural. Com uma visão eclética do que devia ser a oncologia emergente, lançou ideias e colocou em marcha um projecto que entusiasmou um grupo seleccionado de colaboradores num esforço tendente a conduzir o recém-criado IPEC a um nível comparável ao que de melhor se fazia no mundo.

⁴⁷⁸ “Memórias de uma lenda viva.” *Nova Medicina. Boletim informativo da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*. Ano IX. Nº 16 (2005), p. 14.

⁴⁷⁹ Cf. *Diário do Senado*. Sessão Nº 30, de 27 de Março de 1925, p. 4.

⁴⁸⁰ Cf. GENTIL, Francisco – “Os superiores interesses dos cancerosos.” *Boletim do IPO*. Vol. 15. Nº 7-12 (1948), p. 1.

⁴⁸¹ Cf. “Discurso do Sr. Prof. Dr. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na sessão em que foram entregues diplomas às primeiras enfermeiras da sua Escola Técnica.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945), pp. 199.

Na primeira reunião da comissão directora do Instituto Português para o Estudo do Cancro,⁴⁸² que teve lugar no dia imediato ao decreto fundador, o presidente tratou de dar andamento imediato ao plano que entretanto preparara, organizando o Instituto em cinco secções, divididas pelos cinco directores que constituíam a comissão:

- I – Parte clínica (Francisco Gentil)
- II – Estatística e propaganda (João de Magalhães)
- III – Investigação científica (Marck Athias)
- IV – Secção de anatomia patológica (Henrique Parreira)
- V – Secção de radiologia (Bénard Guedes)

De uma penada, definia-se um plano perfeitamente adequado ao pensamento da época para o combate ao cancro, e do qual ainda hoje somos devedores. Estabeleciam-se as áreas fundamentais para um combate que teria de ser feito em simultâneo nas frentes da clínica oncológica, do ensino médico, da estatística, da propaganda e da investigação de ponta. Tal como o decreto nº 9.333, este plano pode ser considerado pioneiro, uma vez que antecipa em mais de meio século, as definições e orientações provenientes da União Internacional Contra o Cancro e da Organização Mundial de Saúde.

Basicamente, foi traçado com base em princípios muito emergentes e pioneiros para a época, mas com os olhos postos nas bases intemporais de John Howard e Samuel Whitebread, exaradas em 1792 para o Middlesex Hospital. Mas as semelhanças terminavam aí.

Como o próprio Francisco Gentil referiria mais tarde, foram as influências da escola de cancerologia francesa representada por Claudius Regaud, a par dos princípios do *Institut du Cancer* de Villejuif em Paris, das relações com as bases de Handley e do *Radiumhemmet* de Estocolmo, às quais se devia em larga medida a orientação da luta contra o cancro em Portugal. A par destes, acompanhava ainda com toda a atenção outros projectos coevos em fase de instalação, tais como o *Instituto do Cancer do Brasil*, o *Instituto Nazionale Vittorio Emanuele III* em Milão, e ainda a sua congénere argentina em Buenos Aires. Apesar de estar longe dos grandes centros científicos do seu

⁴⁸² Cf. a acta nº 1, reproduzida em BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 19.

tempo, como eram Paris, Berlim ou Londres, não estava de nenhum modo alheado do que nesses centros se passava.

Conquanto o projecto que elaborou fosse da sua autoria, recebeu também a influência do projecto de João Marques dos Santos, no qual se encontravam delineadas as linhas mestras de organização que Gentil também perfilhava, mormente as premissas que atribuíam ao Instituto as diferentes funções de tratamento, ensino e investigação.⁴⁸³

A expansão também estava prevista, mas numa fase diferente da vida do Instituto, quando o centro lisboeta estivesse a funcionar de modo totalmente operante. A ausência de verbas nos primeiros anos, foi factor de certa desconfiança quanto à real vontade política de investir nesta área, ainda mais quando estava planeado um projecto reconhecidamente ambicioso:

“Se conseguirmos construir o Instituto, como o concebemos e vamos apresentar, teremos, para completar a obra de luta contra o cancro em Portugal, de criar dispensários e asilos no Porto, em Coimbra, em Portalegre e no Algarve. E, se o auxilio prestado ao Instituto for suficiente para realizar a obra planeada, a educação, a propaganda e o diagnóstico precoce, como a terapêutica dos casos de neoplasia, devem salvar vidas bastantes para o seu valor económico ser superior ao capital dispendido com a luta contra o cancro.”⁴⁸⁴

No pensamento de Gentil, o exame e tratamento dos doentes implicava o trabalho coordenado de várias especialidades, de diferentes tipos de laboratórios postos ao serviço do diagnóstico e tratamento, da introdução de aparelhos especiais de raios X e do uso de radium, obrigatoriamente inseridos num panorama de abordagem médica colectiva.

A participação regular dos membros da comissão directora nas mais importantes e referenciais conferências e reuniões internacionais dedicadas ao problema do cancro, teve um papel igualmente determinante na consolidação das linhas orientadoras do novo organismo de luta contra o cancro. (ver quadro 14) A formação dos médicos e técnicos, nas suas diferentes especializações, também passou pelo mesmo processo.

⁴⁸³ Cf. o projecto do professor de patologia da Universidade de Coimbra em SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, pp. 15-33.

⁴⁸⁴ GENTIL, Francisco – “O Instituto: plantas e descrição” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), p. 17.

Quadro 14 – Participação de membros da comissão directora e outros colaboradores do IPO em reuniões científicas internacionais (1923-1939)

1923	Congresso do Cancro - Estrasburgo	Francisco Gentil e Marck Athias
1923	Congresso do Cancro - Bruxelas	Francisco Gentil, Marck Athias e Henrique Parreira
1928	Conferência Internacional do Cancro - Londres	Marck Athias
1929	Congresso Hispano-Português de Urologia	Henrique Parreira
1930	Congresso de Patologia Comparada - Genebra	Henrique Parreira
1930	IX Congresso Italiano de Radiologia Médica - Turim	Bénard Guedes
1931	III Congresso Internacional de Radiologia - Paris	Corte-Real
1931	Jornadas médicas da Galiza - Vigo	Francisco Gentil, Henrique Parreira e A. Ródo
1933	Jornadas médicas da Galiza - Lugo	Francisco Gentil, Henrique Parreira e Manuel Prates
1934	IV Congresso Internacional de Radiologia - Zurich	Marck Athias
1935	Jornadas médicas da Galiza - Orense	Francisco Gentil e Henrique Parreira
1935	Semana do Cancro em Vigo	Francisco Gentil e Henrique Parreira
1935	Congresso Hispano-Português de Urologia - Cadiz	Henrique Parreira
1936	II Congresso de Luta Científica e Social contra o Cancro - Bruxelas	Marck Athias e Henrique Parreira
1937	Congresso da Academia Internacional para o Aperfeiçoamento Médico - Berlim	Francisco Gentil, Marck Athias e Maria Teresa Furtado Dias
1938	Reunião da Comissão de Classificação anátomo-clínica dos tumores da UICC - Paris	Henrique Parreira
1939	3º Congresso de Luta Científica e Social contra o Cancro	Francisco Gentil
1939	Jornadas Cancerológicas de Liège	Maria Fernanda Marques, Maria Teresa Furtado Dias e Manuel Prates

Fonte: recolha efectuada a partir das indicações sobre estes eventos, presentes nos periódicos *Arquivo de Patologia* e *Boletim do IPO*.

Em consonância com uma abordagem completa e integrada, o projecto de Carlos Ramos contemplou as linhas traçadas pela comissão directora. Planeado para possuir um pavilhão central e vários edifícios de apoio, incluiria um arquivo, serviços

administrativos, serviços de estatística e propaganda educativa, museu, secção de publicações, biblioteca, sala de conferências, secção de assistência social, consultas, laboratórios de diagnóstico e de investigação, secções de física e patologia experimental (secções de zoologia e botânica), secção de terapêutica com raios X e rádio, um asilo-hospital, um hospital de cirurgia, serviços de anatomia patológica e instalações para as enfermeiras e médicos internos. Teria 14.442 m² de área construída.⁴⁸⁵ A escala de uma estrutura desta natureza implicava um sólido financiamento, extensível a uma adequada manutenção, implicando custos de operação que o sistema hospitalar português conheceu até então.

Eram muitos os elementos que concorriam para tornar o novo hospital numa estrutura dispendiosa: o amplo espaço físico, pensado como “fábrica de cura”⁴⁸⁶ ao estilo preconizado por Claudius Regaud e no qual Gentil se inspirou; e por outro os custos com equipamentos, maquinaria de radioterapia e radium, negociado nos mercados internacionais a preços exorbitantes. Acresciam os custos anuais com o pessoal, e ainda as despesas inerentes à substituição regular dos frágeis e previsivelmente obsoletos equipamentos de radioterapia, cujo preço não parava de aumentar. A rentabilidade era um problema a considerar, mesmo quando se lhe contrapunham os esperados benefícios sociais resultantes da poupança esperada de “muitas vidas”, que de outro modo não se poderiam ter salvo. Nesse aspecto, as estatísticas eram factor de desempate, pesando de sobremaneira na decisão a favor do investimento.

Apesar da multiplicidade de funções atribuídas ao Instituto, e o facto de se considerar o cancro como uma séria ameaça sanitária, não se atribuíram as verbas consideradas fundamentais à execução das estruturas hospitalares. O decreto 9 333 não teve a desejável execução imediata, como aliás se previa. As dificuldades financeiras e alguns entraves no parlamento foram adiando a disponibilização das verbas necessárias. Apesar da existência legal desde 29 de Dezembro de 1923, o IPEC teve ainda de arrastar os seus serviços por enfermarias e laboratórios afectos à Faculdade de Medicina de Lisboa, coisa que já fazia desde 1912. Não só dependia do Instituto de Anatomia

⁴⁸⁵ Para uma pormenorização de toda a estrutura planeada vejam-se as plantas pormenorizadas do projecto em GENTIL, Francisco – “O Instituto: plantas e descrição.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), pp. 15-31.

⁴⁸⁶ Expressão usada por Bergonié em 1923 para resumir o que se esperava dos centros anticancerosos, e que plasmava uma parte do pensamento de Claudius Regaud sobre a organização da luta contra o cancro. Cf. BERGONIÉ, J. – “Comment doivent être organisés les centres régionaux de lutte contre le cancer.” *Paris Médical*. 48 (1923), pp. 146-149.

Patológica da Faculdade, como necessitava ainda dos préstimos do Instituto Português do Rádio para realizar a curieterapia e röntgenterapia profunda dos seus doentes, uma vez que o serviço de radiologia do Hospital de Santa Marta não possuía nem rádio, nem aparelhos ultra-penetrantes, e ainda por aquela instituição providenciar o tratamento gratuito de todos os cancerosos que o IPEC regularmente lhe remetia.

Esta dependência do Instituto em termos de estruturas e serviços, era o resultado de uma organização demasiado interligada com as estruturas hospitalares da faculdade de medicina, de tal modo que nos primeiros anos, e até ao momento em que passou a dispor de um edifício próprio e autónomo, *“O que caracterizou o Instituto Português para o Estudo do Cancro e lhe tem permitido desenvolver-se sem encargo para o Estado, nem dotações especiais, é o aproveitamento e a coordenação dos vários serviços hospitalares e escolares. Quanto à sua estrutura geral aproxima-se mais da organização do Middlesex Hospital de Londres do que da grande maioria das instituições estrangeiras com instalações próprias e independentes.”*⁴⁸⁷

Mas para as múltiplas tarefas e obrigações que se lhe impunham, as instalações da 1ª Clínica Cirúrgica eram repetidamente reconhecidas como insuficientes, tendo servido cumulativamente para o ensino da terapêutica cirúrgica. Em 1925, possuía uma consulta externa, quatro enfermarias, duas salas de operações, dois laboratórios, uma sala de aulas, um museu e alguns anexos.

*“Na consulta externa, especialmente a cargo do Chefe de serviço e de dois assistentes livres, existem duas salas de exame clínico – uma sala para homens e outra para mulheres –, e uma sala para exame dos cancerosos, colheitas de sangue, biopsias e arquivo das observações da consulta. É o laboratório da 1ª clínica que serve a consulta externa do serviço. No serviço há 4 salas de 26 camas, cada sala a cargo de um segundo assistente, auxiliado por um assistente livre. Além disso, o pessoal clínico do serviço garante a assistência nos casos de urgência, levados ao hospital ou ocorrendo em doentes já hospitalizados, às 3ª, 5ª e sábados e nos 1ª e 4ª domingos de cada mês. Cada grupo de dois assistentes tem por semana 24 horas de serviço de urgência, além da assistência clínica da sua sala e do auxílio prestado no ensino dos alunos. (...)”*⁴⁸⁸

⁴⁸⁷ RAPOSO, Luis Simões – “O Instituto português para o Estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), p. 58.

⁴⁸⁸ GENTIL, Francisco – “A 1ª Clínica Cirúrgica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), pp. 2-3.

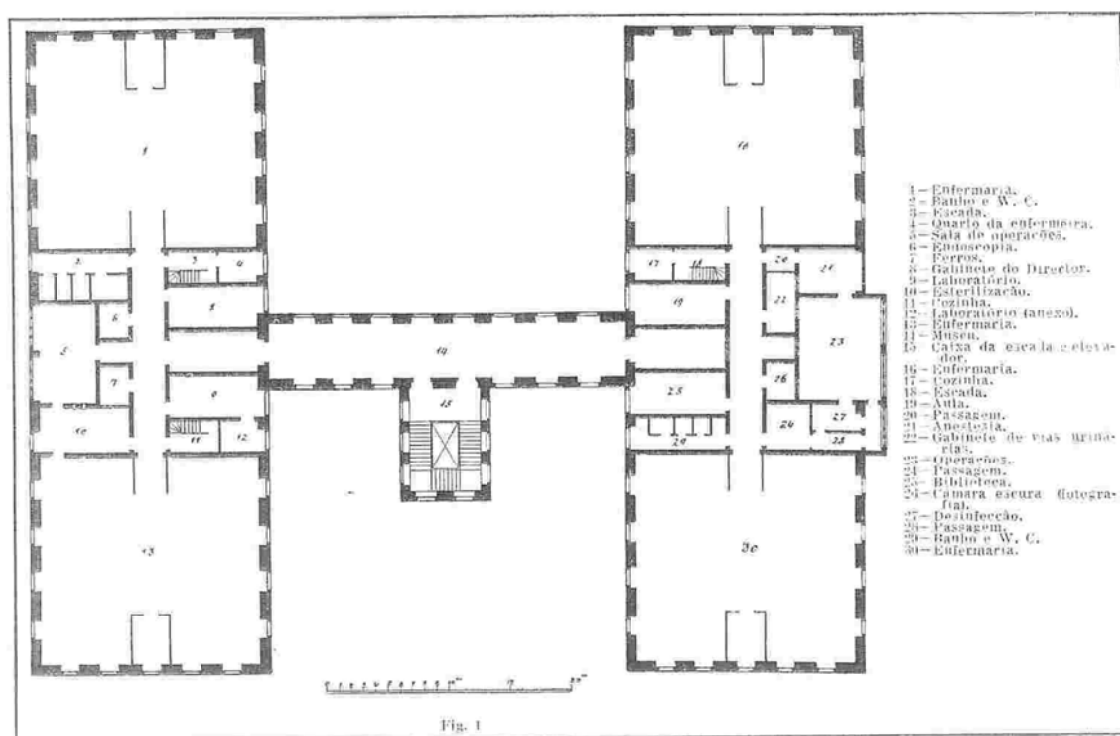


Figura 10 – Planta da Iª Clínica Cirúrgica em 1925, antes das modificações previstas. Trata-se de um serviço com 4 enfermarias de grandes dimensões, a que faltavam quartos de isolamento, salas de diatermia e electrocoagulação, e ainda laboratórios particularmente affectos ao estudo dos doentes oncológicos. **Fonte:** GENTIL, Francisco – “A Iª Clínica Cirúrgica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), p. 19.

A insuficiência do espaço, levou à planificação de várias modificações até que o IPEC pudesse finalmente dispor de instalações próprias. Passariam quatro anos de uma planificação intensa para que se procedesse à inauguração do primeiro pavilhão independente do hospital escolar, onde se começou de facto a prestar assistência médica aos doentes oncológicos. A falta de verbas protelou durante esse período a concretização do projecto, conquanto o ministro que tutelava a pasta da Instrução, e como tal do Instituto, admitisse em 1925 que as estatísticas mostravam a extensão da mortalidade produzida pelo cancro e justificassem a necessidade de manter os organismos entretanto criados, tornando-os em centros de luta contra “*esta terrível doença.*”⁴⁸⁹

Outro problema era a falta de material terapêutico: rádio. Paradoxalmente, cerca de um terço dos que frequentavam a consulta externa do Hospital de Santa Marta não podiam ser convenientemente tratados pelo recurso à telecurieterapia, morrendo sem

⁴⁸⁹ Cf. o *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão Nº 109, de 10 de Agosto de 1925, p. 9.

tratamento “(...) *por terem nascido no único país que exportava rádio até à recente exploração das minas do Congo Belga.*”⁴⁹⁰ Desde os fins de 1923 a Outubro de 1927 tinham-se tratado no Hospital Escolar, com o apoio de entidades particulares, 1122 cancerosos com recurso ao rádio, e 56 com raios X ultrapenetrantes. Mas ao número daqueles que ali acudiam era superior às disponibilidades, sobretudo para os doentes de menores recursos económicos. O tempo de espera podia chegar a ser de duas ou mais semanas, antes que se pudesse aplicar o tratamento pelo rádio.⁴⁹¹

As primeiras verbas para a aquisição dos terrenos de Palhavã foram provenientes do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral, que para tal contraíram um empréstimo na Caixa Geral de Depósitos em Janeiro de 1927, o que permitiu também a construção do primeiro pavilhão.⁴⁹² De novo as conexões políticas permitiram o desbloqueamento de fundos, na pessoa de João Luis Ricardo, do ministro das finanças Sinel de Cordes e de João Ulrich. Os primeiros 4 000 000\$00 foram utilizados para a compra de terrenos e construções necessárias à instalação do Instituto, bem como para a aquisição do material de raios X e o precioso rádio.

A opção por privilegiar a aquisição da aparelhagem técnica e do rádio, levou a uma reformulação do projecto original, quando se reconheceu que a verba seria insuficiente para o concretizar em toda a sua magnitude. O dilema colocado entre a possibilidade de criar os alicerces de um projecto cuja conclusão seria incerta, ou concentrar os esforços disponíveis, foi a pedra de toque que condicionou uma opção forçada por possibilidades financeiras importantes, mas ainda limitadas.

*“A verba era importante e com ela já se podia construir um belo edifício ou lançar os alicerces de toda a obra necessária e arrastar por muitos anos a construção, que ao fim surgiria (quantos anos depois?) já velha em relação aos conhecimentos da época de acabamento do edifício, possivelmente magnífico, mas talvez inútil.”*⁴⁹³

⁴⁹⁰ Preâmbulo que antecede o Decreto nº 13 098, de 24 de Janeiro de 1927.

⁴⁹¹ Cf. o Decreto nº 13 098, de 24 de Janeiro de 1927.

⁴⁹² Cf. o Decreto nº 13 098, de 24 de Janeiro de 1927.

⁴⁹³ Cf. as palavras de Gentil em PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 5.

Os custos do rádio e sua aparelhagem sorveram 1 603 contos, que juntos aos 630 contos necessários aos trabalhos de preparação do terreno e estudos, deixavam muito pouco para dar corpo às demais estruturas hospitalares.⁴⁹⁴ Optou-se então pela construção de dois pavilhões, equipados com aparelhos de rádio e raios X suficientes para tratar todos os doentes previstos. O primeiro, conhecido como Pavilhão A, ficou concluído em seis meses, onde começaram a funcionar os serviços de röntgenterapia, diatermia e o dispensário, a partir de 29 de Dezembro de 1927.

Possuía, a título provisório, quatro cabines de röntgenterapia, uma de radiodiagnóstico, dois laboratórios (um de histopatologia e outro de microanálise) e as salas de consultas. Foram adquiridos 1 800 mg de radium, um aparelho de diatermocoagulação Thermoflux, e ainda dois aparelhos Siemens Reiniger Veifa para aplicação de raios X ultra-penetrante. A compra do dispendiosíssimo radium foi fortemente comparticipada pelo Governo que adquiriu os primeiros 1 500 mg, sendo os restantes 300 mg oferecidos pelo “Radium Belge” através do intermédio e influência de João Ulrich. Apesar de criado pela letra da lei em 1923, só em 1927 pôde o Instituto inscrever e tratar o seu primeiro doente.

Voltado inicialmente para a secção clínica, o tratamento dos doentes absorveu as atenções de todos, dada a urgência de organizar um centro de tratamento eficaz. Apesar da maior pressão assistencial ser proveniente de doentes incuráveis, o impulso profissionalizador do Instituto afastou-o da habitual tradição asilar, inserindo-o num novo modelo hospitalar medicalizado, assente numa concepção da medicina que não se reduzia aos interesses profissionais de cada especialidade. Pelo contrário, o esquema organizacional do centro anticanceroso português era um modelo de colaboração entre áreas distintas mas afins nos objectivos curativos e científicos que perfilhavam, e não tanto um projecto corporativista elaborado para proteger um grupo profissional específico.

Seguiu-se um outro pavilhão, em tudo semelhante ao anterior, e dois anos mais tarde o Pavilhão B encontrava-se terminado. Era o local onde passariam a funcionar as consultas gerais e de especialidade; ginecologia, otorrinolaringologia, urologia e dermatologia. Este último espaço foi igualmente o local onde se instalou a administração, ao tempo, a mesma do hospital escolar. Seria a partir daqui que iriam

⁴⁹⁴ Para uma discriminação dos custos veja-se o Documento N° 10 relativo às despesas efectuadas com a construção e instalação do Instituto até Novembro de 1928 in *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. N° 1 (1930), pp. 61-63.

começar os trabalhos ligados à investigação oncológica, depois da atribuição de novos fundos pela Junta da Educação Nacional.

Conseguidos novos créditos junto do Governo dois anos mais tarde, em 1933, e fruto da sedimentação da radioterapia como instrumento terapêutico, concluía-se o maior de todos os edifícios: o Pavilhão do Rádio, onde se efectuariam os tratamentos de curieterapia. O plano elaborado desde 1926 foi revisto em 1928, fruto do aumento exponencial de doentes atendidos desde a abertura dos primeiros pavilhões. Destinado a doentes provenientes de todos os cantos do país, incluindo as províncias ultramarinas, o espaço disponibilizado pelos dois pavilhões foi-se tornando exíguo para o número crescente de atendidos. A análise da actividade assistencial levada a cabo reflecte o papel da crescente procura por parte dos doentes, elemento decisivo no processo de captação de recursos públicos e privados para a aquisição de novos equipamentos e incremento das infra-estruturas.

A reorientação da planificação das estruturas físicas e materiais, esteve na base de uma viagem realizada por Marck Athias e Carlos Ramos entre Fevereiro e Abril de 1929, com o objectivo de visitar alguns dos principais centros anti-cancerosos da Europa. O percurso delineado permitiu um contacto directo com múltiplas instituições em França, Suíça, Alemanha, Dinamarca, Holanda, Bélgica e Espanha.⁴⁹⁵

O conteúdo do relatório resultante desta viagem fornece-nos um quadro geral sobre o estado da luta contra o cancro no plano europeu, bem como do posicionamento da instituição portuguesa nesse âmbito. A variabilidade era a regra, de tal modo que os processos empregues no combate à doença variavam de país para país, de cidade para cidade, e inclusive dentro do mesmo burgo. Se bem que existia uma ideia genérica sobre a organização e meios técnicos a atribuir a um centro anti-canceroso, as diferenças eram muitas: se alguns eram construídos de raiz, sob a égide de uma orientação médica sensibilizada para objectivos de tratamento e investigação, outros não eram senão o resultado de readaptações e da reformulação de estruturas pré-existentes, aproveitando serviços e dependências de outras instituições, sobretudo de hospitais universitários ou faculdades de medicina. Alguns eram completos, congregando todas as valências, noutros utilizava-se o que já existia para aí realizar serviço anti-canceroso, completando as instalações com o equipamento julgado adequado. Em algumas cidades, apesar dos

⁴⁹⁵ Cf. ATHIAS, M.; RAMOS, C. – “Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), pp. 85-132.

tratamentos cirúrgicos serem feitos nas clínicas hospitalares gerais, criaram-se Institutos de rádio e de radiologia destinados aos tratamentos.

Das palavras dos relatores, é relativamente fácil depreender algum atraso nacional relativamente a muitas destas estruturas já em pleno funcionamento, sobretudo em França e na Alemanha, mas também é de destacar que os problemas de financiamento não eram apanágio exclusivamente lusitano, existindo também nesses países, sobretudo na Alemanha, que se encontrava a braços com o fardo das pesadas sanções económicas decorrentes do pós-guerra. Se alguns centros eram nitidamente modelares, alguns deles ainda em fase de construção, uma parte das estruturas hospitalares desses dois países mostravam as marcas de uma situação financeira por vezes difícil, o que surpreendeu em alguns casos a comitiva portuguesa. A antiguidade e exiguidade dos espaços, a fraca dotação de radium, para além dos evidentes sinais de dispersão de recursos e competências, eram outros dos reparos efectuados ao caso alemão. A descentralização era mais visível em Paris, onde para além dos pequenos serviços anti-cancerosos instalados em vários hospitais gerais, existiam ainda o Instituto do Cancro da Faculdade de Medicina, o Centro Anti-Canceroso da Salpêtrière e a Fundação Curie. A única vantagem aparente deste espartilhar de locais de trabalho, estava na multiplicação de centros de investigação, que se perfilavam sem dificuldade entre os melhores do mundo na altura.

Noutros países, a concentração dos recursos era a norma, sobretudo naqueles de menor dimensão, como a Suíça, a Dinamarca e a Bélgica, descritos e apontados como modelares, onde a participação estatal no financiamento era elevada. O caso espanhol, materializado pelo *Instituto Príncipe de Astúrias*, recolheu igualmente uma opinião muito favorável, por estar em consonância com os mesmos princípios que caracterizavam o plano português.

A reformulação do projecto de Carlos Ramos teve em consideração toda uma série de lições aprendidas ao longo desta viagem, permitindo adequar arquitectonicamente o futuro pavilhão às necessidades impostas pela progressão das tecnologias dos raios X e do rádio, mas também das necessidades de investigação.

O forte investimento que se seguiu em 1931, com recurso a verbas que lhe foram destinadas pelo ministro do interior Antunes Guimarães,⁴⁹⁶ permitiu a construção do edifício que seria durante muitos anos a imagem de marca da luta contra o cancro no

⁴⁹⁶ Cf. o Decreto n.º 19 456, de 7 de Março de 1931.

país: o Pavilhão do Rádio. Quando este inovador pavilhão foi inaugurado, dava-se corpo a uma estrutura realizada de acordo com as normas internacionais de protecção contra radiações de rádio e raios X, estabelecidas em 1928 aquando do IIº Congresso Internacional de Radiologia realizado em Estocolmo.⁴⁹⁷ Estrutura modelar de quatro pisos, o edifício aumentava a capacidade de internamento e tratamento dos doentes, compreendendo enfermarias com quartos de duas, quatro ou seis camas, salas de operações e de consultas, central de esterilização e de radiodiagnóstico, bem como os laboratórios, uma biblioteca, cozinha e alojamentos para o pessoal. A modernidade impressa no equipamento do edifício transmitia uma forte ideia de progresso, que não deixava os jornalistas indiferentes, impressionados que ficaram com “(...) *a maravilhosa sala de operações, verdadeira sinfonia de metais cromados, apetrechada com a aparelhagem mais moderna e mais perfeita; a câmara de radiografias, a sala de extracção de emanção de rádio e de manipulação de moldes, a biblioteca, enfim, - são instalações modelares, onde existe o mais moderno material de tratamento e estudo.*”⁴⁹⁸

Um terraço, que funcionava como solário, completava a estrutura. O objectivo era o de combater pela exposição ao sol as anemias provocadas pelas radiações.

A protecção do pessoal contra as radiações constituiu um problema a que a comissão directora se mostrou particularmente atenta. Não só se seguiram as recomendações emanadas do referido congresso, mas ainda as orientações da Sociedade Radiológica Alemã sobre o modo de proteger os trabalhadores contra substâncias radioactivas, bem como a conservação e armazenamento das mesmas. Foi nestas orientações que se construiu o edifício, tanto na secção destinada aos cofres, à preparação da emanção, ao laboratório de física e de medidas, à preparação da aparelhagem de aplicação e ao próprio monta-cargas de transporte dos aparelhos com radium ou emanção. O isolamento dos laboratórios de investigação científica em que o radium podia ser utilizado, também foi sujeito à aplicação das mesmas normas protectoras.

O objectivo foi desde logo estabelecer condições óptimas, tanto para os doentes como para os profissionais, permitindo ainda todo o trabalho experimental a realizar em torno do radium. O próprio radium, conservado num cofre-forte encontrava-se em lugar

⁴⁹⁷ Vejam-se o capítulo VI das conclusões desse congresso sobre as “Normas para a protecção dos que trabalham com rádio” no anexo 4.

⁴⁹⁸ LOPES, Norberto – “Tem dez anos de vida o instituto Português de Oncologia e inestimáveis serviços prestados à população e à ciência.” *Diário de Lisboa*. (18 de Dezembro de 1937). In *Boletim do IPO*. Vol. 5. Nº 1 (1938), p. 7.

afastado e fechado em células de chumbo de espessura variável, de acordo com a dose de material radioactivo que continham. Nas salas das bombas de extracção e de preparação da solução de radium, o pessoal que trabalhava na vizinhança encontrava-se protegido por forte blindagem. Após numerosos testes, Bénard Guedes concluiu que uma parede de 16 cm de espessura composta por uma mistura de cimento e barita absorvia 95,6% das radiações gama, o que permitiu baratear os custos com as protecções de chumbo, e tornar original a solução construtiva portuguesa. Para as salas que teriam de conter o radium, optou-se então por uma solução que tivesse paredes com esta composição. As paredes filtrantes das radiações possuíam nada menos que 7 camadas: duas externas de reboco com 2,5 cm cada, duas de cimento armado com 7 cm cada, duas de cortiça com 2,5 cm cada, e uma interna de barita com 16 cm de espessura. Estas instalações foram localizadas num rés-do-chão isolado, por filtros, da zona de consulta externa instalada no andar acima, onde ficava a entrada do pavilhão.

O exigente teste realizado por Bénard Guedes à capacidade de protecção conferida pela estrutura física do edifício, mostrou cabalmente a eficácia da mesma para a segurança do pessoal.⁴⁹⁹ A fiscalização das existências do próprio radium também não era menosprezada, como se depreende dos autos e das conferências da existência do dito elemento, que periodicamente se efectuavam.⁵⁰⁰ A eficácia e economia desta solução técnica, inovadora para a época, chegou mesmo a ser aplicada em pelo menos mais dois centros norte-americanos.⁵⁰¹

⁴⁹⁹ Cf. o relatório de Bénard Guedes “Medições feitas com um ionómetro Siemens para conhecer o valor da protecção das paredes do pavilhão do rádio”, reproduzido in GENTIL, Francisco – “O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº36 (23 de Setembro de 1933) pp. 263-264.

⁵⁰⁰ Cf. CARVALHO; A. Herculano de – *Verificação da existência de Rádio*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, pp. 61-66.

⁵⁰¹ “Tivemos aqui o pedido que satisfizemos e recebemos o agradecimento por termos fornecido as condições usadas no pavilhão das radiações, que utilizaram em dois centros. Foi o Dr. Fishbein que indicou a Wilburt C. Davison (North Carolina) e a Perrin H. Long (professor na «State University of New York») – dizendo-se entusiasmado com a solução aqui empregada.” In GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 11 (1952), p. 8.

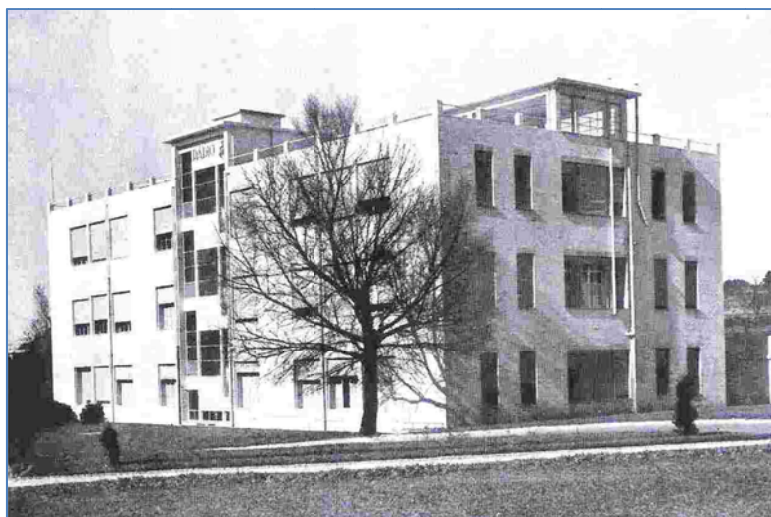


Foto 4 – O Pavilhão do Rádio em 1933.

Três anos após a inauguração deste pavilhão, a radioterapia preparava-se para dar um novo salto, desta vez com a telecurieterapia, cuja instalação se começou entretanto a planear com todo o cuidado, tanto mais que conferia possibilidades terapêuticas muito superiores às da tradicional curieterapia. A vinda do engenheiro Boris Prengel em 1936, serviu para estudar as possibilidades de estabelecer o novo método no Instituto, tal como se estava já a realizar noutros doze estabelecimentos europeus. E nada foi deixado ao acaso, sendo o visitante em questão acompanhado por Marck Athias e Bénard Guedes, tanto mais que se tratava do presidente da Allgemeine Radium A.G. de Berlim, dos Laboratórios Radiogene de Paris, e ainda agente geral do departamento de rádio da União Mineira do Alto Katanga, de Bruxelas.⁵⁰²

A tecnologia ditava claramente a evolução estratégica da luta contra o cancro em geral, e das estruturas físicas do Instituto em particular.

Previa-se que mesmo depois de completado, o Instituto não fosse senão a obra central da luta contra o cancro no país. Com efeito, este trabalho exigia um esforço que apresentava ainda poucos frutos, tendência que urgia rapidamente alterar, como reconhecia Henrique Bastos, ao referir-se em particular ao cancro da próstata, mas que abrangia ainda muitos outros tipos de afecção cancerosa:

⁵⁰² Cf. a secção “Ecos e informações.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIV (1936), p. LXIII.

*“Infelizmente ainda, apesar dos enormíssimos progressos feitos na ciência médica, quanto à patogenia, diagnóstico e terapêutica de muitas doenças, os aturados e inúmeros estudos feitos sobre todas elas, e muito em especial sobre o cancro, nenhuma luz trouxeram ainda sobre a sua patogenia, pouco ou nenhum auxílio ao seu diagnóstico precoce, e nenhum benefício valioso por seguro para a sua cura.”*⁵⁰³

Existia a consciência que o trabalho estava numa fase inicial, e apesar dos progressos entretanto obtidos, o caminho a percorrer era ainda longo e moroso. A questão do diagnóstico precoce exigia também a presença de múltiplos pequenos centros de diagnóstico que pudessem descentralizar a intervenção dos grandes institutos centrais, mais vocacionados para concentrar os dispendiosos meios de tratamento.

Não podendo contar com verbas para uma instalação de centros iguais ao de Lisboa noutras grandes cidades, os dispensários eram encarados como a melhor solução, efectuando o diagnóstico, evitando a hospitalização de casos inoperáveis ou insusceptíveis de tratamento e encaminhando os demais ao tratamento especializado do Instituto.

Neste sentido, o presidente da comissão directora apresentava em 1937 um projecto de organização da luta anti-cancerosa alargado a todo o país. Distribuir-se-iam pelo território continental centros regionais e centros de diagnóstico de doenças oncológicas, vistas como réplicas de menor dimensão do primeiro centro regional do país; ou então departamentos que funcionariam como extensões do Instituto nos futuros hospitais provinciais.⁵⁰⁴ Deram-se início às expropriações necessárias, de modo a preparar os terrenos de Palhavã para a erecção dos vários blocos hospitalares previstos, que ficariam adjacentes às estruturas já existentes.⁵⁰⁵

Mas Gentil manteve-se céptico quanto à rapidez de execução do projecto de alargamento ao resto do país, conquanto estivesse dependente da aprovação e financiamento governamental.⁵⁰⁶ A construção desses novos centros implicaria mais

⁵⁰³ BASTOS, Henrique – “O cancro da próstata.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 13 (26 de Março de 1933), p. 83.

⁵⁰⁴ Sobre os planos para os centros regionais, centros de diagnóstico, Liga e Sociedade de Oncologia veja-se GENTIL, Francisco – “Conferência inaugural do 3º Ano de Reuniões Semanais do Instituto.” *Boletim do IPO*. Vol. 4. Nº 11, (1937), pp. 2-12.

⁵⁰⁵ Cf. o Decreto nº 27 985. *Diário do Governo*. Iª Série. Nº 195, de 21 de Agosto de 1937, pp. 873-874.

⁵⁰⁶ Em 1939, era o próprio que afirmava: “Quando poderá construir-se o que ainda falta para completar o Instituto Português de Oncologia? Tudo foi já estudado e só depende da aprovação do Governo.” In

investimentos, quer em estruturas físicas, quer em equipamentos, quer em laboratórios, quer em rádio, pelo que as constricções financeiras governamentais privilegiaram a concentração de meios no centro lisboeta, relativamente à expansão do projecto pelo restante do país.

Projectado desde 1927 por Carlos Chambers Ramos, o Instituto de Português de Oncologia marcou a própria arquitectura e dinâmica estrutural das instituições de saúde em Portugal. O Pavilhão do Rádio, cogitado após uma viagem feita à Alemanha para visitar centros hospitalares, tornar-se-ia num edifício de pendor claramente modernista, marcando inclusivamente um momento de transição na arquitectura nacional, ao adoptar o funcionalismo racionalista.⁵⁰⁷ Em certa medida, aproveitou-se esta nova arquitectura na construção de uma imagem identitária do Estado Novo, tanto mais que a partir de meados dos anos 30 o IPO se torna numa das mais percorridas *salas de visitas* do regime, mostruário quase incontornável de uma imagem de modernidade que se deseja transmitir não apenas a quem nele é tratado, mas também a quem o visita. A visita obrigatória de personalidades do mundo médico era prática habitual, sobretudo no seguimento de conferências internacionais. Durante uma boa trintena de anos, o Instituto viu passar um desfile extenso de notáveis do mundo científico e político, o que não deixa de ser sintomático da imagem moderna associada a uma área do conhecimento que corporizava a tecnologia de ponta das ciências médicas. Desde a conclusão do Pavilhão do Rádio, o Instituto tornou-se lugar de passagem obrigatório para as eminências médicas e outras personalidades do mundo da política internacional, que incluíam professores universitários, cientistas de renome e até monarcas.

Se por um lado o governo aproveitava para fazer propaganda através desta estrutura médico-científica, “(...) o Prof. Gentil deleitava-se a mostrar as novidades no Instituto”⁵⁰⁸ não raro acompanhando os visitantes vestindo a habitual indumentária

PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 5.

⁵⁰⁷ No dizer de Isabel Bessa, o sentido de modernidade impresso no Pavilhão do Rádio, a par do Instituto Superior Técnico projectado por Pardal Monteiro, são “(...) momentos ainda de transição em que a poderosa linguagem moderna reveste uma composição neoclássica que estrutura espaços pavilhonares ancorados numa alameda central.”, prefigurando o impacto que esta “nova” arquitectura teria na construção da imagem e da identidade do Estado Novo. Cf. BESSA, Isabel Teixeira Dias – “Arquitectura e Memória.” *Revista de História das Ideias*. Vol.16. Coimbra (1994).

⁵⁰⁸ Cf. “Memórias de uma lenda viva.” *Nova Medicina. Boletim informativo da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*. Ano IX. Nº 16 (2005), p. 14. A frequência de personalidades estrangeiras, médicas e não médicas, que visitam o IPO ao longo dos anos 40, 50 e 60, é de facto muito considerável. Vejam-se as referências constantes a tais visitas no *Boletim do IPO*.

branca usada no bloco operatório. Em vários momentos, o IPO era comparado com outros centros anticancerosos europeus, sendo apontado como exemplo de modernidade nos tratamentos implementados e na validade da pesquisa científica efectuada. Também acabaria por sê-lo, em termos hospitalares, enquanto guia precursor das demais instituições hospitalares portuguesas, às quais serviu de exemplo de gestão de recursos, paradigma arquitectónico e modelo funcional.

Com efeito, marcava a diferença face às demais estruturas hospitalares portuguesas da altura, algo muito notado ao fim dos primeiros dez anos de funcionamento:

*“As instalações propriamente hospitalares, (...) podem considerar-se modelares. Os quartos para doentes pobres oferecem todas as comodidades. A higiene é perfeita. E que diferente é a maneira de tratar os doentes, tanto por parte do pessoal médico como de enfermagem, daquela como se tratam noutros estabelecimentos similares que nós conhecemos e que ajudou a criar com razão, no espírito público, o horror do hospital. (...) tudo aquilo é asseado, higiénico, moderno, como num hospital a valer, um desses hospitais modelos que se vêem no cinema em qualquer filme de «blusas brancas», e que não são a fingir, porque existem lá fora exactamente assim. Entre nós... (...)”*⁵⁰⁹

Previa-se desde logo que os centros regionais a criar mantivessem uma estreita relação com o organismo central, para onde enviariam estagiários, de modo a aperfeiçoarem a capacidade diagnóstica dos médicos. Quanto aos departamentos a criar em hospitais provinciais, previa-se que fossem confiados preferencialmente a antigos colaboradores.⁵¹⁰

A questão do diagnóstico era tão premente, que muito antes de estarem sequer estabelecidos os Centros Regionais do Porto e de Coimbra, já no início dos anos 40 se haviam estabelecido dois centros de diagnóstico, um em Peniche, e outro em Leiria, ambos chefiados por dois antigos assistentes do Instituto.⁵¹¹ Outro surgiu posteriormente em Alcácer. Com efeito, se nalguns casos o diagnóstico se podia realizar

⁵⁰⁹ LOPES, Norberto – “Tem dez anos de vida o instituto Português de Oncologia e inestimáveis serviços prestados à população e à ciência.” *Diário de Lisboa*. (18 de Dezembro de 1937). In *Boletim do IPO*. Vol. 5. Nº 1 (1938), p. 8.

⁵¹⁰ Cf. ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 26.

⁵¹¹ Sobre o centro de Peniche, veja-se GENTIL, Francisco – “Centro cirúrgico de Peniche.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 2 (1946), p. 122.

através da clínica, sem recurso a meios diagnósticos dispendiosos e apenas ao alcance das estruturas hospitalares, noutros, eram ténues os sinais e sintomas que poderiam indiciar o desenrolar silencioso da doença. Progredindo e evoluindo com maior ou menor rapidez, desembocavam numa fatal generalização, inacessível à terapêutica disponível. A existência de muitos doentes em fases avançadas e consideradas incuráveis, levou ao apressar a construção de uma nova estrutura que pudesse servir de asilo.

O apoio directo do Estado permitiu o financiamento total da construção de um asilo para assistência aos cancerosos pobres, após pedido da LPCC feito em Dezembro de 1941. O apoio veio de imediato de Duarte Pacheco, na altura Ministro das Obras Públicas e Comunicações, que para além de ter declarado que a obra deveria ser assumida pelo Estado, prometeu o apoio financeiro do Governo através do Comissariado do Desemprego. Foi disponibilizado um subsídio de 80.000\$00, que permitiu a viabilização da estrutura.⁵¹² Apesar das dificuldades na obtenção dos materiais e transportes decorrentes da guerra mundial em curso, o asilo ficou construído em cerca de ano e meio, sendo doado pela Liga ao IPO em 17 de Maio de 1943, e inaugurado pelo Presidente da República.⁵¹³ A realização do Pavilhão D, como também ficou conhecido, destinava-se ao alojamento de 36 doentes com doença em estado avançado, uma concepção próxima da filosofia em que assentam os actuais cuidados paliativos, grave problema que preocupou desde sempre o director do Instituto quando concebeu a sua estratégia anticancerosa:

“Enquanto se não conclui o projecto geral das obras do Instituto Português de Oncologia, está em construção, nos terrenos do Instituto, um pequeno edifício para albergar 36 doentes pobres. Fica, por este pequeno asilo, iniciada a resolução do problema criado pelos doentes pobres que da província afluem a Lisboa, em busca de um tratamento adequado para os seus males. (...) É esta a melhor propaganda que se pode fazer no intuito de estimular o auxílio público para as nossas campanhas. A Liga Portuguesa Contra o Cancro, à qual incumbe agora canalizar o auxílio dos particulares, empregou os fundos disponíveis do Peditório de 1942 na construção deste edifício, procurando resolver, assim, um dos assuntos mais prementes da Assistência Social aos

⁵¹² Cf. *Diário do Governo*. II Série. Nº 179 (3 de Agosto de 1942), p. 4131.

⁵¹³ Cf. *O Século Ilustrado*. Ano VI. Nº 282 (29 de Maio de 1943), p. 28.

cancerosos pobres, que é o problema do seu alojamento, libertando-os de problemas difíceis e penosos.”⁵¹⁴

No tocante à formação específica na área da oncologia, o Instituto teria a função de escola de cancerologia por onde passariam todos os colaboradores distribuídos pelos centros. E, com efeito, o ensino pós-graduado foi uma das principais apostas formativas de Francisco Gentil, que com isso aproveitou para preparar toda uma série de médicos necessários ao desempenho de várias disciplinas médicas ou afins, com o objectivo primacial de suprir as necessidades do próprio Instituto.

Desde 1942, e no contexto da orgânica sanitária do território nacional, o IPO assegurava a luta anticancerosa nos seus múltiplos aspectos, de acordo com a orientação do artº 2 do Decreto-Lei nº 36 600, de 24 de Novembro de 1942, e para isso, um novo e maior edifício foi entretanto projectado. O número crescente de doentes tornou mais difícil a gestão das instalações existentes, cada vez mais exíguas, sendo o elemento que maior pressão colocou na concretização de estruturas mais amplas e produtivas: “(...) *perante a afluência cada vez maior, as instalações do Instituto se vão mostrando já um pouco exíguas. Basta dizer que, para um total de 5.000 doentes anuais, o Instituto só dispõe actualmente (e foi necessário para isso improvisar duas novas enfermarias) de 42 camas. Isto torna verdadeiramente complicado, entre mais alguns, o problema do albergamento, pois que, como sabem, uma grande percentagem dos cancerosos (50%) vêm da provincia.*”⁵¹⁵

Era urgente concretizar a planificação já elaborada, assunto que mereceu reparos e comentários na Câmara Corporativa em 1944, altura que Gentil aproveitou para colocar de novo sobre a mesa os planos que elaborara e posteriormente readaptara desde 1927.⁵¹⁶ Uma vez mais insistia que os dois grandes processos a adoptar eram: a profilaxia e o diagnóstico precoce. Levantada a suspeita ou pesquisado o caso nos centros de saúde concelhios, deveria então entrar em acção o armamento próprio da luta anticancerosa:

⁵¹⁴ *Boletim do IPO*. Nº 5 e 6 (1943), p.

⁵¹⁵ BACELAR, José – “Assistência social aos cancerosos.” *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 2 (1940), p. 7.

⁵¹⁶ Cf. GENTIL, Francisco – “O Instituto Português para o estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 3 (1928), p. 1; GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia. O passado, o presente e o futuro.” *Boletim do IPO*. Vol. 6. Nº 1, 2, 3, 4 (1939), e GENTIL, Francisco – “A luta contra o cancro em Portugal.” *Boletim do IPO*. Vol. 4. Nº 11 (1937), p. 2.

- a) *Centros de diagnóstico* que disponham dos elementos adequados à diagnose da doença, possivelmente, junto dos hospitais distritais.
- b) *Centros regionais* destinados a consulta e terapêutica (electrocirurgia, raios X, emissão de rádio) com enfermaria para hospitalização dos doentes pobres.
- c) *Um hospital central* em Lisboa para doentes em tratamento, reputados curáveis.
- d) *Um asilo* para cancerosos incuráveis e impossibilitados de trabalhar.

De facto, toda esta planificação estava prevista, em via de obter-se e de funcionar, caso se procedesse à execução sistemática do projecto. Dadas as circunstâncias adversas do contexto de guerra mundial, o Governo financiou primeiramente o Bloco Hospitalar.

O desenho e concretização do edifício central, conhecido como Bloco Hospitalar, entretanto inaugurado em 1948, foi um prelúdio funcional do que seriam os futuros hospitais centrais, conhecidos como hospitais escolares de Lisboa e Porto. Só depois de 1937 é que se intensificaram os estudos desses hospitais escolares, e foi apenas em 1940 que se concluíram, com a apresentação do 12º estudo, entretanto aprovado pelo Governo. Nesse ano incumbiu-se igualmente a Comissão Administrativa dos Hospitais Escolares de tomar também a seu cargo a construção dos edifícios da reitoria e das Faculdades de Direito e de Letras de Lisboa, e, posteriormente, da do edifício central do Instituto de Oncologia, ficando o estudo de cada grupo de trabalhos entregue a uma comissão técnica privativa. Francisco Gentil, que trabalhara intensamente no projecto dos novos hospitais, talhou para o seu Instituto um novo edifício, síntese palpável de um modelo pensado de acordo com a planificação que efectuara.

Desenhado no contexto da construção dos novos hospitais escolares de Lisboa e Porto, o edifício central do IPO foi uma antecipação dessas novas realidades, concentrando uma série de inovações arquitectónicas e de organização funcional do espaço hospitalar. Como cobaia em laboratório de testes, não esteve isenta de percalços,⁵¹⁷ mas introduziu no país novos conceitos de arquitectura sanitária, que iam da resolução do complexo problema da circulação separada nos corredores e elevadores – doentes, alunos, visitas, cadáveres, alimentos, roupas limpas e roupas sujas – à

⁵¹⁷ Esses percalços incluíram problemas com os elevadores, a pintura exterior e as infiltrações nas canalizações em chumbo, que obrigaram a obras suplementares dois anos após a abertura do edifício. “Aqui, no Hospital do Instituto Português de oncologia, pintado a óleo, é preciso ter sempre dois operários a conservar e a pintar uma casa com menos de dois anos de uso. Outras infelicidades existem, como a dos esgotos em chumbo dando infiltrações constantes, e os elevadores inutilizados em dois anos de funcionamento precário.” In GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)” *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 1 (1953), p. 2.

organização dos diferentes serviços. Pela sua originalidade, a solução encontrada para a circulação teria sido apresentada por Francisco Gentil e Hermann Distel⁵¹⁸ ao Congresso Internacional dos Hospitais em Toronto, não fosse a guerra em curso.

A sua entrada em funcionamento, dotou o país de uma estrutura ampla e funcional, que conferiu a possibilidade de proceder ao tratamento dos doentes oncológicos com todas as condições técnicas e de espaço, feitas no pavilhão hospitalar mais importante até então construído. Baseava-se no princípio de um conjunto de serviços trabalhando sincronicamente, sob a mesma orientação administrativa e funcional. As instalações eram, no dizer do próprio Gentil, “*magníficas*”, corolário de um projecto de excepção no panorama hospitalar português. Com este empreendimento, completava-se a estrutura física de assistência global prevista para os doentes provenientes de Lisboa.

Se nos primeiros 5 anos de funcionamento o Instituto dispunha de 24 camas, e nos cinco seguintes 42, desde o segundo semestre de 1943 dispunha já de 78, valor que se veria multiplicado por 4 com o novo edifício central. Com capacidade instalada para cerca de 350 doentes internados, era um hospital com todas as valências, onde permanecia o primado da cirurgia sobre as demais metodologias terapêuticas; a prová-lo está o facto de existirem três serviços de cirurgia (4º, 5º e 6º andar) e de um bloco operatório com duas salas para grande cirurgia e respectivos observatórios para médicos e assistentes. Havia ainda outra para especialidades e uma para biópsias, com áreas individualizadas para indução anestésica, recobro e esterilização.

A distribuição dos diferentes serviços pelo edifício fazia-se do seguinte modo:

6º Andar – Internamento de cirurgia

5º Andar – Internamento de cirurgia

4º Andar – Internamento de cirurgia

3º Andar – Quartos particulares

2º Andar – Terapêutica (bloco operatório, farmácia e transfusões)

1º Andar – Diagnóstico (laboratórios e raios X)

r/c – Atendimento do ambulatório (admissão de doentes, consulta e colheita de análises)

Cave – Armazéns, rouparia e oficinas

⁵¹⁸ Hermann Distel (1875-1945). Arquitecto alemão especializado em construções hospitalares e escolas, foi consultor de estruturas sanitárias em vários países, onde orientou e planeou esse tipo de construções. São-lhe devidos os planos de construção dos hospitais escolares de Lisboa e Porto, (Hospital de Santa Maria e de São João, respectivamente) bem como o Pavilhão Hospitalar do IPO.

Os quartos do pessoal residente situavam-se na zona central de todos os andares de internamento. A circulação de pessoal, material e doentes fazia-se por zonas, uma denominada Limpa e a outra Suja, que ligavam este pavilhão ao Pavilhão C. O anfiteatro, que se enquadrava no corpo da construção principal e com capacidade para 300 pessoas, seria o local de incontáveis sessões lectivas e eventos de divulgação científica, tanto nacional como internacional. (ver fotos 5 e 6)

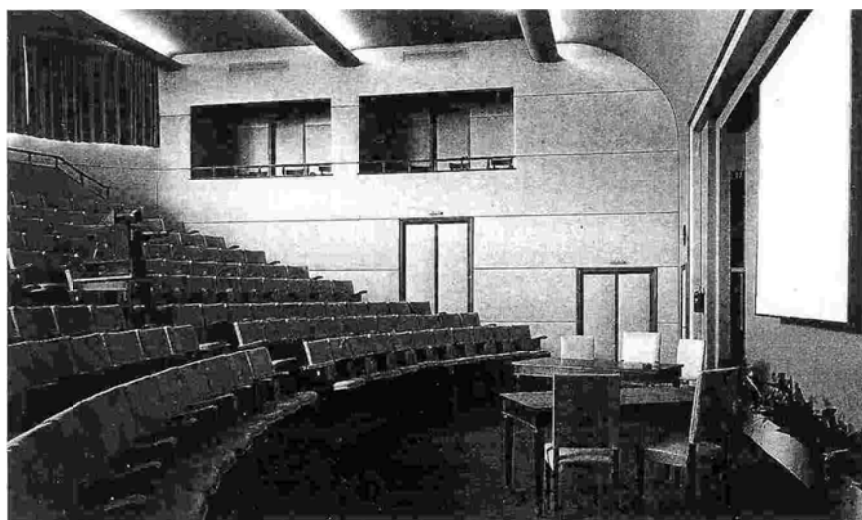


Foto 5 – Anfiteatro do Bloco Hospitalar em 1948.



Foto 6 – O novo bloco hospitalar em 1948. Com inauguração prevista para 29 de Dezembro de 1947, a data do evento foi deslocada para 28 de Maio do ano seguinte, de modo a coincidir com a comemoração dos 22 anos da Revolução do 28 de Maio de 1926.

À modernidade científica e tecnológica, juntava-se o aparelho de propaganda política do Estado Novo, que aproveitou a inauguração do recente e paradigmático edifício para o habitual momento de promoção do regime, não fosse esta inauguração

realizada a 28 de Maio de 1948, ou seja, 22 anos após a revolução de 1926. No discurso proferido na ocasião, Gentil não deixou igualmente de reconhecer o papel fundamental do Governo e em particular da figura do próprio Oliveira Salazar, no apoio indispensável e tutelar que conferiu à concretização do projecto nacional de luta contra o cancro.

*“Nesse discurso pronunciado à base de algumas notas impressivas e impressionantes, o prof. Gentil salientou muito especialmente o que fora, para a realização daquela obra, a acção de Salazar. A Salazar endereçou, com efeito, em justa justiça, entre as homenagens rendidas aos mortos ilustres e dedicados que para ela tinham trabalhado, e os agradecimentos aos vivos que a haviam alentado e acompanhado com o seu fervor, as suas expressões mais reconhecidas. Era um dever da mais alta gratidão – salientou – senti-lo e dizê-lo.”*⁵¹⁹

Realizada a “sagração” política, seguiu-se a científica. A proeminência do Instituto em termos internacionais não tardou em firmar-se, quando em 1951 recebeu e organizou a IIIª Reunião do Comité Executivo da UICC, e da Comissão Internacional de Investigação sobre o Cancro, a mais prestigiada organização que na altura coordenava esses trabalhos. Reuniram-se alguns dos mais prestigiados nomes da oncologia mundial, num certame científico que serviu de pródromo ao Congresso de São Paulo em 1954. Era o reconhecimento de uma instituição vista como exemplo paradigmático da luta contra o cancro, e encarada em termos de paridade face às demais realizações europeias.

Não só os jornais diários de Lisboa e Porto mas também a imprensa estrangeira publicaram longos relatos das reuniões, que se realizaram entre 15 e 20 de Dezembro. A nomeação de Francisco Gentil como membro de honra do Comité executivo da UICC, foi outro reflexo da sagração internacional do IPO, e do seu papel na luta contra o cancro em Portugal.

Em Setembro de 1951, também o IPO foi o local escolhido para uma das sessões do Congresso Internacional da Medicina no Trabalho, e em Outubro desse ano era na sua sala de aula que tinha lugar a sessão solene da Universidade Clássica.

Desde 1950 e pelo menos até 1953, era no auditório do IPO que tinham lugar as sessões solenes de abertura da Universidade de Lisboa, confirmando a posição do

⁵¹⁹ “Foi inaugurado o novo e imponente Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 62 a 64 (Abril a Junho de 1948) p. 61.

Instituto no contexto universitário. Na imprensa nacional, e até mesmo nalguns periódicos além fronteiras, era habitual fazer-se referência ao centro anticanceroso português como um dos melhores estabelecimentos hospitalares e de investigação científica da Europa no combate ao cancro.

A imprensa sul-americana publicava as entrevistas dos médicos brasileiros depois das visitas efectuadas ao IPO, em termos que ultrapassam a mera urbanidade. De facto, a imagem de modernidade projectada pelo Instituto português fora de portas é demonstrativo do impacto conseguido além-fronteiras:

*“O sr. Dr. Aquiles de Araújo, catedrático brasileiro (...) interrogado por um redactor da «Voz de Portugal» sobre o que no nosso país mais o impressionara sob o ponto de vista médico. Respondeu: – Sem dúvida, o Instituto Português de Oncologia. Pode dizer que eu considero no género o melhor do mundo. Não só pelas suas imponentes instalações, como pelo material técnico com que está dotado, é um estabelecimento que honra Portugal como honraria qualquer outro país, mesmo dos de maiores recursos.”*⁵²⁰

Em entrevista ao Diário da Manhã, António Prudente também resumia a opinião dos que participaram nos trabalhos da UICC:

*“ – Levamos da nossa visita às magníficas instalações deste estabelecimento hospitalar as melhores impressões. O Instituto foi reconhecido por todos os que aqui estiveram reunidos como um dos mais perfeitos do mundo na luta contra o cancro.”*⁵²¹

Na Argentina, Rafael Pineda publicava no diário argentino *La Capital* as suas impressões, destacando que o “(...) *Bloco Hospitalar reúne todos os progressos dos mais modernos centros mundiais de combate ao cancro, e no seu magnífico anfiteatro proferiram conferências os mais afamados cancerólogos.*”⁵²²

E os encómios prosseguiam, desta feita pela mão de Von Doellinger da Graça, que realizou inclusive um filme que passou na Academia Nacional de Medicina do Brasil, e onde se podia apreciar o desenrolar das actividades da instituição. Apesar do tom

⁵²⁰ “Referências ao IPO.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 3 (1952), p. 5.

⁵²¹ “Referências ao IPO.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 3 (1952), p. 5.

⁵²² “Referências ao IPO.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 4 (1952), p. 2.

laudatório das instalações e método de trabalho, os elogios ao trabalho da equipa do Instituto ressaltavam o seu papel pioneiro no tocante à investigação realizada.⁵²³

Entre os numerosos médicos que frequentemente visitavam o Instituto, encontravam-se também engenheiros e arquitectos, alguns deles aconselhados nos próprios países de origem a visitar o centro português. Em 1951, foram fornecidas todas as plantas do IPO à Holanda e Argentina para servirem de orientação à construção de hospitais similares. O mesmo sucedia com as plantas de algumas secções, esporadicamente solicitadas por um ou outro visitante, sobretudo o serviço de hemoterapia. O facto de se ter tornado local de referência, levou a que fossem cada vez mais os médicos estrangeiros que frequentavam as instalações lusas: os estágios, de duração variável, começavam a incluir brasileiros, mexicanos e espanhóis.

A necessidade constante de desenvolvimento e de adaptação a novas modalidades terapêuticas, levou a inaugurar o Centro de Hemoterapia em 1950, e a adaptar o Pavilhão A a Laboratório de Rádio-Isótopos em 1953. Nesta senda, em 1958 novo Pavilhão foi inaugurado, desta feita para nele ser instalado o irradiador de cobalto (cobaltoterapia), a que foi dado o nome de Jaime Thompson, responsável pelo legado que permitiu a sua introdução. Dispondo do primeiro gamatron instalado no país e destinado ao tratamento de tumores profundos, foi também custeado pelos rendimentos próprios do Instituto.

O crescimento do centro anticanceroso continuou a fazer-se de modo contínuo, até ao momento em que a sua própria área de implantação geográfica não mais permitisse o seu ulterior alargamento.

Parece irrefutável que o IPO seguiu um rumo próprio, traçado por uma planificação inicialmente subordinada às premissas da investigação médica, mas sendo permanentemente atravessado por determinismos exteriores, tanto no plano político-assistencial quanto tecnológico. As influências externas foram bebidas de várias fontes, numa fase inicial da escola francesa de Regaud e Bergonié, mas ao mesmo tempo adaptando a metodologia de investigação e tratamento às necessidades próprias de um espaço geográfico comparável ao dos países europeus de pequena e média dimensão. A criação de um centro anticanceroso em Portugal, à semelhança do que se realizava a nível internacional, permitiu um verdadeiro intercâmbio entre o domínio social e o domínio científico, entre o doente e a investigação. Se o doente oncológico passava a

⁵²³ “Revista de Imprensa.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 10 (1952), p. 2.

beneficiar de todos os esclarecimentos que iam surgindo a respeito do problema do cancro, por outro lado, cada um dos doentes tratados concorria com o seu caso, observado e estudado, para o progresso da cancerologia.

Da mesma maneira se colocava em prática um conceito de prática médica que colocava a equipa terapêutica multidisciplinar no centro do trabalho hospitalar, contrariando o habitual individualismo médico tão característico da medicina liberal.

Incluindo a tripla vertente de investigação, ensino e tratamento especializado, o IPO tornou-se a imagem viva de uma dicotomia hospitalar nacional. Num país que em termos sanitários funcionava a dois tempos, isto é, onde a necessária construção dos hospitais centrais e distritais esteve longamente adiada desde os anos 30, e onde os fundos alocados à saúde e assistência eram deficitários face às necessidades do país, o IPO mostrava-se a Portugal e ao mundo como um sinal evidente de modernidade, pioneirismo e medicina de ponta, onde as constrições financeiras se viam regularmente aliviadas pelo apoio quase incondicional dos poderes públicos do Estado Novo.

3.2 – “O laboratório dos macacos” e a primazia da investigação

*“A Luta científica constitui a base da Luta social, porque esta só pode assentar sobre os dados fornecidos pela investigação. É por isso que, em todos os centros anticancerosos bem instituídos e convenientemente orientados, a pesquisa científica representa uma das não menos importantes preocupações de quem está à sua frente.”*⁵²⁴

Marck Athias, 1939

Na primeira metade do século XX, existia uma divisão algo rígida entre ciências básicas e ciências clínicas na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, de onde provinham, aliás, a maior parte dos que se dedicavam à investigação biomédica na altura. O principal elemento diferenciador e onde se operou primeiramente a interligação entre os dois bastiões parece ter sido o Instituto Português de Oncologia, local onde se estabeleceram novas ligações entre os dois campos metodológicos.

Tanto o problema científico do cancro como o problema prático da sua terapêutica se encontravam intimamente ligados, requerendo um esforço conjunto de numerosas equipas de especialistas, irmanados no mesmo ideal humano e científico. Nesse sentido, a concepção do Instituto fez-se sobretudo pela organização de um centro de estudos oncológicos, para o que foi dotado de vários laboratórios, uma biblioteca, um museu oncológico e uma publicação científica que pudesse ter repercussão internacional.

Foram estabelecidas sucessivamente secções de anatomia patológica, histofisiologia, patologia experimental e cultura de tecidos, de química e físico-química, e ainda de física das radiações. Encontravam-se reunidas sob um mesmo tecto as possibilidades para abordar qualquer trabalho sobre neoplasias humanas, mas também dos animais e até vegetais, condições necessárias à realização de estudos tanto clínicos como experimentais.

O reflexo dos avanços tecnológicos e científicos existentes noutros países, resultou em acções que levaram ao aprimoramento dos modelos de tratamento já incorporados pela comunidade sanitária e cancerologista portuguesa, cujos saberes também foram influenciados pelas experiências vivenciadas na realidade europeia e norte-americana.

⁵²⁴ ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 51.

A secção de pesquisas experimentais, que no dizer de Simões Raposo atingiu em 1926 a sua “maturidade”, foi o resultado de um projecto realizado após um conjunto de visitas de estudo de vários meses feitas pelo próprio, ao longo de 1924 e 1925. Realizadas no *Instituto Príncipe de Astúrias*, em Madrid, no Laboratório Pasteur da *Fondation Curie* em Paris, no *Middlesex Hospital* e nas instalações do *Imperial Cancer Research Fund* em Londres, permitiram clarificar o modelo de investigação científica a instalar no Instituto, com base no contacto directo com os resultados, as opiniões e os métodos de trabalho dos mais destacados investigadores europeus da época, como o eram Goyanes, Becquerel, Regaud, Handley, Bland-Sutton, Barlow, McIntosh ou Bashford.

Resultou daqui a adopção preferencial por uma metodologia científica com base no estudo experimental em doentes, de natureza mais clínica, sem que isso implicasse descartar de nenhum modo a experimentação animal. As observações faziam-se à custa de uma afluência crescente de enfermos que constituíam uma quantidade considerável de material humano utilizado para colher ensinamentos. O investigador do departamento de pesquisas experimentais deveria desenvolver o seu trabalho em contacto permanente com os clínicos, e, sobretudo, com os doentes, “(...) e que não deve encontrá-los apenas fugitivamente numa consulta, como sucede, por exemplo, na *Fondation Curie*, mas segui-los dia a dia na enfermaria.”⁵²⁵ As instalações que observou em Madrid, pareceram-lhe sob este ponto de vista, modelares.

As observações de Simões Raposo, marcaram, de facto, as linhas de orientação do trabalho de investigação do Instituto, mas tal não significa que tenham sido as únicas.

Já depois do IPO ter instalações próprias desde 1927, entre 1928 e 1930 Francisco Gentil e os seus colaboradores mais directos continuaram a realizar diferentes visitas de estudo às principais instituições que se dedicavam ao tratamento do cancro,⁵²⁶ o que permitiu a inclusão contínua dos métodos, técnicas e abordagens terapêuticas mais recentes e de eficácia comprovada. Outros aperfeiçoavam-se em França ou na Alemanha, caso de Henrique Parreira que seguiu cursos de aperfeiçoamento sobre cancerologia desde 1926, um em Estrasburgo com Pierre Mason, e outro em Paris no Laboratório Gustave Roussy exclusivamente voltado para o estudo sobre tumores.

⁵²⁵ RAPOSO, Luis Simões – “O Instituto Português para o Estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), p. 60.

⁵²⁶ Cf. o *Diário do Governo*, 2ª Série, de 17 de Dezembro de 1929.

Em paridade com a aposta na investigação própria e no trabalho experimental, funcionava sobretudo como centro diferenciado de tratamento oncológico, mas era pela investigação que se procuravam melhorar os processos de tratamento. Este objectivo foi sempre perseguido ao longo dos anos, independentemente da maior ou menor disponibilidade financeira para o efeito, problema que acabava por ser quase sempre sanado com as injeções de capital provenientes da LPCC, de mecenas esporádicos, de subsídios regulares ou pontuais do governo, ou ainda de outras instituições como a Fundação Rockefeller ou a Fundação Calouste Gulbenkian.

O trabalho dos clínicos era de molde a fornecer à fisiopatologia elementos de estudo e trabalho, de tal modo que os laboratórios estavam integrados nos serviços clínicos. Tanto assim era, que esta colaboração deu origem ao longo do tempo a um conjunto de trabalhos sobre o diagnóstico histológico dos neoplasmas onde se ressaltava o valor da biópsia e do exame histológico, trabalhos esses que se baseavam numa longa prática adquirida no serviço de Francisco Gentil, e onde se salientava o determinismo do diagnóstico precoce para a cura do cancro, a par das vantagens da colaboração entre o cirurgião e o anátomo-patologista.

A montagem dos serviços de análises histopatológicas, feitas por Henrique Parreira à semelhança das também por si organizadas na I^a Clínica Cirúrgica hospitalar, forneceu desde logo um apoio decisivo aos estudos de anátomo-patologia oncológica.

Por outro lado, a criação e organização de um arquivo próprio, permitiu reunir e tratar de forma sistemática e estatística um cada vez mais alargado conjunto de dados sobre o cancro, que incluía radiografias, fotografias, moldagens de gesso, peças operatórias, preparações histológicas, análises químicas e biológicas, completadas por fichas individuais que continham o diagnóstico apurado. Desde que o IPEC se instalou na I^a Clínica Cirúrgica, o interesse especial pelo tratamento cirúrgico (ou não) das neoplasias malignas, levou a que se realizasse um índice destinado a pesquisar as observações clínicas em que foram aplicados os diferentes métodos de tratamento, fossem a electrocoagulação, a fulguração, a röntgenterapia ou a curieterapia.⁵²⁷

O apetrechamento dos laboratórios incluiu não só o material já existente em Santa Marta, mas também um conjunto de novos aparelhos adquiridos, cuja compra obedeceu a critérios de “*estrita mas não estreita economia*,” conseguindo-se montar laboratórios

⁵²⁷ Cf. PALMEIRIM, Vasco; ALVAREZ, Ermindo – “A organização e o funcionamento do arquivo da I^a Clínica Cirúrgica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), pp. 23-44.

de qualidade, que “(...) para o estudo de um determinado número de problemas estão a par dos melhores que actualmente existem.”⁵²⁸ De todos os laboratórios lisboetas, o laboratório de patologia experimental do IPO era o que possuía as melhores condições. Da listagem dos equipamentos laboratoriais transparece a vontade de fomentar desde logo um sentido de real modernidade, empenho e confiança na investigação potenciada por estas fábricas de conhecimento, lugares primários do predicado da investigação científica e da evolução progressiva da própria medicina.

A actividade científica, plasmada na publicação de artigos científicos e trabalhos de investigação nas diferentes áreas da oncologia, teve desde cedo um orientador do maior relevo: Marck Athias, aquele que directa ou indirectamente mais influenciou o início das ciências biomédicas em Portugal. Ironicamente, Gentil foi convidar um cultor das então denominadas ciências básicas (Histologia), para organizar e dirigir todo o processo de investigação inerente a uma ciência então reconhecida como clínica, estabelecendo uma ponte inusual para a época.

Em boa medida, Athias aportou às ciências biomédicas portuguesas a iniciação metodológica, introduziu-lhes o culto da medicina experimental, empenhou-se na criação de hábitos de publicação científica regular na comunidade científica nacional, a par da manutenção de uma ligação internacional de primeiro plano aos melhores centros de investigação europeus, tendo ainda criado as primeiras estruturas associativas de pendor científico.

Desde 1908 que Athias integrava a 2ª Comissão para o Estudo do Cancro, fruto dos seus recentes trabalhos sobre a fisiologia da célula cancerosa,⁵²⁹ tendo desde essa altura colaborado estreitamente com Francisco Gentil. Com efeito, o Instituto teve na sua pessoa um dos seus melhores colaboradores científicos, sobretudo na área da histopatologia. Do papel que teve no estudo e instalação do Instituto, ressalta-se a direcção dos laboratórios e os trabalhos experimentais neles realizados. O “laboratório dos macacos”, expressão que Marques da Gama⁵³⁰ utilizou para se referir

⁵²⁸ COSTA, S. Gomes da – “Os novos laboratórios de investigação científica do Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2 Nº 2 e 3 (1930), p. 335. Neste artigo vêm discriminados todos os aparelhos adquiridos para equipar os laboratórios do instituto.

⁵²⁹ Cf. ATHIAS, M. – “Cytologia do Cancro (resumo).” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (1907), pp. 165-168, e Idem – “Cytologia Geral do Cancro.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 72 (1908), pp. 110-142.

⁵³⁰ Cf. GAMA, Marques da – “O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro.” *O Médico*. Vol. 59. Nº 1023 (1971), pp. 149-151.

eufemisticamente ao Laboratório de Oncologia Experimental, é revelador do tipo de trabalho nele desenvolvido, feito com recurso a animais de laboratório, sobretudo pequenos roedores, mas também canídeos e inclusive símios.

Uma breve análise bibliográfica, permite constatar que poucos foram os homens de ciência em Portugal sobre os quais tanto se escreveu como sobre Athias.⁵³¹ A forte influência que recebeu de Ramón y Cajal, hoje considerado um dos principais expoentes do positivismo experimental europeu, condicionou directamente o seu modo de investigar e de fazer ciência. Nesse sentido, participou e foi um dos principais obreiros da institucionalização de uma nova metodologia científica em Portugal.

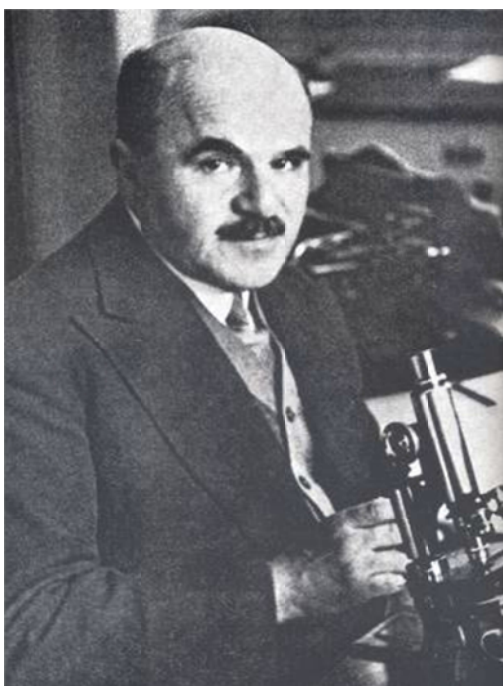


Foto 7 – Marck Anahory Athias (1875-1946). De ascendência judaica, nasceu no Funchal, a 11 de Dezembro de 1875, tendo concluído o curso de Medicina na Faculdade de Medicina de Paris, em 1897. Foi aí que privou com histologistas e fisiologistas de renome internacional, entre os quais Mathias Duval, discípulo de Santiago Ramón y Cajal, Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia de 1906. Foi muito influenciado pelas ideias e pelos trabalhos de histofisiologia nervosa de Cajal, que na época geraram grandes controvérsias. Ao chegar a Lisboa em 1897 foi acolhido por Miguel Bombarda que também partilhava a defesa da teoria do neurónio de Cajal. Desde o início da sua intensa actividade científica foi congregando em seu redor um conjunto de jovens altamente motivados em prosseguir uma carreira de índole científica, que constituíram um grupo coeso e com identidade própria, ficando indelevelmente ligados à denominada "geração de 1911."⁵³²

⁵³¹ A título de exemplo vejam-se apenas alguns dos artigos que lhe foram dedicados após a sua morte: COSTA, A. Celestino da – “Marck Athias (1875-1946)” *Archives Portugaises des Sciences Biologiques*. Vol. 9. Nº 1 (1947/48), pp. 1-17; idem – “A vida e a obra científica de Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 (1948), pp. 145-227; idem – “Homenagem ao Professor Marck Athias.” *Imprensa Médica*. Vol. 1. Nº 18 (1935), pp. 390; idem – “Athias e a investigação científica.” *Cadernos Científicos*. Vol. 1. Nº 3 (1946), pp. 249-262; idem - “Marck Athias - um metodólogo da ciência.” *Jornal das Sociedades Médicas*. 154. 6 (1990), 311-322; FONTES, Joaquim Moreira – “O Professor Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 25 (1948), pp. 524-534, VILHENA, Henrique de – “Sobre Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 [1948-49] (1949), pp. 107-108; GUIMARÃES, J. Afonso de – “A personalidade do Prof. Marck Athias.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 266-268; MIRA, M. B. Ferreira de – “Athias e a investigação científica.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 269-270; FONTES, Joaquim – “Marck Athias, fisiologista.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 270-276, GENTIL, F.; et al – “Marck Athias.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 21. Nº 2 (1949), pp. 93-390.

⁵³² Cf. ALVES, M. V. – *1911- O Ensino Médico em Lisboa no Início do Século, Sete Artistas Contemporâneos Evocam a Geração Médica de 1911*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

Diversificou a sua actividade em diferentes instituições, desde o Hospital de Rilhafoles, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, o Instituto Pasteur de Lisboa, a Escola Médico-Cirúrgica, o Instituto de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral, e, finalmente, o Instituto Português de Oncologia. Com um programa de pesquisa altamente inovador para a realidade portuguesa coeva, voltou-se sobretudo para as áreas da histologia, histofisiologia, histopatologia, fisiologia e química fisiológica, de acordo com as linhas da escola inglesa de pesquisa fisiológica de Michael Foster e da escola germânica de química fisiológica de Franz Hofmeister. Em 1907 fundou juntamente com Celestino da Costa e Abel Salazar a Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais, e em 1920, a Sociedade Portuguesa de Biologia.

A escola de Athias, igualmente influenciada pelos ideais positivistas e inspirada no modelo universitário de Humboldt, aportou uma mudança significativa na modernização da pesquisa científica portuguesa na primeira metade do século XX. A influência que detinha no meio científico nacional era notória, potenciada pelos seus discípulos, Celestino da Costa e Ferreira de Mira, que num dinamismo sinérgico marcaram uma fase determinante do ensino e da investigação universitária na primeira metade do século XX.⁵³³

Mas é a partir do momento que assume a gestão da investigação do Instituto em 1927, que Marck Athias dá corpo a um trabalho sistemático de investigação voltado para a oncologia experimental, com o recurso a uma equipa que em 1929 passava a fazer parte dos quadros da instituição. O grupo de médicos e cientistas entretanto contratados, constituíam uma pequena equipa cuidadosamente escolhida de dez assistentes ligados à química, física, radiologia, patologia e raios X. Este seria o núcleo de investigadores que teria seu cargo uma parte muito significativa da investigação oncológica produzida no Instituto.⁵³⁴ Não parece que a pesquisa realizada no contexto do Instituto fizesse parte de uma agenda que visasse a autopromoção e as carreiras de uns poucos cientistas, como parece ter sucedido noutros contextos como o norte-

⁵³³ Cf. AMARAL, Isabel – “Na vanguarda da modernidade: o dinamismo sinérgico de Marck Athias, Celestino da Costa e Ferreira de Mira na primeira metade do Século XX.” In *Estudos do Século XX*. Nº 5 (2005), pp. 263-282.

⁵³⁴ Raios X: Maria José Monteiro Ventura, Eulália Celeste Soares Proença, Augusto António da Rocha Machado e Costa. Química: João Avelar Maia Loureiro, Silvério Ferreira Gomes da Costa, Maria Teresa Furtado Dias. Patologia: Luis Roberto Simões Raposo, Manuel Dâmaso Prates. Física: Manuel José Nogueira Valadares. Rádio: Manoel Raimundo Proença F. de Mendonça Corte Real.

americano.⁵³⁵ Se bem que o grupo estritamente adstrito à pesquisa fosse sempre pequeno, o trabalho realizado correspondia a uma necessidade real de promover a investigação pura num país ainda deficitário no tocante à produção científica nacional. É certo que existiam algumas personalidades que se destacavam, mesmo quando os trabalhos eram de equipa, mas isso nunca deixou que os responsáveis pela vida científica se apropriassem do trabalho dos seus colaboradores.

Durante os anos 30 esta actividade de investigação potenciou-se, traduzindo-se em numerosos artigos, em muitos casos aceites para publicação em revistas da especialidade, nacionais e estrangeiras. Em Portugal, a revista científica que publicava mais artigos provenientes dos trabalhos realizados no Instituto era o *Arquivo de Patologia*, criada especificamente para esse efeito, e que desde 1925 reunia os mais recentes resultados obtidos nos laboratórios do IPO. O objectivo era conferir visibilidade nacional e internacional a um labor significativo para a dimensão da nossa literatura científica, e que permitia, por permuta, receber outras publicações estrangeiras da mesma natureza.

Permanecendo muito fiel à metodologia que se havia habituado a utilizar na histologia, Athias utilizou predominantemente o método morfológico nos seus estudos fisiológicos, algo longe do experimentalismo anglo-saxónico coevo. Isto não significa que não tivesse procedido a toda uma série de trabalhos relevantes na área da mais estrita oncologia experimental, que o próprio considerava serem do maior valor e utilidade na determinação causal da patologia oncológica.⁵³⁶

A secção de patologia experimental foi uma das mais prolíficas e determinantes na projecção do trabalho realizado. As secções clínica e anátomo-patológica mostraram-se particularmente inseparáveis, tanto mais que quase todos os trabalhos que tinham por objecto os doentes, eram necessariamente acompanhados do complemento laboratorial, indispensável ao diagnóstico e tratamento.

Com o apoio de uma colaboradora experiente e altamente preparada como Maria Teresa Furtado Dias,⁵³⁷ o trabalho de Marck Athias no IPO foi o de um autêntico

⁵³⁵ Cf. estas críticas em GREENBERG, Daniel S. – *The Politics of Pure Science*. New York: New American Library, 1968.

⁵³⁶ Cf. ATHIAS, M. – “O Valor da Experimentação em Cancerologia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano 58 (1941), pp. 262-270.

⁵³⁷ Cf. DIAS, M. T. Furtado – “O Professor Marck Athias e a secção de patologia experimental do Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 21 (1949) pp. 141-149 e ainda DIAS, M.

metodólogo da ciência, voltado em larga medida para a histopatologia experimental ligada à oncologia desde o início dos anos 30. O relatório exarado em 1938 pelo próprio Athias, dá-nos conta do trabalho de investigação realizado no contexto institucional do IPO, com os meios que na altura se puderam dispor, fazendo um balanço muito positivo entre o atingido e o esperado.⁵³⁸ Os anos de 1937 e 1938 foram particularmente férteis, correspondendo à publicação de conclusões de trabalhos iniciados anos antes, ou de outros em fase de preparação, mas que puderam apresentar resultados preliminares.⁵³⁹

De facto, a solidez da projecção científica do Instituto dentro e fora de fronteiras, fez-se em larga medida pela qualidade dos seus trabalhos publicados, fruto da investigação entretanto desenvolvida no contexto laboratorial.

Aproveitando a sua já longa e firmada experiência na histologia das células nervosas, a principal vertente dos estudos realizados debruçou-se inicialmente sobre a inervação dos tumores,⁵⁴⁰ seguindo-se ao longo de vários anos as experiências de cancerização por agentes oncogénicos em animais de laboratório até finais da década de 30, destacando-se em particular os estudos sobre tumores espontâneos e experimentais e as suas metaplasias.⁵⁴¹

A mais relevante contribuição destes estudos têm a ver com a noção que transmite sobre a natureza da célula cancerosa: conclui que nada possui de distintivo que a célula normal também não possua, de tal modo que a morfologia celular não seria o melhor caminho para procurar as causas da malignidade. Os factores externos, as substâncias e agentes oncogénicos que utilizou nas várias experiências que realizou, mostraram-se muito mais capazes de produzir lesões cancerosas, pelo que se inclinou para a

T. Furtado – “O Prof. Athias como investigador no Instituto Português de Oncologia.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947) pp. 276-279.

⁵³⁸ Cf. ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, pp. 51-59.

⁵³⁹ Cf. *Arquivo de Patologia*. Vol. 9 (1937) e Vol. 10 (1938).

⁵⁴⁰ ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Contribuição para o Estudo da Inervação dos Tumores.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), pp. 138-161.

⁵⁴¹ ATHIAS, M. – “Lesões do testículo produzidas por injeções intersticiais de alcatrão.” *Jornadas Médicas*. Orense, 1936; idem – “Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 8 (1936), pp. 293-315 ; idem – “Sarcome du Cœur chez un Cobaye après Injection, dans le Cerveau, de Méthylcolantrène.” *C. R. Soc. de Biologie de Paris*. 126 (1937), pp. 585-586. ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Méthylcolantrène chez le Rat.” *C. R. Soc. de Biologie de Paris*. 127 (1938), pp. 237-238 ; ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “L’Atypie Cellulaire dans les Sarcomes Provoqués par le Méthylcolantrène.” *Acta de l’Union Internationale contre le Cancer*. 4 (1939), pp. 659-663.

valorização particular de agentes irritantes na formação do cancro. E se inicialmente não admitia a hipótese da existência de vírus oncogénicos, em consonância com a esmagadora maioria da comunidade científica coeva, em 1941 já se mostrava mais disposto aceitar tal possibilidade, sem que no entanto admitisse poder colocar o cancro no rol das doenças infecto-contagiosas:

*“A existência de cancros produzidos por agentes vivos, micróbios, parasitas ou vírus invisíveis, pode compreender-se nalguns casos pela irritação por eles produzida, seja mecânica ou química. As substâncias provenientes das trocas nutritivas dos agentes comparáveis, sob este aspecto, aos produtos químicos acima mencionados, são também causa de irritação local. (...) [Contudo] (...) Nenhum paralelismo existe entre esta doença e as doenças infecto-contagiosas. Todos os argumentos apresentados a favor da inclusão do cancro neste grupo de afecções caíram em presença de factos experimentais.”*⁵⁴²

A partir de 1940 e até 1945, o fulcro voltou-se em larga medida para o cancro da mama, mormente para a avaliação da influência hormonal sobre as neoplasias da glândula mamária, e ainda para o estudo das lesões histológicas das glândulas sexuais e endócrinas em animais de laboratório cancerosos e pré-cancerosos.⁵⁴³ Desenvolvendo um trabalho sobre as funções do ovário e os estrogéneos, verificou que o tumor espontâneo da mama das ratas era exclusivo das fêmeas, mas que podia ser igualmente provocado em ratos machos desde que se lhes administrasse estrogéneos ou realizassem enxertos de ovários. Estes resultados tornaram-se o ponto de partida para novas concepções acerca da influência dos factores hormonais no desenvolvimento de alguns tumores malignos, e mais propriamente a influência dos estrogéneos na génese dos tumores da mama. Pôde-se assim determinar mais tarde a existência de duas tipologias de tumores da mama: os estrogénio-dependentes e os não estrogénio-dependentes, desenvolvendo-se, no respeitante aos primeiros um importante capítulo da

⁵⁴² ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, pp. 53-54.

⁵⁴³ ATHIAS, M. – “Hormonas Estrogéneas e Neoplasias Mamárias.” *Imprensa Médica*. 24 (1940), pp. 251-261; ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Lésions Testiculaires chez des Souris Atteintes d’Adénocarcinome Spontané de la Glande Mammaire.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 13 (1941), pp. 381-393; ATHIAS, M. – “Metaplasias em Tumores Experimentais.” *Imprensa Médica*. 12 (1941), pp. 1-11; idem – “Les Formations Corio-Épithéliales de l’Ovaire du Cobaye.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 15 (1943), pp. 293-315; idem – “Deux Cas d’Embryome de l’Ovaire chez le Cobaye.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 16 (1944), pp. 318-329; idem – “Lésions Testiculaires chez des Souris non Cancéreuses appartenant à une lignée très sujette au Cancer de la Glande Mammaire.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 17 (1945), pp. 370-390.

terapêutica anticancerosa – a terapêutica hormonal do cancro da mama, através da ovariectomia, suprarenalectomia e hipofisectomia, ou pelo emprego medicamentoso das hormonas equivalentes.

A morte de Athias por carcinoma do fígado em 1946, apesar de ter constituído um forte abalo para Gentil ao perder na pessoa do seu colaborador um dos seus mais dedicados investigadores, não impediu a continuação dos trabalhos em curso, tanto mais que se havia formado uma escola que perduraria na pessoa dos seus colaboradores directos, mormente em Maria Teresa Furtado Dias. Mesmo assim, a vida científica do IPO ressentiu-se da perda de um tão prestigiado cientista, com obra reconhecida nos mais reputados centros científicos europeus. Esta última investigadora, a par da vinda de Fernando Fonseca, permitiram manter viva a chama da investigação experimental no instituto, apesar de um esmorecimento sensível na produção e relevância do caminho posteriormente trilhado. A morte de Athias acabou por coincidir com uma modificação de rumo na investigação internacional, que desde meados dos anos 40 passava a privilegiar a identificação e teste de novos compostos químicos que podiam funcionar contra a doença.

A chegada de Fernando Fonseca ao Instituto merece um reparo particular, que atesta bem o grau de influência política do seu director. O lugar deixado vago pela morte de Athias não era fácil de preencher, e a procura de um substituto capaz de manter o elevado nível da investigação entretanto conseguida, exigia o recurso a uma personalidade considerada *persona non grata* pelo regime político. Após Fernando Fonseca ter sido demitido compulsivamente dos cargos públicos que ocupava como professor catedrático na FML e médico dos HCL, Francisco Gentil faz uso de toda a sua influência junto do regime para conseguir a autorização política que lhe permitiria continuar os seus trabalhos de investigação no IPO, lugar onde já fora membro substituto da Comissão directora desde 1934 e efectivo desde 1940. Apesar disso, e mesmo com o ambiente favorável que encontrou no Instituto, a figura do respeitado cientista permaneceu apagada. Não lhe era possível recolher novos elementos para a sua investigação, de molde a continuar as tradições do seu grupo de colaboradores. Com efeito, o afastamento da cátedra inibiu-o de contactar com os estudantes, de averiguar onde se encontravam os mais interessados pelos problemas da investigação científica relacionada com a medicina.

Num discurso realizado em 1970 aquando da criação de um prémio com o seu nome, destinado a galardoar o melhor trabalho produzido no IPO sobre aspectos

médicos e experimentais na oncologia, o próprio Fernando Fonseca referiu-se à sua exoneração e ao apoio imediato de Francisco Gentil: “*Foi um choque violento, um castigo sem culpa, ao menos compensado com tão grande satisfação.*”⁵⁴⁴

O Instituto foi igualmente o refúgio esporádico de outro cientista caído em desgraça perante o Governo, igualmente por razões políticas: Abel Salazar.⁵⁴⁵ Após o seu afastamento compulsivo da cátedra de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, aceitou o convite de Francisco Gentil para colaborar com o IPO, tendo publicado uma série de artigos no *Arquivo de Patologia*. Como refere Silveira Botelho, “*Abel Salazar evadia-se, sempre que podia, para Lisboa em busca de melhor ambiente de trabalho, de livros e revistas e de possibilidades laboratoriais. Durante a sua última estadia em Lisboa frequentou assiduamente o Laboratório de Marck Athias no Instituto de Oncologia.*”⁵⁴⁶

A convivência e contacto com estes proscritos políticos parecia não beliscar minimamente o apoio que Francisco Gentil tinha na pessoa de Oliveira Salazar. Mais do que um relacionamento privilegiado com o poder político, o director do Instituto parecia mover-se com facilidade junto das mais elevadas instâncias do Estado Novo, sempre que a sua causa pudesse com isso beneficiar, particularmente em termos científicos. Apesar da ligação universitária, o IPO era uma instituição fechada e de acesso condicionado, sendo um lugar onde a influências desses cientistas junto das grandes massas de estudantes estava à partida mais coarctada.

E se Athias era o paladino da histologia, Francisco Gentil era o cultor da prática operatória, técnica que entretanto aperfeiçoara em diferentes estágios. Pela sua parte, contribuiu sobretudo no âmbito cirúrgico, área onde se tornara um especialista reconhecido nacional e internacionalmente. Realizou numerosas intervenções cirúrgicas

⁵⁴⁴ BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 97.

⁵⁴⁵ Abel Salazar nasceu em Guimarães a 19 de Julho de 1889 e morreu em Lisboa a 29 de Dezembro de 1946. Licenciou-se em Medicina na Universidade do Porto em 1915 com 20 valores, e em 1918 é nomeado Professor Catedrático de Histologia e Embriologia, fundando nesse ano o Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, onde realiza uma série de notáveis trabalhos de investigação. Opositor activo do regime político de Oliveira Salazar, em 1935 foi afastado compulsivamente da sua cátedra e do seu laboratório, sem poder frequentar a biblioteca da faculdade nem poder ausentar-se do país. Reintegrado na Faculdade de Farmácia em 1941, publicou mais de cem trabalhos científicos na sua área de especialidade. Desenvolveu ainda uma profícua actividade artística e como publicista.

⁵⁴⁶ BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 49.

que lhe deram motivo para aperfeiçoar técnicas, tornando-as mais seguras e em parte novas. Pouco atreito ao trabalho de laboratório como era Athias, os diversos artigos que publicou em Portugal versavam sobretudo a temática da cirurgia oncológica, mas foi sobretudo a partir de 1920, mais intensamente a partir de 1923 e ao longo dos anos 30, que passa a publicar artigos científicos em revistas de referência internacional, resultantes de investigação própria ou em parceria com outros colaboradores.

Para além da prática cirúrgica, realizou outros estudos em colaboração e parceria com outros investigadores, particularmente os trabalhos sobre a acção da insulina nos tumores, estudos sobre a influência da insulina no diagnóstico precoce e redução tumoral – com Gomes da Costa –, e ainda o valor diagnóstico da radiografia mamária, bem como a influência da curieterapia associada à cirurgia da mama, este último com Maria Fernanda Marques.⁵⁴⁷ Testou ainda uma técnica inovadora para a aplicação visceral de radium, onde o revestimento das agulhas do radioelemento era feito de magnésio, abordagem experimental que realizou juntamente com Maria Theresa Furtado Dias.⁵⁴⁸

Essencialmente de ordem clínica, os assuntos cancerológicos que mais prenderam a sua atenção foram o cancro da mama e do útero,⁵⁴⁹ discutindo ainda, a par dos aspectos técnicos de índole cirúrgica, o uso concomitante da radioterapia (röntgen e curieterapia) no tratamento dessas afecções.

Essas publicações, sobretudo em língua francesa, mostram bem o constante intercâmbio científico com alguns dos mais referenciais centros de tratamento e investigação europeia, habitualmente complementado por visitas de estudo e pela

⁵⁴⁷ Cf. GENTIL, F. – “Grefe autoplastique pédiculée par transplantation latérale du perone dans un cas de résection du tibia pour sarcome, pratiqué il y a catorze ans.” *C. R. Soc. de Biologie*. Vol. 83 (1920), p. 1175; idem – “Sur le diagnostic précoce et la technique chirurgicale dans le traitement des néoplasies malignes, hyperglycémies provoquée.” *C. R. Soc. de Biologie*. Vol. 88 (1923), p. 1323; idem – “Sur le diagnostic précoce des néoplasies malignes par l’hyperglycémie provoquée.” *Bulletin de L’Association Française pour L’Étude du Cancer*. Vol. 12 (1923), p. 726; idem – “La diathermie gynécologique. Moyen auxiliaire précieux de la curiethérapie utero-vaginale.” *Bulletin de L’Association Française pour L’Étude du Cancer*. Vol. 9. N° 6 (1930), p. 510; GENTIL, F.; GOYANES, J.; GUEDES, F. B. – “Sobre la radiografía de la glándula mamaria y su valor diagnóstico.” *Archivos Españoles de Oncología*. Vol. 2. N° 1 (1931), pp. 111-142; GENTIL, F., COSTA, S. F. Gomes da – “Sensibilisation du tissu néoplasique à l’action des rayons X provoquée par l’application locale d’insuline.” *C. R. Soc. de Biologie*. Vol. 109 (1931), p. 511; GENTIL, F.; MARQUES, Maria Fernanda – “La curiethérapie sous-claviculaire dans l’amputation du sein.” *Bulletin de L’Association Française Étude Cancer*. Vol. 28. N° 5 (1939), p. 843.

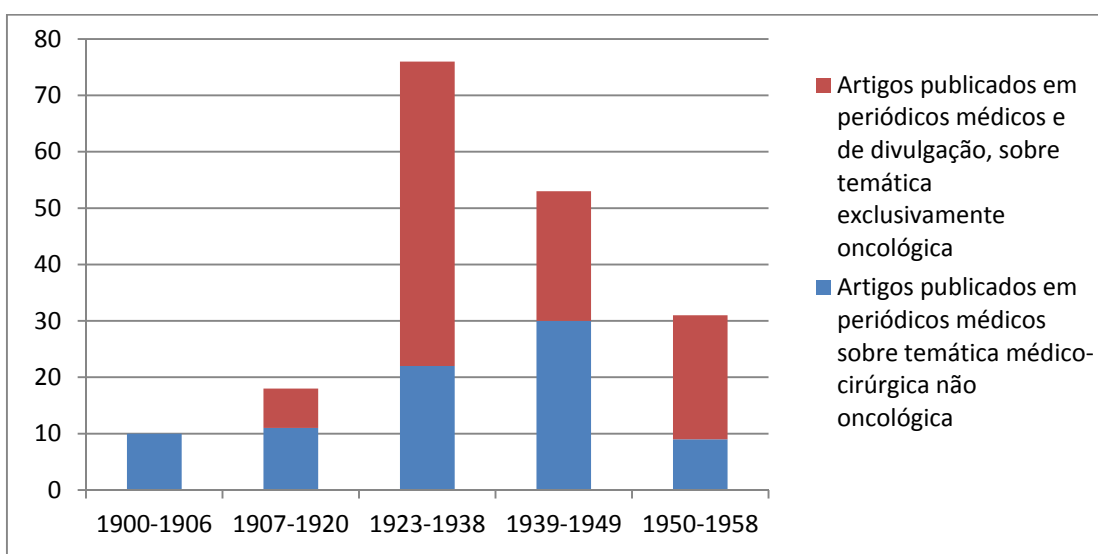
⁵⁴⁸ Cf. GENTIL, Francisco; DIAS, M. Th. Furtado – “Étude d’une nouvelle technique pour l’application viscérale du radon.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 22. N° 3 (1950), pp. 292-303.

⁵⁴⁹ Cf. GENTIL, Francisco – “A amputação da mama por carcinoma, técnica operatória.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2 (1928), pp. 138-151.

comparência frequente em congressos internacionais acerca de oncologia, sobretudo o particularmente concorrido *Congresso Internacional de Luta Científica e Social contra o Cancro*.

Em Portugal, numa fase inicial fazia-o sobretudo no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, a que se seguiu o *Arquivo de Patologia* a partir de 1925 e mais tarde a *Clínica Contemporânea*, para além de uma série muito frequente e regular de pequenos artigos de divulgação e propaganda no *Boletim do IPO*, órgão de maior projecção social do trabalho realizado no Instituto.

Gráfico 9 – Artigos publicados por Francisco Gentil em periódicos científicos (1900-1958)



Fonte: Bibliografia de Francisco Gentil. Cf. o anexo 3.

Os trabalhos desenvolvidos por Gomes da Costa e Francisco Gentil sobre a acção da insulina nos tumores, chegaram a causar grande impacto no seio da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, permitindo antever aplicações terapêuticas da insulina nos cancros externos, o que acabou por não se confirmar.

Como era apanágio do pensamento de Gentil, os sucessos e insucessos eram as duas faces de uma moeda que só tinha valor quando se encontravam reunidas num mesmo lugar, daí que a publicação dos resultados fosse revestida de um sentido crítico permanente: “Doentes, estudo, porta aberta a todos quantos honestamente queiram trabalhar, fechada ao milagre cabotino dos que rufam o tambor e só possuem sucessos, no Instituto

Português de Oncologia há êxitos e insucessos, mas todos são severamente registados para nosso ensinamento.”⁵⁵⁰

Outra das áreas que também assistiu a um interessante e consistente conjunto de trabalhos de investigação foi a da radioterapia, inicialmente pela mão de Bénard Guedes,⁵⁵¹ mas também este contou com a colaboração, nalguns casos esporádica, noutra mais continuada, de Francisco Gentil, que muito se dedicou ao uso concomitante da radioterapia com a cirurgia.⁵⁵² Os temas versavam principalmente a patologia oncológica ginecológica-mamária e o uso terapêutico das radiações, associação que se fez por longos anos no seio da prática radiocirúrgica entretanto estabelecida no IPO, e não faltou ainda a experiência em parceria com Gomes da Costa, sobre o efeito dos raios X nos tumores submetidos à aplicação de insulina.⁵⁵³

Um dos contributos mais interessantes que resultou dos estudos de Francisco Gentil, Bénard Guedes e Henrique Parreira, foi certamente ao nível da compreensão do metabolismo da glicemia pela aplicação de radiações. De facto a glicemia aumentava, mas mostraram que as modificações desta eram muito diversas, se se irradiasse uma neoplasia maligna ou um tecido normal, o que contrariava a hipótese de uma acção geral das irradiações sobre o metabolismo global do organismo.

Assente nos mais modernos métodos laboratoriais, os trabalhos de investigação do Instituto eram reconhecidos e tidos como referenciais, balizados como estavam pelas novas orientações experimentais de Athias. O caminho trilhado pelo Instituto nesta matéria, enquadrava-se claramente nas emergentes necessidades de formação médica, onde “*Os problemas sempre tão debatidos da herança cancerosa e do contágio, e que*

⁵⁵⁰ GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 15.

⁵⁵¹ Cf. GUEDES, F. Bénard – Sobre o tratamento dos fibromiomas e hemorragias uterinas pelos raios X e pelo rádio (resultados de 10 anos de prática) ” *Lisboa Médica*. Vol. 2 (1925), p. 16; idem – “Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Röntgentherapie des Brustkrebses.” *Sonderdruck aus Int. Radioth.* Vol. 2 (1926/7), p. 831, idem – “Notas estatísticas sobre o tratamento do cancro do colo do útero pelas radiações.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), p. 5, idem – “Die Radiotherapie des Karzinome des Collum uteri.” *Strahlentherapie*. Vol. 54 (1935), p. 238, idem – “La diathermie gynécologique, moyen auxiliaire précieux de la curietherapie uterovaginale.” *Vª Congrès Int. Physiothérapie*. Liège (1931), e idem – “Roentgentherapie do cancro da mama. Primeiros resultados.” *Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Vol. 62 (1944), p. 113.

⁵⁵² Cf. GENTIL, Francisco; GUEDES, F. Bénard – “Sobre curieterapia nos carcinomas do útero.” *Lisboa Médica*. Vol. 2. Nº 8-9 (1925), p. 405 e idem – “Sobre roentgentherapie no cancro da mama. Técnica; resultados.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925/1928), pp. 122-137.

⁵⁵³ Cf. GUEDES, F. Bénard; COSTA, S. F. Gomes da – “Sobre a sensibilização do tecido neoplásico à acção dos raios X, pela aplicação prévia de insulina.” *Lisboa Médica*. Vol. 9 (1932), p. 767.

só argumentos estatísticos tão sujeitos a caução procuravam resolver, são pelos novos estudos fixados num estado constitucional fisico-quimicamente definido, permitindo reconhecer nos estados pré-cancerosos a constituição cancerosa, antes que o neoplasma se desenvolva, e até depois de uma intervenção prever a recidiva! Não virá longe o tempo em que à modificação do meio se vá procurar a cura... e de resto há a tendência a admitir que é este o processo por que as radiações actuam. São pontos ainda escuros, mas a que se antevê possível, e quem sabe se rápida, solução.”⁵⁵⁴

Tanto no *Arquivo de Patologia* como no *Boletim do IPO* é possível aceder a uma inusual quantidade de estudos e relatórios que provam a intensa actividade da instituição portuguesa nos diferentes ramos da cancerologia, sobretudo nos anos 30 e 40, atestando o destaque colocado no plano da investigação.

Para além dos trabalhos saídos da pena de Athias, Parreira, Gomes da Costa, Simões Raposo, Maria Teresa Dias ou Francisco Gentil, outros se destacaram, não tanto na área estrita da oncologia. Foi o caso da bioquímica, que teve em Avelar de Loureiro um investigador particularmente dedicado: entre 1927 e 1935 publicou uma interessante série de 16 artigos, nove deles nos *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie*, um na *Biochemische Zeitschrift* e os restantes seis no *Arquivo de Patologia*. O amplo leque de estudos que realizou versou a normalização das turvações nefelométricas, as reacções colorimétricas por oxidação, a fracção saponificável do óleo de fígado de bacalhau e a biologia do vírus da varíola-vacina.⁵⁵⁵

Francisco Gentil soube ainda tirar o melhor partido das possibilidades apresentadas pela presença no nosso país de refugiados estrangeiros de grande prestígio no mundo científico. Foi o caso do anátomo-patologista alemão Joachim Friedrich Wohlwill, refugiado da Alemanha nacional-socialista, que de 1934 a 1936 ocupou o lugar de prosector de anatomia patológica no IPO, enriquecendo com o seu trabalho e metodologia este sector fundamental da vida do Instituto, chegando inclusive a publicar os resultados de estudos que entretanto realizou sobre o carcinoma do colo do útero, e outras contribuições de natureza morfológica.⁵⁵⁶ Nessa altura, a histologia era uma das

⁵⁵⁴ SOUSA, Jaime Salazar de – “Necessidades actuais do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano L. Nº 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 383.

⁵⁵⁵ Cf. os 16 artigos discriminados no *Boletim do IPO*. Vol. 3. Nº 12 (1936), p. 6.

⁵⁵⁶ Cf. WOHLWILL, F. – “Sobre o estroma do carcinoma do colo do útero.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 8. Nº 1 (1930), pp. 64-102, e idem – “Contribuições morfológicas para o problema dos tumores (Três formas diferentes de neoplasmas rádio-sensíveis).” *Lisboa Médica*. Vol. 13 (1931).

áreas de maior carência no país, e o curso de histologia patológica que entretanto dirigiu, teve igualmente grande impacto no meio médico lisboeta, marcando em certa medida o fim de uma escola anátomo-patológica assente em princípios emanados da escola alemã. Em 1936 passou para o Hospital Escolar de Santa Marta, onde permaneceu até à sua partida para os EUA, em 1946.

Em termos globais, os anos 30 assistiram ainda a um período de intensa formação médica na área da oncologia, algo desusada entre nós, e que se destacava pelo aperfeiçoamento dos diferentes especialistas. Feito através de vários cursos, reuniões, conferências, lições e demonstrações de técnicas operatórias, tanto por médicos e cientistas nacionais mas sobretudo por estrangeiros, o intercâmbio com outros centros anticancerosos esteve sempre na agenda destas acções de formação, algo que não sendo inédito no país, o era certamente pela intensidade com que decorria, sobretudo numa área emergente como a oncologia.

Alguns exemplos disso foram os cursos intensivos de röntgenterapia e curieterapia nos finais dos anos 20 e princípio dos anos 30, ou ainda os diferentes ciclos de conferências em 1938 e 1939, em que participaram especialistas espanhóis, franceses, suíços e alemães nas áreas da radioterapia, nomes sonantes do seu tempo, com palestras de José Goyanes, Simone Laborde, H. Cramer, H. Holthusen, Max Askanazi e H. Shintz. Outros conferencistas incluíam o britânico Negus ou o francês Noiüy. Toda esta actuação se desenvolvia em âmbito e moldes universitários.

A radioterapia, fosse ela a aplicação dos raios X ou do rádio, foi claramente a área que mais realce assumiu, algo bem patente na transferência de conhecimentos e competências que se viram materializadas nas séries de lições sobre o cancro e seu tratamento, e ainda nos estágios entretanto realizados pelos colaboradores do IPO no estrangeiro.⁵⁵⁷

A presença destes destacados investigadores, alguns deles, na altura como ainda hoje, considerados pioneiros na investigação experimental do cancro, é exemplificativa do estabelecimento de um intercâmbio dirigido ao que de melhor se fazia nesse tempo.

⁵⁵⁷ Cf. as duas séries de lições de 1938-39 encontram-se publicadas no *Arquivo de Patologia*. Vol. 11. Nº 1 e 2 (1939).

Curso de Roentgenterápia e Curieterápia

Em 22 de Abril próximo inaugura-se no Instituto Português para o Estudo do Cancro (Instituto Português de Oncologia) o 3.º Curso de Roentgenterápia e Curieterápia, que terminará em 11 de Junho do mesmo ano.

Condições do Curso: 1.º—A inscrição é limitada a 8 alunos; 2.º—A importância da inscrição é de Esc. 500\$00, a satisfazer na Secretaria do Instituto até 20 de Abril; 3.º—O Curso compreenderá quatro lições teóricas por semana e exercícios práticos todos os dias; 4.º—Os alunos assistirão às Consultas de Cancerosos do Instituto; 5.º—No fim do Curso será passado um certificado aos alunos que tiverem frequentado mais de nove décimos das lições e dos exercícios práticos, demonstrando conhecimentos e aptidões.

Horário do Curso: Lições: Terças, quartas, sextas e sábados às 14 1/2 horas Consultas de cancerosos; Segundas e quintas às 14 horas. Exercícios práticos nos mesmos dias às 15 horas.

Figura 11 – Anúncio do 3º *Curso de Roentgenterápia e Curieterápia* na imprensa médica (1930). A formação médica na área das tecnologias terapêuticas da radioterapia teve particular ênfase no IPO, sobretudo ao longo dos anos 30.

Fonte: *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 11 (16 de Março de 1930), p. 100.

A inovação técnica e científica entrava pela porta da frente do IPO, constantemente, e sem constrições, quase sempre conduzida pela mão de Francisco Gentil e dos seus colaboradores mais directos. O intercâmbio regular e selectivo com as mais destacadas figuras médicas internacionais ligadas ao tratamento e investigação do cancro, permitiram-lhe trazer vários prelectores especialistas a Portugal, para a realização de algumas centenas de reuniões, palestras e conferências. Em paridade, as experiências clínicas, a descrição de estudos, a partilha de técnicas e métodos, tudo isto se tornou rotina a partir da segunda metade dos anos 30, conferindo ao IPO um lugar de oásis no contexto das denominadas ciências biomédicas⁵⁵⁸ em Portugal. Basta dizer que muitos artigos da autoria de investigadores do Instituto se viram publicados em vários periódicos médicos de divulgação internacional, de tal modo que em 1936 era possível contar 17 jornais científicos estrangeiros (entre espanhóis, franceses, alemães e italianos) com pelo menos uma publicação proveniente do IPO.⁵⁵⁹ No contexto interno,

⁵⁵⁸ O uso da denominação “ciências biomédicas,” corresponde à classificação que Celestino da Costa atribuiu às ciências médicas e biológicas nas suas aplicações à medicina e à farmácia. Neste caso, incluía, no tocante a Lisboa, aos institutos e laboratórios da FML, os centros de investigação clínica e laboratórios dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o Instituto Científico de Bento da Rocha Cabral, e ainda o Instituto Português de Oncologia e suas secções. Cf. COSTA, A. Celestino da – *O Problema da Investigação Científica em Portugal*. Coimbra, 1939.

⁵⁵⁹ A listagem é constituída por: *Acción Médica*, *Anales de Medicina Interna*, *Archives d'Electricité Médicale*, *Archivio Italiano di Chirurgia*, *Archivos Españoles de Oncologia*, *Biochemische Zeitschrift*, *Boletín del Instituto de Medicina Experimental*, *Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, *Comptes Rendues des Scéances de la Société de Biologie*, *Galícia Clínica*, *Internationale Radiotherapie*, *La Presse Médicale*, *Lyon Chirurgical*, *Praktische Karzinomblätter*, *Strahlentherapie*, *Tumori*, e *Zeitschrift für Krebsforschung*.

para além do *Arquivo de Patologia*, também é possível encontrar artigos em todas as principais revistas médicas portuguesas coevas.⁵⁶⁰

Numa altura em que ainda se discutiam e debatiam os novos rumos da medicina e da investigação médica nacional, surgiram propostas para a criação de um curso superior de medicina dirigido ao professorado, onde a primazia estivesse na bioquímica, e ainda a criação de um laboratório oficial de investigação biológica e físico-química. Com as devidas reservas, o discurso de Jaime de Sousa à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em 1932, permite-nos julgar deste lugar destacado já gozado pelo IPO, mediante as críticas feitas ao restante contexto da investigação biomédica nacional:

*“(...) ao menos que se faça desde já um laboratório oficial de investigação biológica e físico-química completamente apetrechado, mandem-se desde já lá fora os futuros investigadores, mas escolhidos nas três faculdades entre os novos, que para a investigação mostrem competência, para que esta se não limite à inútil hecatombe de animais de experiência repetindo o que já é banal ou corriqueiro, ou o que nada vale. Mas pague-se aos investigadores que produzirem trabalho útil ou científico, e não se faça dessa instituição um nicho de apadrinhadas incompetências; não avaliar o trabalho pela assinatura do ponto, não transformar os investigadores em amanuenses de investigação...”*⁵⁶¹

Do mesmo modo, Celestino da Costa debateu-se por longo tempo com a necessidade de transformação do tecido científico nacional, referindo frequentemente o atraso português em matéria de investigação própria nos primeiros trinta anos do século XX:

“Portugal não tem constituído meio próprio sobre a Ciência. Assim, tem visto morrer muitas tentativas brilhantes de criação científica. Nas poucas vezes que no nosso país a investigação tem florescido, tem-se visto, precisamente, criar-se e desenvolver-se um meio científico. Quando um sábio consegue reunir a sua volta discípulos de

⁵⁶⁰ Cf. *Archives Portugais des Sciences Biologiques, Medicina Contemporânea, Boletim da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, Imprensa Médica, Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, Lisboa Médica e Portugal Médico.*

⁵⁶¹ SOUSA, Jaime Salazar de – “Necessidades actuais do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea.* (IIIª Série) Ano L. Nº 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 386.

merecimento, aos quais comunica o gôsto pelo estudo da ciência, formando assim escola, a sua obra tem probabilidades de perdurar.” ⁵⁶²

Longe deste quadro desfavorável pintado por Jaime de Sousa e Celestino da Costa sobre a realidade da investigação portuguesa, estava uma dessas poucas estruturas onde a investigação, de facto, floresceu.

Mais do que um hospital com funções estritamente assistenciais, consolidou a ligação umbilical entre a pesquisa científica e a prática clínica, conexão que também se desenvolveu noutros estabelecimentos de saúde coevos,⁵⁶³ mas em cujo domínio o instituto se tornou paradigmático no contexto hospitalar português, com contributos quantificáveis em termos de volume do trabalho publicado nas revistas médicas que criou e manteve.

Nesse domínio, transformou-se num caso raro na panorâmica científica nacional da década de 30 e 40. Aqui, a investigação não se fazia apenas à custa da habitual clínica. Para além dos gabinetes de consulta, das salas de operações, das cabines de raios X, e das instalações de radium, trabalhavam igualmente os laboratórios. A anatomia patológica, a físico-química, a fisiopatologia, e a biologia experimental, todos se conjugavam, tornando-o um local privilegiado para a pesquisa científica, mormente a relacionada com o cancro, mas sem rejeitar as demais áreas do saber biomédico.

A existência de um sistema de arquivo e registo de doentes, patologias, peças anatómicas e demais informação clínica, foram uma mais-valia à investigação. A bibliografia que o crescente número de investigadores podia consultar foi sendo progressivamente aumentada ao longo dos anos. Desde o início composta por revistas referenciais, como era o omnipresente *Bulletin de L'Association Française pour l'étude du Cancer*, assinado desde 1912, em meados dos anos 20 a biblioteca era já formada por dezenas de periódicos internacionais, que a tornaram referencial e única no país no tocante à cancerologia. Tendo começado em 1927 com algumas publicações, em 1934 e por troca com o Arquivo de Patologia recebiam-se já 73 revistas, de um total de 133 publicações periódicas existentes na biblioteca. O número de publicações obtidas por

⁵⁶² COSTA, A. Celestino da – “Considerações gerais sôbre a investigação científica em Portugal.” *Lisboa Médica*. Ano 7. 11 (1930), p. 93.

⁵⁶³ Se bem que por motivos diferentes, outro destes lugares onde se estabeleceu uma forte ligação entre a prática clínica e a investigação científica foi a Escola de Medicina Tropical e o Hospital Colonial de Lisboa. Cf. AMARAL, Isabel – “The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935).” *Dynamis*. Vol. 28 (2008), pp. 301-328.

troca aumentou ainda mais em 1945, recebendo-se nesse ano 97 revistas de 17 países. Em 1951 eram já 710, provenientes de 32 países. A par dos periódicos, a biblioteca contava nesse ano com um total de 3 198 livros.⁵⁶⁴

A fama que entretanto corria sobre as possibilidades técnico-científicas do Instituto serviu para alicerçar um lugar muito próprio entre as demais instituições dedicadas às ciências biomédicas:

*“A Direcção procurou sempre satisfazer, na medida das disponibilidades financeiras do Instituto, os pedidos do pessoal que cumpriu, quer pelo que respeita à aquisição de material, quer pelo que se refere à melhoria das instalações. Daqui, certamente, em grande parte a fama que, felizmente, já corre pelo país de que o Instituto Português de Oncologia é um dos meios mais agradáveis para nele trabalharem os que querem aprender e desenvolver a sua acção, dentro duma profissão que, quanto mais avançamos no progresso, mais ricos são os elementos de que carece para o seu perfeito exercício.”*⁵⁶⁵

Numa altura em que a própria condição do investigador não era favorecida entre nós, a sensação de isolamento destes investigadores face à realidade científica estrangeira era coisa que não existia. O envio de assistentes do IPO ao Institut du Cancer em Paris,⁵⁶⁶ considerado o centro de excelência mundial na área da radioterapia e um dos melhores centros anti-cancerosos do mundo, ilustra bem o alto nível de preparação técnico-científica que se pretendia conferir a esses profissionais. Foram estes os mesmos que posteriormente desenvolveriam as suas funções no Instituto, aplicando as mais recentes inovações, mormente no âmbito da radioterapia e da física das radiações.⁵⁶⁷

A própria edificação dos diferentes pavilhões do IPO também obedeceu à transferência de conhecimentos sobre a protecção contra radiações, trabalho muito

⁵⁶⁴ Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº 11 e 12 (1951), p. 26.

⁵⁶⁵ PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 28.

⁵⁶⁶ Fundado em 1922, o Institut du Cancer em Villejuif (denominado Institut “Gustave Roussy” desde 1948) inaugurara a mais recente unidade de braquiterapia com Jean Pierquin, Georges Richard e Simone Laborde. Esta última, visitou Portugal em 1938 no decurso da primeira série de lições sobre o cancro que decorreram no IPO.

⁵⁶⁷ Cf. KABZINSKA, Krystyna – “Os estudantes do Laboratório Curie no Instituto do Rádio, em Paris, e os pioneiros do estudo do cancro em Portugal.” *Gazeta de Física*. Vol. 12. Nº 3 (1989) pp. 102-111.

desenvolvido em França e na Suécia, e que serviu como base para as normas de protecção dos funcionários e doentes.

O recurso a estágios em centros hospitalares estrangeiros foi hábito comum para muitos médicos do IPO, financiados sobretudo através de bolsas da Junta para Educação Nacional (mais tarde IAC), da LPCC ou outras. A investigação estava de tal forma irmanada com o ensino, que o trabalho de pesquisa não estava concentrado nas mãos de docentes ou de formandos em fase de pós-graduação, sendo ao mesmo tempo distribuído pelos assistentes da casa. A missão de estudo realizada desde 1938 por Manuel Prates a Moçambique, com o intuito de realizar um estudo clínico e anátomo-patológico das neoplasias do fígado dos indígenas dessa província, é outro exemplo do investimento realizado em matéria de investigação, feita com recurso a um desses assistentes.

Contudo, a remuneração destes profissionais nem sempre correspondia ao brilho da investigação, e apenas uma parte deles se encontrava em dedicação exclusiva de funções, com a correspondente retribuição financeira. A outra parte – a maior parte – exercia funções de docência universitária, o que obviava os problemas da remuneração mas não os da exclusividade. Existiam ainda os formandos em fase de preparação da especialidade e os bolseiros. O número de investigadores adstritos ao quadro manteve-se limitado ao corpo médico e técnico. Em 1939 eram 25, e em 1945 eram cerca de 30 os profissionais (médicos e demais cientistas) que trabalhavam no Instituto, “(...) *alguns deles sem remuneração, e outros pagos como os de serviço de duas horas diárias quando no IPO muitos passam ali mais de 60 horas por semana e expõem, apesar das precauções tomadas, a saúde e a vida.*”⁵⁶⁸

A compensação material dos investigadores era assunto não menosprezado pela comissão directora, ciente da necessidade de alguns deles em angariar os recursos suficientes para o sustento próprio. O problema da remuneração obrigava em muitos casos a recorrer ao acumular de cargos e funções, problema que se estendia à quase totalidade da comunidade científica portuguesa. Faltava, e durante muitos anos faltou uma carreira de investigadores. Se bem que estudada e projectada, permaneceu não regulamentada, nem implementada, o que apesar de tudo não trouxe consequências para o funcionamento dos planos de pesquisa traçados pelo estabelecimento de Palhavã.

⁵⁶⁸ GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 25-26 (Março e Abril de 1945), p. 16.

Este problema era pontualmente resolvido com prémios da iniciativa pública ou privada, geralmente atribuídos aos melhores trabalhos científicos, reforçando a meritocracia e incentivando as possibilidades de investigação existentes. Um desses exemplos proveio da firma minhota J. da Silva Pereira, empresa que em 1944 criou um prémio de 50 000\$00, com a finalidade de: “(...) *com o seu rendimento auxiliar as investigações científicas que permitam alcançar o segredo do cancro.*”⁵⁶⁹ Outros incentivos eram de natureza mais coerciva: a comissão directora deliberara em 1938 não reconduzir pessoal médico e técnico noutra categoria, que não apresentasse, pelo menos de dois em dois anos, qualquer trabalho digno de publicação, e que não cumprisse a obrigação, imposta por Gentil, de estudar especialmente determinados assuntos referentes aos casos de tumores malignos observados e tratados no Instituto.⁵⁷⁰

A actividade científica do Instituto era devedora da investigação que nele se realizava. Manifestando-se de diversas formas, que iam da publicação de artigos originais resultantes de observações e investigações próprias, passando por lições clínicas e sessões operatórias, reuniões para a apresentação e discussão de casos clínicos, havia ainda conferências por cancerologistas convidados, a par da frequente representação do Instituto em reuniões fora do país.

No contexto científico, o seu contributo foi pioneiro na estruturação e normalização da investigação científica oncológica portuguesa. Os trabalhos publicados versavam praticamente todos os grandes capítulos da oncologia clínica e experimental. Tornando-se rapidamente num exemplo de modernidade científica, fosse pela adopção integral de paradigmas de investigação ainda emergentes entre nós, fosse pelo lugar destacado que assumiu no processo da produção científica própria, marcou a formação de um conjunto de técnicos médicos e não médicos que se tornaram a imagem viva de uma instituição talhada para uma actividade mista, dedicada em primeiro lugar à investigação, e só depois ao ensino e à assistência.

Esta trilogia, “*Investigação, ensino e assistência*”, premissa que Gentil sempre defendeu e continuamente reproduziu, criou as condições necessárias à renovação da pesquisa científica não só na oncologia, mas também no modo como a medicina nacional se passava a compartimentar.

⁵⁶⁹ Portaria nº 10 581. *Diário do Governo*. Iª Série. Nº 8, de 13 de Janeiro de 1944, pp. 24-25.

⁵⁷⁰ Cf. ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 58.

Nesse sentido, teve duas consequências fundamentais para a medicina portuguesa: por um lado, criou um corpo de médicos voltados para a prática hospitalar ultra-especializada cujos interesses eram distintos dos da medicina liberal, dando origem a uma nova elite voltada para a investigação; por outro, criando as condições para uma especialização oncológica que se baseava, na sua expressão máxima, num monopolismo institucional do tratamento da doença, participando indirectamente num processo de perda de autonomia da clínica livre na sociedade.

3.3 – Actividade assistencial, financiamento e modelo de funcionamento

*“O doente é, felizmente, como o capital,
e afluí onde sente poder confiar.”⁵⁷¹*

Francisco Gentil, 1953

No quadro assistencialista português dos anos 20 e 30, a luta contra o cancro enquadrava-se ideologicamente no primado do higienismo e da medicina preventiva. Apesar disso, a cultura sanitária dominante concedia ao IPO alguma folga na expressão das funções que lhe estavam legalmente atribuídas.

Apesar de estabelecido e imbuído desse espírito, o Instituto ocupou um lugar de manifesta independência funcional, conquanto fosse tutelado pela orgânica estatal. A Constituição de 1933 reforçou o papel do Estado em matéria de higiene pública,⁵⁷² e por longo tempo o IPO se manteve englobado nas poucas estruturas higio-sanitárias sob a alçada do poder político, controle esse realizado através da orgânica funcional do Ministério da Instrução.

Assim permaneceu até à reforma dos serviços de saúde e assistência dos anos 40, sem que esta tivesse promovido alterações de fundo na sua organização ou subordinação hierárquica. Enquanto estrutura hospitalar, viu-se incrementado em meios e capacidade de tratamento, sendo uma instituição apartada das demais. Nessa altura, a esmagadora maioria delas pertencia às Misericórdias, e poucos eram os hospitais directamente geridos pelo Estado. Para assegurar a total cobertura do território nacional no respeitante à luta anticancerosa nos seus múltiplos aspectos, o país considerava-se dividido em três zonas, Norte, Centro e Sul, mas apenas o Centro de Lisboa funcionava, cobrindo todas as necessidades nacionais.⁵⁷³

⁵⁷¹ GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)” *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 1 (1953), p. 2.

⁵⁷² No seu artigo 40º, a Constituição referia que “*É direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade da alimentação e da sua higiene pública.*” Cf. *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA* – Lisboa: Imprensa Nacional, 1933, Artº 40º.

⁵⁷³ Cf. o DL nº 36 600, de 24 de Novembro de 1942.

A reforma dos serviços de saúde e assistência de 1945,⁵⁷⁴ continuou a privilegiar a inclusão do IPO no Ministério da Educação Nacional, o que desde logo o colocava num lugar aparte no quadro da política de saúde, em circunstâncias administrativas similares às do Hospital Escolar da Universidade de Lisboa. Em matéria sanitária, a assistência social emanada do Estado tinha uma acção de profilaxia e defesa contra a tuberculose, o sezonismo, o cancro, as doenças infecciosas, as anomalias mentais, as de nutrição e as adquiridas no decorrer do trabalho. Esta acção assistencial e profilática era desenvolvida através de institutos especializados, concebidos como órgãos de coordenação da assistência.⁵⁷⁵ A função do Estado e das autarquias na prestação da assistência mantinha-se supletiva das iniciativas particulares, que seriam orientadas, tuteladas e favorecidas pelo Estado, sem haver no entanto, qualquer perda das características particulares.⁵⁷⁶

Se antes dessa reforma já era grande a disseminação dos serviços de saúde, apesar dos objectivos centralizadores do decreto que deu forma à reforma, continuou a ser ainda grande a dispersão de serviços e estabelecimentos com funções nos domínios da sanidade e assistência fora da dependência do Ministério do Interior.⁵⁷⁷

Tendo permanecido fora do aparelho burocrático entretanto criado para englobar os serviços de saúde e assistência, o IPO fazia parte daquele conjunto de múltiplas instituições específicas nas doenças a que se dedicavam, autónomas e independentes entre si, captando recursos financeiros significativos. Nesse sentido encontrava-se em

⁵⁷⁴ Cf. o DL n° 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

⁵⁷⁵ Vejam-se as Bases VII e seguintes da Lei n° 1 998 e ainda os artigos 113° e seguintes do DL n° 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

⁵⁷⁶ Cf. a Base III e IV da Lei n° 1 998, de 15 de Março de 1944.

⁵⁷⁷ No Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social – os serviços de assistência dos organismos corporativos e os das instituições de previdência; no Ministério da Justiça – os Serviços Jurisdicionais de Menores e a Federação Nacional das Instituições de Protecção à Infância; no Ministério da Guerra – Pupilos do Exército, o Instituto de Odivelas, os Serviços de Saúde do Exército e os serviços de assistência aos militares tuberculosos; no Ministério da Marinha – os serviços de saúde naval e os de assistência aos militares tuberculosos da Armada; no Ministério das Obras Públicas – o Comissariado do Desemprego; no Ministério da Educação Nacional – os serviços de saúde escolar, a Obra das Mães pela Educação Nacional, o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, o Instituto de Orientação Profissional, o Instituto Português de Oncologia, o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e o Hospital Escolar da Universidade de Lisboa. BRANDÃO, Diogo de Castelbranco de Paiva – “A obra de assistência do Estado Novo.” *Boletim da Assistência Social*. Ano 6° N° 65 a 70 (Julho a Dezembro 1948), p. 149. Em 1961 a dispersão mantinha-se sensivelmente nos mesmos moldes, com pequenas alterações pontuais que em nada retiravam o carácter de disseminação dos estabelecimentos e dos meios. Cf. *Sessão da Câmara Corporativa*, de 6/4/1961, p. 1295. (Sublinhado nosso)

paridade com as instituições dedicadas à tuberculose, ao paludismo, à lepra e à área psiquiátrica.

Legalmente integrada na actividade profilática de ordem sanitária da assistência social, obedecia a um plano de acção profilático nacional, mas mantinha uma autonomia considerável, com uma expansão prevista para o médio prazo. Nestas circunstâncias, na sede de cada uma das zonas (norte, centro e sul) deveria existir um centro do IPO, cuja actividade se destinaria a servir a população residente na zona geográfica correspondente. Mas apesar da funcionalidade tridimensional que originalmente o caracterizava – *investigação, ensino, assistência* – o IPO tornou-se acima de tudo um centro de tratamento, num país com vários défices assistenciais a esse nível. Assumiu, em certa medida, as funções de um verdadeiro hospital geral, parcialmente desviado da sua função primordial, o que lhe valeu algumas críticas nesse sentido, sobretudo de 1948 em diante.

A luta contra o cancro, vista como problema social, encontrava-se enquadrada por uma política claramente preventiva, feita com recurso ao diagnóstico precoce. O envio de doentes ao Centro anticanceroso, passava não só pela eficácia deste mesmo diagnóstico, mas também pela sensibilidade dos médicos, que cada vez mais remetiam os casos suspeitos a uma instituição que expandia rapidamente o seu número de inscritos. Tratavam-se os realmente cancerosos, mas também era extensa a lista das lesões não cancerosas ou pré-cancerosas detectadas.

Era ainda habitual o envio de doentes provenientes da clínica privada, fosse para realizarem radioterapia curativa, ou para serem irradiados como complemento de actos cirúrgicos, ou ainda para os preparar para um maior êxito operatório. O número absoluto de doentes inscritos cresceu rapidamente; eram provenientes de todo o país, incluindo alguns poucos dos territórios ultramarinos. (Veja-se o quadro 15)

Quadro 15 – Doentes inscritos no IPO (1928-1939)

Ano	Doentes inscritos	Doentes novos	Neoplasias malignas	Neoplasias benignas	Sem neoplasia
1928	952	—	627	35	290
1929	1552	570	1026	170	326
1930	1992	470	1201	93	698
1931	2226	234	1275	227	724
1932	2406	176	1353	241	809
1933	2532	1714	1330	267	935
1934	2821	1895	1442	265	1114
1935	3188	2161	1839	Incluídas	1349
1936	3550	2270**	2034	Incluídas	1691/175*
1937	3223	2025**	2184	Incluídas	2144/1045*
1938	3615	1875**	1901	443	2577/1306*
1939	3827	2131	2572	520	2537/1282*

Fonte: *Boletim do IPO*. (1934-1940).

* Doentes observados mas não inscritos. Desde 1 de Outubro de 1936 que se deixaram de inscrever doentes sem neoplasia, o que não significa que não continuassem a ser observados no IPO um número crescente de doentes.

** Dados aproximados.

Como se procedia à admissão dos doentes? Se bem que podiam ser encaminhados por qualquer médico directamente ao Instituto em caso de suspeita de doença oncológica, inicialmente eram provenientes do Hospital Escolar de Santa Marta. A abertura da consulta de rastreio alargou o acesso à instituição, mas a maioria dos admitidos continuava a proceder de hospitais públicos ou das Misericórdias. O restante era encaminhado a partir da clínica privada, sendo enviados com cartas de recomendação, o que chegava a suscitar a manutenção de correspondência sobre alguns dos casos, como aquela que Francisco Gentil manteve com Bissaya Barreto acerca de alguns doentes que este lhe remeteu.⁵⁷⁸ No caso de doentes pobres, incapazes de pagar o seu tratamento, pertencia às câmaras municipais deliberar sobre a hospitalização dos pobres do seu concelho, sendo responsáveis pelo pagamento das despesas inerentes ao transporte e tratamento dos doentes oncológicos que eram admitidos com guia passada pela própria câmara.

Em termos administrativos, os doentes a tratar podiam ser incluído numa de três categorias contributivas: doentes *pensionistas*, *porcionistas* ou *gratuitos*. A primeira categoria era aquela que não se fazia acompanhar de um termo de responsabilidade de uma instituição ou que não apresentava atestado de pobreza. Como tal, satisfiziam o preço da tabela das consultas e tratamentos, segundo tabela aprovada na instituição. A

⁵⁷⁸ Cf. FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932)

segunda categoria correspondia aos doentes que se faziam acompanhar de um termo de responsabilidade das Câmaras Municipais ou de outras instituições que beneficiavam de condições especiais. Por fim, a última categoria, que correspondia à grande maioria, era formada por aqueles que apresentassem um atestado de pobreza exarado pela Junta de Freguesia da sua área de residência. Existia ainda uma outra categoria para os que não se incluíam numa das duas últimas categorias, ficando em *situação provisória*, durante a qual lhe eram prestados os tratamentos gratuitamente, aguardando-se, por um prazo de oito dias, que regularizasse a sua situação.

De acordo com o Código Administrativo⁵⁷⁹ e a Lei nº 1.998 de 15 de Março de 1944,⁵⁸⁰ cabia aos municípios suportar os encargos de tratamento de todos os pobres e indigentes com domicílio de socorro no respectivo concelho. Esta obrigação municipal, que era muito anterior a esta data, criou problemas habituais ao IPO. Dada a natureza socioeconómica de uma fatia considerável do tecido humano português, esta obrigação pesava de sobremaneira no orçamento de muitas Câmaras, e não raro os hospitais centrais se viam obrigados a utilizar meios coercivos para conseguirem reaver o pagamento dos tratamentos realizados. Algumas Câmaras, de molde a contornarem essas obrigações, endossavam-nas às Comissões Municipais de Assistência. Outras ainda, negavam ou demoravam a guia de responsabilidade aos munícipes, o que no caso do tratamento de doentes oncológicos levou a que casos potencialmente tratáveis fossem irremediavelmente perdidos, fruto dos atrasos na atribuição da dita guia. A constatação desta realidade não deixou de ser aflorada na própria imprensa médica, com o relato de alguns casos dessa natureza, pelo menos desde a década de 30.

Aludindo a um desses casos que acompanhou, Xavier Morato concluía:

“Nada nos prova que a evolução deste caso teria sido diferente se as guias da Câmara tivessem sido concedidas na altura competente. Mas é lícito admitir que o que se passou com esta doente se passa com centenas de outros doentes, por todo o País, e que se dariam os mesmos factos mesmo que o diagnóstico tivesse sido mais precoce. – A experiência criada na Consulta Externa do serviço hospitalar, onde somos interno,

⁵⁷⁹ Nos termos do nº 7 do artigo 751º do Código administrativo, a responsabilidade das Câmaras circunscrevia-se apenas às despesas de tratamento e de transporte relativas a doentes admitidos nos Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospital Escolar, Hospital de Santo António do Porto, Hospital da Universidade de Coimbra, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

⁵⁸⁰ Cf. o Estatuto da Assistência Social de 1944, aprovado pela Lei nº 1 998, de 15 de Março de 1944.

*prova-nos que estes factos se repetem frequentemente – A razão de que as Câmaras Municipais teem os seus orçamentos gravemente perturbados pelas dívidas aos Hospitais Civis de Lisboa é uma grande e forte razão de ordem económica e financeira, concordamos. Mas que essa razão sirva para levantar escolhos ao tratamento eficaz dos doentes pobres, com prejuízo individual e por vezes colectivo, parece-nos duplamente criminoso.”*⁵⁸¹

A própria epistilografia trocada entre o Francisco Gentil e Bissaya Barreto não deixa de colocar o dedo na ferida aberta que era o atraso habitual no encaminhamento dos cancerosos. Ao referir-se a um caso que lhe havia sido enviado em Fevereiro de 1932, Gentil aproveitou para um pequeno desabafo onde expressa o que parecia ser um hábito comum:

*“Afinal a doente que eu vi e operei com um cancro do grande lábio não é aquela que ontem me falou. Essa só hoje me foi mostrada. É a observação 6 979 = 28 J [aneiro] de 1932 e foi aqui recebida no fim de Janeiro por ter ido ao Hospital de S. José e metida no asilo das Portas do Sol. De lá é que a enviaram aqui e só hoje [10 de Fevereiro] esperei ver a mesma Maria Rosa Lopes de 18 anos que o meu amigo aí libertou dos 7 meses de ... abandono.”*⁵⁸²

Estes episódios acabavam por ser frequentes, impedindo um tratamento atempado, o que acabava por pesar mais nas repercussões da mortalidade do que propriamente no financiamento do Instituto, que das Câmaras não obtinha senão uma pequena parte do seu orçamento. Mesmo assim, podia atingir valores consideráveis, inscritos na gestão dos débitos em falta, situação que se arrastou por largos anos. Desta realidade nos dá conta o administrador Mário Neves para o ano de 1938:

“Há ainda a notar que, durante o ano de 1938, não se cobraram 140.565\$00, correspondentes às importâncias facturadas às câmaras municipais por tratamentos de doentes que nos foram enviados da província com guias camarárias, e que se encontra

⁵⁸¹ MORATO, Manuel João Xavier – “Luta anti-cancerosa em Portugal e as Câmaras Municipais.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 53 (31 de Dezembro de 1933), p. 391.

⁵⁸² FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932), 10-II-1932.

também em débito, por conta de anos anteriores, a importância de 70.631\$00, da mesma proveniência.”⁵⁸³

Desde o início que as fontes de financiamento eram variadas e resultantes de procedências distintas. Nos anos 30, as principais eram as dotações orçamentais, que compreendiam as verbas concedidas pelo Estado e inscritas no orçamento do Ministério da Educação. A estas dotações acresciam ainda os rendimentos próprios provenientes dos tratamentos, hospitalização e análises pagas, assinaturas das publicações, donativos feitos directamente ao Instituto, e os subsídios do Instituto para a Alta Cultura.

Não sendo propriamente uma receita própria, os donativos feitos pela Comissão de Iniciativa Particular de luta contra o Cancro, mais tarde Liga Portuguesa Contra o Cancro, representavam o valor das aquisições ou de auxílios que essa entidade entendia ofertar perante necessidades prementes do Instituto, ou solicitadas pela sua comissão directora.

A contratação de pessoal, fossem eles médicos assistentes, enfermeiras ou investigadores, requeria por vezes o recurso a créditos especiais, e as despesas com alguns serviços, como o diagnóstico por raios X chegou mesmo a ver a sua actividade fortemente reduzida em 1938, altura em que só funcionava em casos absolutamente indispensáveis e mediante a autorização expressa do presidente da comissão directora.

Do relatório de 1938 sobre a sua actividade administrativa, é possível perceber que a vida económica da luta contra o cancro era fortemente dependente do financiamento estatal, quase sempre insuficiente para as tarefas em agenda.⁵⁸⁴ O aumento crescente de doentes, e conseqüentemente, de tratamentos, impuseram uma sobrecarga crescente sobre os rendimentos próprios, fonte que apesar de tudo permitiu colmatar muitos encargos que deveriam recair directamente na verba dotada pelo Governo. Estes rendimentos, a par dos donativos e legados, ainda serviram para obviar outros défices, que passavam pelos materiais de consumo clínico e pagamento de serviços.

Em 1952, apesar de constantes e repetidos pedidos de alargamento do quadro de pessoal, mantinha-se o quadro primitivo. Nesse ano, cada doente custaria ao Estado

⁵⁸³ Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 11. Mário Neves administrou o IPO entre 1938 e 1948.

⁵⁸⁴ Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939.

cerca de 50\$00 por dia, dos quais 30\$00 eram suportados por rendimentos próprios da instituição.⁵⁸⁵

Com efeito, o financiamento do IPO viu-se minorado pela publicação do Decreto nº 39 805, de 2 de Setembro de 1954, elaborado pelo Ministério do Interior, que reduziu a responsabilidade financeira das Câmaras Municipais perante os tratamentos dos doentes pobres, incluindo os oncológicos, mas sem que isso os tornasse totalmente gratuitos. Valeram-lhe, entretanto, as verbas próprias e os apoios da LPCC, com o que pôde inclusive contratar mais profissionais de saúde, tanto mais que o quadro do pessoal inscrito no orçamento de Estado era diminuto, e por longo tempo assim continuou.

Entretanto, o Instituto ia ampliando os seus serviços, o número de doentes e o de funcionários. Apesar do reconhecimento das dificuldades existentes pelas instâncias governamentais, a manutenção do estabelecimento fez-se à custa das receitas próprias e de dificuldades acrescidas na necessária expansão dos centros regionais.

3.3.1 – A vida diária do canceroso no circuito institucional

Admitido no estabelecimento, o doente passava por um circuito que começava pela realização do diagnóstico ou pela sua eventual confirmação. As consultas, que em 1938 chegaram às 9 254, eram rotineiras, absorvendo cada vez maior número de horas diárias e um número igualmente crescente de médicos assistentes que lhes estavam especialmente adstritos. As consultas gratuitas para os pobres, que pelo menos desde 1934 funcionavam todos os dias úteis às 15h00, serviram para incrementar significativamente o número de observações, e como tal, de cancros detectados.

Nas consultas de 1º exame fazia-se a selecção dos doentes: uns eram aconselhados a procurar outra instituição e outros eram classificados para as diferentes consultas, sendo remetidos aos laboratórios de análises clínicas e a exame radiológico. Desde que o IPO entrou em funcionamento, o diagnóstico era feito de acordo com um conjunto de exames: clínico, analítico, radiológico, endoscópico e histológico, que davam aos diferentes serviços laboratoriais um intenso movimento.

De todos eles, o histológico assumia um indiscutível lugar de destaque, sendo realizado de acordo com as premissas mais modernas, em termos de rapidez e

⁵⁸⁵ Cf. GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)” *Boletim de IPO*. Vol. 19. Nº 11 (1952), p. 10.

eficiência. Esta questão não era da exclusiva responsabilidade do anátomo-patologista, que dependia em muito do trabalho do cirurgião que biopsava, e ao qual competia a obtenção do fragmento/fragmentos a analisar.⁵⁸⁶ Quando a biopsia se realizava em boas condições, o exame de um fragmento tumoral dava ao anátomo-patologista todos os elementos para um diagnóstico seguro; pelo contrário, se a extracção do pedaço de tecido neoplásico fosse executado em más condições, a interpretação histo-patológica poderia levar a erros de diagnóstico da maior gravidade, com influência directa na estratégia terapêutica a seguir. Para isso, a arquitectura do próprio IPO tinha sido desenhada de forma a atender esta particular necessidade, com salas de análise histológica próximas das salas de cirurgia:

“Prepara-se o doente desde início com todas as condições necessárias a uma intervenção cirúrgica larga. Depois da anestesia (local ou geral, conforme os casos), extirpa-se ou um fragmento do tumor ou o tumor inteiro, mas não o órgão onde ele se implanta, e envia-se para exame histológico. Este é feito em condições da resposta poder ser dada em alguns minutos (máximo 10 minutos) (...) A sala onde se faz este exame deve estar colocada o mais perto possível da sala de operações para evitar as perdas de tempo.”⁵⁸⁷

Contudo, este procedimento implicava a existência de anátomo-patologistas em quantidade e qualidade, uma vez que exigia preparação e experiência em análises tão rápidas. Apesar de possuir estes especialistas desde o início, o Instituto teve ainda de proceder a milhares análise para outros hospitais, o que apoucava a disponibilidade dos mesmos.

Desde a sua fundação que o departamento de anatomia patológica contou com a direcção de Henrique Parreira, que organizou os serviços de diagnóstico. Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa desde 1925, a sua formação em anátomo-patologia tinha-se aperfeiçoado em Berlim, e mais tarde Estrasburgo, desta feita na área da oncologia. Colaborador directo de Francisco Gentil desde a primeira hora, era membro da Comissão de Classificação anátomo-clínica dos tumores, composta pelo anátomo-

⁵⁸⁶ Cf. as recomendações de Xavier Morato a este respeito in MORATO, Manuel João Xavier – “Uma causa de erro no diagnóstico histológico das neoplasias.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 41 (8 de Outubro de 1933), pp. 297-299.

⁵⁸⁷ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, pp. 75-76.

patologistas de maior nomeada. A colaboração posterior de outros anátomo-patologistas, vários deles médicos estrangeiros entretanto radicados ou em trânsito por Portugal, dotou o pequeno mas eficiente serviço hospitalar de uma reputação ímpar no país, realizando dezenas de milhares de exames ao longo dos anos, não só dos doentes do Instituto, mas também de outros provenientes de todo o país.

O exame radiográfico era igualmente utilizado, sobretudo para o diagnóstico dos tumores ósseos e dos órgãos internos, com uso de substâncias de contraste, ingeridas ou injectadas. Desde os alvares do IPO, as radiografias foram um elemento de diagnóstico muito frequente na prática médica diária, mas o exame clínico foi desde sempre fundamental, assente num registo escrito, e repetido a intervalos determinados, para completar a primeira impressão colhida.

Desde o princípio, a organização do trabalho obedeceu a um tipo de tratamento distribuído por especialidades médicas e cirúrgicas, que tinha por base o conceito de clínica oncológica como unidade funcional multidisciplinar. Assim divididos, os doentes eram distribuídos por serviços diferentes de acordo com a natureza da sua patologia, e com o principal método de tratamento a instituir. Na sua essência o tratamento entretanto ministrado pode-se considerar multidisciplinar, pelas diferentes especialidades que podia implicar, mas não era totalmente global. O conceito foi renovado em meados da década de 60, com a reorganização do Centro de Lisboa por clínicas oncológicas multidisciplinares, tornando-se no novo modelo de organização do tratamento. Dirigidas ao tratamento global das patologias e não por especialidades como até aí, marcaram uma transição na metodologia organizativa do tratamento dos doentes, e não tanto das doenças em si.

O tratamento passava ainda por uma alimentação cuidada dos internados, rubrica que foi desde sempre encarada com muita atenção, sem que isso implicasse um aumento das despesas relativamente ao nível de outras instituições hospitalares coevas. De acordo com as palavras do administrador Mário Neves:

“Graças ao excelente governo da nossa Enfermeira-chefe, que tem a seu cargo o respectivo serviço, conseguimos alimentar uma média diária de 70 pessoas, entre doentes e pessoal que vive na instituição, pela módica quantia de 6\$00, incluindo pequeno almoço, com café, leite e pão com manteiga, almoço, compreendendo sopa, dois pratos, pão, sobremesa e vinho, e jantar, com o mesmo número de pratos, e incluindo rigorosas dietas para os doentes que delas carecem. (...) resolveu-se em 20 de Agosto dar também

*pequeno almoço aos doentes pobres que vêm ao dispensário, medida que se justificou, oportunamente, junto das instâncias superiores, esclarecendo-se que o estado de fraqueza em que muitos doentes se apresentavam ao tratamento não permitia, por vezes, seguir com utilidade a terapêutica aconselhada.”*⁵⁸⁸

O número de cancerosos pobres formavam a esmagadora maioria da crescente massa de doentes tratados, e assim foi quase sempre. Os problemas causados por esta doença, eram, apesar de tudo, mais sentidos pelas classes baixas e de fracos rendimentos, que para usufruírem dos recursos do Instituto apresentavam atestados de pobreza ou as guias camarárias com o mesmo fim. Dos 126 homens internados em 1938, 114 estiveram em regime de gratuidade, ao passo que das 351 mulheres, apenas 38 pagaram integralmente as suas despesas.⁵⁸⁹ A proveniência de todos aqueles que entravam no estabelecimento de Palhavã dividia-se de uma forma quase bipartida: 51,3% eram da capital, 46,2% das províncias metropolitanas, 1% das colónias e 1,5 % de residentes no estrangeiro, mais precisamente na Galiza.⁵⁹⁰ De futuro, estes números mantiveram-se praticamente inalterados ao longo dos anos 40 e 50, com variações de amplitude mínima, como se pode verificar nas estatísticas regularmente publicadas mensalmente no Boletim.

A criação do Serviço Social em 1948, único existente em Portugal e organizado à medida da realidade hospitalar norte-americana, tinha o propósito de colmatar os problemas da massa de doentes pobres que formavam a maioria da população de atendidos. No caso daqueles que provinham de fora da capital, competia-lhe velar o doente à sua chegada a Lisboa, adaptá-lo ao meio do Instituto, verificando se se destinava a ser internado ou a providenciar-lhe alojamento se fosse tratado em ambulatório. Não raro era necessário auxiliá-los monetariamente na obtenção desse alojamento. Nesses doentes em regime de ambulatório, velavam ainda pelo cumprimento das prescrições médicas, informavam as famílias da sua evolução e no caso de falecimento preparavam-na para esse evento. No momento da alta preparavam ainda o regresso, providenciando o pagamento do transporte, ajudando inclusive na adaptação do regresso ao lar, tanto mais que muitos regressavam mutilados.

⁵⁸⁸ PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, pp. 13-14.

⁵⁸⁹ Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 21.

⁵⁹⁰ Cf. “Balanço geral dos doentes enviados ao Instituto pelas várias provincias e colónias do país.” *Boletim do IPO*. Vol. 5. Nº 5 (1938), pp. 7-8.

E se possuimos dados claros sobre a proveniência geográfica e estrato social dos doentes, noutros parâmetros a estatística não nos permite extrair conclusões tão céleres. A eficácia dos tratamentos, e até as curas conseguidas, difíceis de contabilizar e verificar a médio e longo prazo, têm a ver com a impossibilidade de confiar nas estatísticas oficiais do próprio Instituto. Uma parte significativa dos doentes em fase de tratamento, ou dos já tratados, perdia o contacto com a instituição e havia um número considerável deles que abandonavam o Intitulo em diferentes fases do tratamento. Quer por receio de qualquer compromisso de ordem económica, quer por necessidade de fornecerem uma morada casual para efeitos de atestado, davam a morada errada, o que tornava difícil seguir o percurso de muitos desses doentes, e atestar dos reais índices de cura obtidos em contexto de análise estatística retrospectiva. Outra dificuldade prende-se com o facto de não existirem para esta altura os resultados dos períodos de sobrevivência, o que seria do maior interesse para a determinação exacta do número de curas definitivas.

Apesar destas restrições, que não eram exclusivas da realidade portuguesa, pois também eram referidas por aqueles que organizavam as estatísticas estrangeiras coevas, os números publicados em Portugal demonstram os benefícios da acção exercida pelo Instituto na sua luta contra o cancro. O número de doentes realmente curados inscrito na estatística oficial foi-se tornando progressivamente maior, como maior se tornaria o número daqueles que entretanto iam chegando às portas de Palhavã sem qualquer doença oncológica, apenas levados pela mera suspeita de cancro. (Quadro 16)

Quadro 16 - Percentagem de doentes curados (1928-1939)

Ano	Percentagem de doentes curados
1928	14,7
1929	20,9
1930	20,8
1931	23,1
1932	25,6
1933	31,6
1934	31,9
1935	35,7
1936	41,5
1937	43,3
1938	40,3
1939	46,3

Fonte: *Boletim do IPO (1934-1940)*

O aumento progressivo dos que aí acorriam tornou-se um problema sério, fortemente sentido já em finais da década de 30, o que obrigou a pedir autorização ao Governo em 1938 para despender a totalidade das verbas inscritas no orçamento e que não podiam utilizar em mais de 90% das dotações, pelas restrições entretanto impostas em 1937.⁵⁹¹ Outra das consequências foi a aprovação da construção do novo bloco hospitalar em 1939, concretizado apenas nove anos mais tarde.

O incremento do movimento hospitalar implicou novos investimentos em todo o pessoal, que entre médicos assistentes, chefes de serviço, enfermeiras, investigadores, técnicos, administrativos, serventes e criadagem, reunia 90 pessoas em 1938, número cada vez mais insuficiente e sobrecarregado.

Se em 1928-29, o serviço das consultas diárias era feito por dois assistentes e só duas vezes por semana, em 1934 o mesmo serviço ocupava quatro assistentes todos os dias úteis com uma média de 26 observações.⁵⁹² Das 2 036 consultas realizadas em 1928, passara-se para as 5 835 em 1931, 6 101 em 1935, atingindo-se as 11 735 em 1939. Os pensos realizados conferem uma dimensão ao trabalho de enfermagem, que dos 2 954 em 1935, se encontrava em 1939 nos 14 699. Em termos absolutos houve um crescimento muito significativo de todas as actividades no período que mediou entre a abertura do primeiro pavilhão em 1928 até 1939: cresceu o número dos observados, dos realmente doentes, dos tratamentos e dos exames diagnósticos.

Chegados a 1938, em cada dia útil realizava-se uma média de: 87 tratamentos por raios X, 44 pensos, 1 grande cirurgia, 2 pequenas cirurgias em ambulatório e 6 tratamentos por rádio ou radão.⁵⁹³ A média diária de consultas só de doentes cancerosos era de 26, e a média de tratamentos rondava os 70. (veja-se os quadros 17 e 18)

⁵⁹¹ Cf. a autorização no Decreto nº 29 150, de 18 de Novembro de 1938. Quanto às limitações impostas aos gastos veja-se o Decreto nº 28 409, de 31 de Dezembro de 1937.

⁵⁹² Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 1 (1934), p. 5.

⁵⁹³ Médias extrapoladas para o ano de 1938 a partir de 305 dias úteis, tendo por base os números expressos em PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, pp. 36-49.

Quadro 17 – Evolução do número de actos terapêuticos (1928-1939)

Ano	Rontgenterapia	Curieterapia*	Diatermia	Actos cirúrgicos**
1928	6528	485	361	—
1929	8977	s.d.	1599	—
1930	9243	s.d.	2965	—
1931	10986	—	3582	—
1932	13765	—	3596	—
1933	11400	—	4709	—
1934	12170	477	4558	—
1935	14942	5315	4017	476
1936	13000***	5000***	s.d.	s.d.
1937	21236	1709	s.d.	204
1938	26600	1880	s.d.	282
1939	29026	2439	s.d.	385

Fonte: *Boletim do IPO* (1934 - 1940)

* Por razões de segurança, a curieterapia esteve suspensa no Instituto de Novembro de 1931 a Outubro de 1933. As aplicações de rádio em carcinomas do colo do útero e as radiopunturas da língua realizaram-se na 1ª Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta.

** Dados existentes a partir de 1935. Os actos cirúrgicos referem-se apenas às denominadas “operações de alta cirurgia”, actos que requeriam bloco operatório e internamento, excluindo as pequenas cirurgias de ambulatório. Estas últimas eram geralmente o dobro das da “alta cirurgia”.

*** Número aproximado.

s.d. – sem dados

Quadro 18 – Evolução do número de exames diagnósticos (1928-1939)

Ano	Radiografias e radioscopias*	Análises histológicas	Análises clínicas (Inclui vacinas)
1928	293	564	1061
1929	205	769	1245
1930	434	850	943
1931	358	1020	1289
1932	601	1005	1182
1933	794	1009	1348
1934	0	1050	1486
1935	0	1027	2629
1936	s.d.	1277	2963
1937	s.d.	1386 **	4868**
1938	s.d.	2000	7300***
1939	s.d.	2368	9950

Fonte: *Boletim do IPO* (1934-1940)

* Em 1934 e 1935 não se realizaram radiografias no IPO

** Até 31 de Outubro de 1937

*** Número aproximado

s.d – sem dados

Se no final dos anos 30 o grande movimento exigia um urgente alargamento de instalações, dois anos após a inauguração do Bloco Hospitalar em 1948, admitia-se já a saturação das novas estruturas, pensadas para servir cerca de metade da população do espaço continental, e mesmo assim utilizadas para admitir e tratar doentes provenientes de todo o país.⁵⁹⁴ Os números correspondentes a 1949 mostram um total de 10 614 novos inscritos, 79 698 consultas, 60 052 tratamentos por raios X, 1.382 operações de “alta cirurgia”, 2 371 cirurgias em ambulatório e 4 473 tratamentos por rádio ou radão.⁵⁹⁵ Em poucos anos, o Bloco Hospitalar atingiu rapidamente a sua capacidade máxima de funcionamento, esgotando-se a capacidade prática de crescimento em meados da década de 50. (Quadro 19)

Quadro 19 – Comparação da actividade do IPO (1948-1959)

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Doentes inscritos	4881	10614	9833	9257	12364	12297	11738	11906	11165	11658	12496	12063
Consultas	19650	79698	87461	78601	95988	82540	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d
Alta Cirurgia*	905	1382	1257	1170	1627	956	1177	1144	1156	1247	1258	1671
Cirurgia de ambulatório**	2047	2371	2414	2538	2003	6809	6977	6959	7185	7035	7467	7139
Tratamentos por raios X (inclui o serviço de Chaoul)	47230	60052	67066	72556	71208	86598	58447	64327	64934	65080	81372	83364
Tratamentos por radio e radão	4706	4473	4842	5041	4963	3546	5277	7514	7392	7444	8589	9301
Radiografias e radioscopias	703	2657	4520	4844	5316	6142	9494	19148	18725	17854	21061	21343
Análises clínicas	17501	27463	33823	32603	35490	37329	40477	32284	36344	40030	45665	45060
Análises histológicas	5373	6475	6518	6726	7493	8400	8793	8892	9481	9681	9693	9776

Fonte: *Boletim do IPO* (1949-1960)

* Designação alterada para “Grande cirurgia” desde 1953.

** Designada por “Pequena cirurgia e biopsias” desde 1953.

s.d – sem dados.

⁵⁹⁴ Cf. RAPOSO, Luis – “Coimbra e o problema do cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 8 (1950), p. 6.

⁵⁹⁵ Cf. “Estatística da Luta Anti-Cancerosa em Portugal.” [1949]. *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº 1 (1951), pp. 9-12.

Isto não significa que todos os atendidos fossem cancerosos, uma vez que que lhe competia prestar assistência não só aos portadores de uma qualquer neoplasia, maligna ou benigna, mas também aqueles com lesões pré-cancerosa ou suspeitas, que constituíam a maior parte do movimento global.

Dada a grande afluência às instalações de Palhavã, sempre crescente, a disponibilidade de internamento exigia uma gestão rigorosa das camas disponíveis. Uma vez que cerca de metade dos atendidos ainda era proveniente de fora de Lisboa, os doentes da província eram encorajados a solicitar previamente, e por intermédio das Câmaras Municipais, que os elucidassem sobre as possibilidades de internamento, a fim de evitarem uma viagem que podia ser em vão, caso necessitassem de internamento e não houvesse vaga.⁵⁹⁶

Em meados da década de 50 houve necessidade de alargar ao exterior o tratamento dos doentes e de aumentar o número dos que podiam ser tratados. A criação do Serviço de Visitação Domiciliária inaugurado em Fevereiro de 1956 pretendia, entre outros objectivos de natureza assistencial e humanitária, aumentar anualmente o número de doentes hospitalizados através da diminuição do tempo de internamento, e ainda diminuir os custos com o tratamento daqueles internados. Em paridade, fazia-se prevenção de doenças oncológicas através do ensino, rastreio e tratamento precoce das famílias visitadas.⁵⁹⁷

A deslocação dos doentes provenientes um pouco de todo o país, obrigava-os a ir a Lisboa e aí permaneceram largo tempo. Esta situação era agravada pelas dificuldades económicas de uma população genericamente empobrecida: “ *O pior, porém, é que o maior número de pessoas que precisavam de tratamento não tem recursos nem para a viagem, nem para a sua estada na capital, e acabam quase sempre por ver agravados os seus padecimentos, sem que lhes possa dar remédio.* ”⁵⁹⁸

Apesar de esta ser uma realidade com que se deparavam grande parte dos afectados, a criação dos centros cancerosos previstos para o Porto, Évora e Portimão mantiveram-se congeladas até finais dos anos 60.

⁵⁹⁶ Cf. “Como utilizar os serviços do IPO” *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 7 (1953), p. 14.

⁵⁹⁷ Cf. “Serviço de visitação domiciliária do Instituto Português de Oncologia.” *Hospitais Portugueses*. Nº 50-51 (Abril-Maio de 1956), pp. 7-15. Também transcrito no *Boletim do IPO*. (Março de 1956).

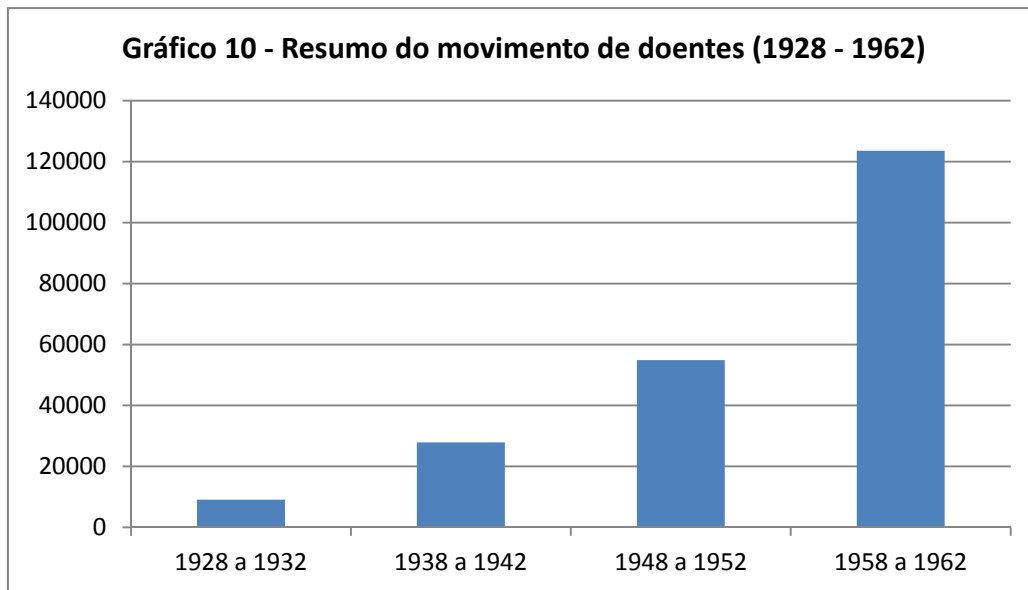
⁵⁹⁸ “Urge construir na capital do norte o centro anticanceroso já projectado oficialmente” *Diário Popular*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Ano 25. Nº 1 (1958), p. 7.

Se a abertura do Bloco Hospitalar em 1948 permitia aumentar a capacidade de tratamento, em consonância com as solicitações sempre crescentes do único estabelecimento hospitalar especificamente voltado para o tratamento dos cancerosos, a capacidade de resposta foi-se tornando rapidamente menor, o que obrigava a concretizar com urgência os projectos dos novos centros de Coimbra, Évora, Porto e Portimão. Tanto assim era, que para iniciar o “Lar dos que não têm lar”, libertou-se o 7º andar do Bloco Central destinado a alojar as estudantes de enfermagem que ali viviam, transferindo-as para um prédio alugado em frente ao portão do hospital.

E se as instalações lisboetas se congestionavam, em termos de profilaxia houve sempre um défice de resposta, colmatado ao longo dos anos por fases sucessivas de campanhas de sensibilização para o diagnóstico precoce. Em Março de 1956, e por iniciativa da Liga, deu-se início a uma Consulta de Profilaxia, que funcionava nos dias ímpares da semana, das 16 às 18 horas. Dedicada inicialmente ao rastreio do cancro do útero e da mama, o atendimento era gratuito para as mulheres provenientes dos bairros pobres.

O alargamento fez-se posteriormente a outros sectores da população, mas só em 1963 se criou uma Consulta Geral de Profilaxia, com a real finalidade de proceder a uma observação clínica no sentido da detecção precoce. Esta consulta teve um sucesso muito maior do que a anterior, sobretudo pelo alargamento dos exames que compreendia: exame geral, otorrinolaringológico, proctológico – com pesquisa de sangue oculto, ginecológico – com citologia, mamário, radiografia do tórax e análise sumária de urina e sangue). O seu impacto foi tal, que não sendo uma consulta gratuita, existiam longas listas de espera, sendo necessário proceder a marcações atempadas.

O movimento de doentes espelha não só os momentos em que as estruturas físicas foram sendo inauguradas, mas também um estabelecimento constantemente pressionado pela evolução de uma patologia que se tornara definitivamente no maior problema de saúde do pós-guerra. (ver o gráfico 10)



Fonte: *Boletim do IPO*. Vol. 37. Nº 1 (1971), p. 13.

Vítima do conjunto de obrigações a que estava sujeito, quer no diagnóstico, quer no tratamento, a necessidade de aliviar uma estrutura quase sempre congestionada tornou-se fundamental para garantir a sua capacidade de trabalho. Limitaram-se as inscrições dos não neoplásicos estabelecendo-se normas mais eficazes de triagem, mas não se alterou significativamente a situação.

A luta contra o cancro exigia descentralização e investimentos que tardavam em surgir, algo que se encontrava na razão inversa do real aumento de cancerosos. E o paradoxo instala-se, estabelecido entre o esforço de uma propaganda que insistia na vantagem dos exames de despistagem e as reais capacidades de atendimento:

“ (...) se o desafogo das consultas é desejável, pelo abrandamento do esforço exigido aos médicos e pessoal de enfermagem, ele não será possível enquanto funcionar apenas, como Centro Especializado, o Instituto de Palhavã. Realmente, não seria justificável e muitos não o compreenderiam, que a par de uma propaganda intensa, estimulando a população a fazer-se observar ao menor sinal que possa denunciar um tumor ou mesmo sem qualquer queixa, mas tão somente como medida de cautela que se aconselha, se viessem a excluir das consultas os que ali acorressem, levados, afinal, pela propaganda feita pela Luta Anticancerosa. Essa atitude seria, sem dúvida, uma contradição da propaganda que faria reflectir ou anular as intenções e os esforços da Luta Contra o

*Cancro. (...) E assim continua o IPO a lutar com um contingente exagerado de doentes...até que se inaugurem outros Centros especializados.*⁵⁹⁹

⁵⁹⁹ “Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades.” *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 6 (1961), p. 9.

3.4 – Uma estrutura *de* poder e *do* poder

“(…) a história da Medicina mistura-se, através dos séculos, com todas as outras manifestações sociais e do saber humano; por isso, nas diferentes épocas e repetindo-se quase monotonamente com as mesmas características, assistimos ao conflito entre os renovadores da medicina e as forças da reacção, como acontecia com todos os grandes e ousados homens, matemáticos e políticos, navegadores e músicos, trazidos mais vezes à convivência do público. A inveja, a brutalidade e a insídia são quase sempre o preço do génio e do heroísmo (...)”⁶⁰⁰

Fernando Namora

É sabido que nas sociedades modernas, todos os grandes domínios da actividade são dirigidos por instituições, atingindo algumas delas dimensões tanto mais consideráveis quanto beneficiam de um monopólio de direito.⁶⁰¹ As pesquisas elaboradas em vários países e em diversos tipos de hospitais têm mostrado que estas instituições se organizam de acordo com múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional, cujo funcionamento obedece a um conjunto alargado de objectivos particulares e linhas de direcção, próprios de cada grupo profissional que nele exercem funções, e onde se desenrolam.⁶⁰²

O hospital, é um local de convergência de processos sócio-históricos recentes, onde se foram incorporando progressivamente as decisões políticas do executivo sobre a saúde, mas que também se tem vindo a construir como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna.

Da análise de Michel Foucault, torna-se claro que a própria evolução do hospital se liga estreitamente à participação crescente dos médicos no seu funcionamento, através da sua constituição histórica enquanto lugar de aprendizagem e ensaio de novos conhecimentos médicos e métodos clínicos. *“Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas*

⁶⁰⁰ Cf. NAMORA, Fernando – *Deuses e demónios da medicina, Duas Palavras*. Lisboa: Livros do Brasil, 1952.

⁶⁰¹ Cf. CAMPENHOUDT, Luc Van – *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003, p. 262.

⁶⁰² Cf. CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares*. 3ª Edição. Porto: Afrontamento, 1998, p. 58 e seguintes.

*local de cura, «máquina de curar», mas também instrumento de produção, acumulo e transmissão do saber. Do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício do poder.»*⁶⁰³ No devir destas condicionantes, o hospital transforma-se, tornando-se ao mesmo tempo o lugar adequado e a contrapartida institucional da disciplina médica.

Para além disso, o hospital não é apenas uma instituição fundamental nos sistemas de saúde modernos, representando sobretudo a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Também neste sentido, Larson sugere-nos que a extensão contemporânea da dominação médica se interliga na história recente do hospital, de modo que o impacto social crescente da tecnologia médica nas sociedades modernas resulta do poder social conferido à profissão médica através dos hospitais e das universidades.⁶⁰⁴

Daí que a relação entre o poder médico e a estrutura hospitalar seja indissociável. De acordo com Michel Crozier e Erhard Friedberg, o poder é o fundamento do conjunto de relações que constituem os construídos organizacionais, e é a organização que regulariza o desenrolar das relações de poder. A possibilidade de se dispor de mais ou menos recursos e de uma maior ou menor margem de liberdade nas relações de poder, depende da situação social global de cada actor no quadro temporal, espacial e social, no qual se inscrevem as suas estratégias. Daí que os actores não disponham de iguais capacidades estratégicas, e, por outro lado, estas capacidades estratégicas são condicionadas pelas características estruturais da organização que delimitam o campo de exercício das relações de poder.⁶⁰⁵

Em certa medida, as políticas hospitalares, em todos os seus vectores da acção (de angariação de capital, de tecnologia, de recursos humanos, de organização das carreiras profissionais, de racionalização da gestão), determinam as orientações estratégicas das políticas de saúde em geral, conduzindo as trajectórias dos profissionais hospitalares. Logicamente, todas as medidas políticas dirigidas às condições materiais e técnicas que

⁶⁰³ MACHADO, Roberto – *Introdução – Por uma Genealogia do Poder*. In FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993, pp. XXI-XXII.

⁶⁰⁴ Cf. LARSON, M. S. – *The Rise of professionalism. A Sociological Analysis*. Berkley & Los Angeles: University of California Press, 1977.

⁶⁰⁵ Cf. CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard – *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil, 1977, pp. 61-68.

envolvem o desempenho das práticas médicas ou que produzem alterações na gestão dos hospitais, poderiam ser vistas como elementos determinantes para a estruturação/desestruturação das relações de poder entre os médicos e o poder político. Mais do que um mero lugar de repercussão automática das directivas político-ideológicas prevalentes, adapta-se às mudanças políticas e económicas, retendo um papel de relevo na definição e tomada de decisões acerca das políticas médicas e hospitalares específicas, às que correspondem processos específicos de produção e reprodução das relações de poder.⁶⁰⁶

Observado sob este prisma sociológico, o IPO constituiu-se como elemento determinante para a construção e sedimentação de uma estrutura de poder médico e inclusivamente político, no contexto governativo do Estado Novo. Como já foi referido, na base da reacção à doença pressupõe-se que exista uma compreensão que dela se expressa. Reagir-lhe implica requisitar e afirmar socialmente um poder e uma autoridade para o fazer. A acção daqui resultante, consiste em circunscrever os procedimentos definidos como necessários para tal fim, com base numa compreensão da doença que, dessa forma investida, impõe-se como a única possível. Portanto, se o cancro, de *per si*, não funda poder e autoridade, reforça-os, na reacção que suscita e promove.

Quando passa a ser entendido como flagelo social, a luta contra o cancro desperta reacções a esse nível. Trata-se de uma doença que se revelava como ameaça geral, que punha em risco a integridade do conjunto da sociedade. Em Portugal, se não foi o Estado Novo que fundou o campo da saúde pública, esta acabou por se redefinir e especializar sob sua tutela através da luta contra o cancro (entre outros flagelos), contribuindo, a esse nível, para afirmar a supremacia do IPO e dos oncologistas que nele trabalhavam, investigavam e se especializavam. Tal redefinição fez-se tanto pela prevenção através do diagnóstico precoce como no domínio exclusivo dos mais recentes e ultra dispendiosos meios de tratamento.

Este destaque institucional é tanto maior quanto mais mergulhamos nas políticas e rumos sanitários assumidos pelos responsáveis políticos desde 1926. Enquanto outros países europeus começavam nos anos 30 a encarar e assumir a saúde da população como um assunto de Estado, em Portugal os responsáveis pelo sector da assistência no

⁶⁰⁶ CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares*. 3ª Edição. Porto: Afrontamento, 1998, pp. 22-23.

Estado Novo não o faziam, baseando a sua acção numa atitude concomitantemente promotora e fiscalizadora das instituições privadas de assistência. Isto sucede numa altura em que a tendência geral no que tocava à organização dos serviços públicos se mostrava claramente inclinada a separar os serviços de sanidade dos de assistência, com visíveis vantagens na cisão desses dois campos, já reconhecidos como claramente distintos noutros países.⁶⁰⁷

Em matéria sanitária, o poder político chamava a si apenas as incumbências assumidas no domínio da saúde pública, remetendo a medicina curativa para o exercício privado, individual ou organizado, para a acção da assistência, fosse ela pública ou privada. Nesse sentido, o apoio que Oliveira Salazar desde cedo demonstrou ao projecto de Gentil, permitiu facilitar a acção do IPEC, estabelecimento que desde 1928 passa a designar-se por Instituto Português de Oncologia, mas sobretudo a agilizar a construção do Pavilhão do Rádio, para o qual também contribuíram as subscrições públicas de 1931, 1932 e 1933. Desde 1928 o apoio preferencial do Governo ao IPO tornou-se particularmente sentido, sobretudo quando directamente comparado com as demais estruturas hospitalares nacionais. De todo o investimento dispendido na área da assistência, apenas o combate à tuberculose assumiu maiores proporções, o que não surpreende, por ser esta a enfermidade de maior prevalência e mortalidade.

A visibilidade do auxílio governamental é indesmentida pela imprensa, onde é habitual encontrar as provas mais claras deste apoio oficial.⁶⁰⁸ E na verdade, as contribuições governamentais realizadas entre 1927 e 1935 foram a principal fonte de financiamento daquela que então era conhecida por todos como “*A obra da luta contra o cancro.*”

Menos conhecida é a amizade que os parece ter ligado, mas sem que atingisse o mediatismo de outras bem conhecidas no meio médico. De facto, a proximidade de

⁶⁰⁷ “*Por fins do passado século (XIX) os países, sobretudo os latinos, jungiam numa mesma organização os serviços de beneficência e de saúde; era o seguimento de uma norma que se adoptou quando os Estados tomaram para si a conduta e a responsabilidade de fiscalização sanitária. O avanço científico dos procedimentos de medicina preventiva e de salubridade, determinou um tão grande alargamento de funções que, quase de um jacto e em quase toda a parte, se foi estabelecendo a individualização do organismo a que coubesse o manejo do trabalho sanitário. Em algumas nações tal independência foi mesmo além da conformação de uma direcção geral para se lhe atribuir foros e extensão de ordem ministerial. Temos de reconhecer que da criação de Direcções Gerais de Saúde, assim individualizadas, resultou vantagem não somente pela elasticidade na aplicação dos recursos técnicos como também pela instigação que isso veio a provocar no estudo e regração dos seus processos, igualmente, no ensino e difusão dos conhecimentos dessa parte da medicina.*” In FARIA, José Alberto – “Assistência e Sanidade.” *Boletim da Assistência Social*. N.º 1 (1942-43), pp. 5-7.

⁶⁰⁸ Cf. a revista *ABC*. Ano XI. N.º 563 (28 de Maio de 1931), e o *Notícias Ilustrado*. IIª Série. N.º 82 (5 de Janeiro de 1930) e N.º 291 (7 de Janeiro de 1934).

Gentil a Salazar era uma realidade, a julgar pela correspondência trocada com Bissaya Barreto em 1932, na qual o director do IPO alude claramente a uma relação de amizade próxima com o presidente do Conselho: “No sábado vou [aí] às 9 horas (depois do meu jantar) a casa do nosso amigo, Prof. Salazar, para saber a sua primeira impressão sobre o regulamento que hoje lhe mando.”⁶⁰⁹

Em termos políticos, o projecto dos hospitais escolares viria a justificar uma nota oficiosa de 27 de Junho de 1933, fruto do contacto próximo que Francisco Gentil teve com Salazar, na altura ministro das finanças, aliciando-o para a concretização do seu próprio projecto hospitalar. Este contacto com o presidente do Conselho de Ministros foi da maior oportunidade para o director do Instituto, que soube criar e manter um apoio governamental da maior envergadura no seio do Estado Novo. Nem mesmo a amizade pessoal de Bissaya Barreto com Oliveira Salazar lhe permitiu assumir uma posição de força e fundar um dispensário anticanceroso em Coimbra, quando cansado de esperar pela criação dos centros regionais, tentou assumir autonomamente esse ónus em 1942.

Se Gentil não deixava de referir que “*Não pertenci nunca, nem quero pertencer, a qualquer partido político, mas isso só me dá independência para seguir os acontecimentos políticos da nossa pobre terra, (...)*”⁶¹⁰ o facto é que o Estado Novo teve na figura de Gentil um trunfo facilmente capitalizável junto da opinião pública. O apoio declarado das mais altas esferas do poder à causa da luta contra o cancro era assumido, tanto da parte do presidente do Conselho, Oliveira Salazar, como pela equipa que formava a comissão directora do Instituto de Oncologia.

É também verdade que existia uma real afinidade e sintonia política entre Salazar e Gentil. Se era verdade que Gentil nunca se filiara no partido do poder (União Nacional), as convicções políticas que perfilhava eram indesmentidas. Na pior das hipóteses existia um apoio tácito deste último relativamente às linhas de direcção dos destinos políticos e sanitário-assistencialistas do país, tal como eram assumidas e enquadradas pelo presidente do Conselho.

O benefício era mútuo. A instrumentalização da imagem e realizações do IPO não escapava à estratégia de renascimento da glória lusitana, como montra viva de algumas das realizações promovidas e concretizadas pelo Estado Novo. No pavilhão português

⁶⁰⁹ FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932), 4-V-1932. (Sublinhado nosso)

⁶¹⁰ FBB/BB/CORR/ Cx 2 (1929-1932), 23-II-1932.

da Exposição Internacional de Paris de 1937, que se pretendia representativo do Portugal das Corporações, o IPO ombreava lado a lado com os resultados de recentes investigações de cientistas lusos, a par dos habituais “heróis” e pioneiros das Descobertas e do Renascimento:

*“Na Sala das Descobertas Científicas, estiveram patentes a Primeira Caravela e o Primeiro Avião que cruzaram o Atlântico, o que se considerava «a proeza de Gago Coutinho» e o sextante da sua invenção, os trabalhos admiráveis dos drs. Egas Moniz, Reinaldo dos Santos e Lopo de Carvalho, o «regulador de Mendonça e Oliveira», que revolucionou os telégrafos europeus. Não se tendo deixado também de evidenciar a obra do Instituto do Cancro, entre outras.”*⁶¹¹

Esta cooperação governamental era visível não só nos momentos laudatórios das inaugurações formais das estruturas hospitalares, mas também noutros pormenores, como seja a escolha que Gentil fez do espanhol José Goyanes para abrir o ciclo de lições sobre o cancro em Outubro de 1938. Numa altura em que o projecto anti-canceroso espanhol se encontrava em fase de suspensão, dirigido por Rio Hortega, e não sendo sequer um programa tido por referencial na conjuntura europeia de luta contra o cancro, a escolha do médico nacionalista Goyanes permitiu um momento inaugural de promoção do regime ditatorial português. Em palavras que foram ouvidas por todos os conferencistas presentes, incluindo alguns alemães, franceses e suíços, Goyanes, amigo pessoal de Gentil e ex-director do Instituto del Cancer de Madrid, sentiu-se à vontade para dar algum azo às arengas políticas que ligavam ideologicamente o regime salazarista aos nacionalistas de Franco em guerra contra os marxistas, nos campos de batalha do outro lado da fronteira:

“La Academia dirige por mi voz un saludo cordial al Instituto Portugués de Oncologia, y a los médicos de la noble nación portuguesa, a la que tanto debe la España Nacional y Tradicional, la que se está generando en esta cruenta guerra civil de liberación de las garras demoleadoras del marxismo internacional. Desde el principio del movimiento liberador, viviendo yo no lejos de la frontera portuguesa, fuí testigo de la ayuda espontanea y cordial que vosotros prodigasteis a nuestra noble causa, ayuda

⁶¹¹ SILVA, Ana Paula Lopes da – *Portugal nas Exposições Internacionais Coloniais e Universais (1929-1939): a retórica científica e tecnológica*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, FCT, Secção Autónoma de Ciências Sociais Aplicadas, 2000, p. 50. (Sublinhado nosso)

representada por valiosos elementos materiales de vida, pero sobre todo por un aliento espiritual de simpatía, pues en seguida os disteis cuenta de que los que alzaron contra la tiranía de un regimen eran la representación de la España de las grandes tradiciones históricas, de la hermana secular de vuestra gran nación, de la que propugna por conseguir un régimen que vosotros teneis y disfrutais de paz y de progreso de lo que son prueba (...) las ilustres personas que rigen los destinos de vuestra gloriosa nación, y a la cabeza de ellos su Excelencia el Sr. Presidente General CARMONA y el Jefe del Gobierno el Excmo Sr. OLIVEIRA SALAZAR.”⁶¹²

Mesmo assim, é justo dizer que o apoio de Salazar ao projecto de Gentil era anterior às questões de mera sintonia política, sendo primordialmente de natureza sanitária, mas sem nunca ter excluído a primeira. Em 1934, numa comunicação realizada em Zurich no âmbito do IVº Congresso Internacional de Radiologia, Marck Athias deixou bem vincado este apoio governamental:

“Il est juste de consigner dans ce rapport que le Prof. F. Gentil, Directeur de l’Institut, a toujours trouvé le plus bienveillant accueil auprès des Gouvernements de la République Portugaise, et notamment du Président du Conseil actuel, Monsieur le Prof. Oliveira Salazar. Son Excellence, qui témoigne le plus vif intérêt pour les œuvres d’enseignement et d’assistance publique, a bien voulu démontrer toute sa sympathie pour le Centre anticancéreux de Lisbonne, qui trouve ainsi les plus grandes facilités pour l’accomplissement du programme tracé par son Directeur.”⁶¹³

Mas se o interesse do Governo pela luta contra o cancro era real, como o parecia ser também relativamente ao projecto de assistência às mães e aos recém-nascidos,⁶¹⁴ a generalidade do dispêndio com a assistência pública era menor do que o publicitado por Athias. A concepção doutrinariamente seguida pelo Estado Novo, era a de que ao Estado competia tão-somente uma função complementar no domínio da saúde, o que

⁶¹² GOYANES, José – “La Lucha contra el Cáncer en España.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 11. Nº 1 (1939), pp. 7-8.

⁶¹³ ATHIAS, M. – “Organisation de la Lutte contre le Cancer au Portugal,” *Arquivo de Patologia*. Vol. 6, (1934), p. 541.

⁶¹⁴ De toda a planificação hospitalar realizada em 1913, chegados a 1930 quase nada se construíra. Foi apenas com o recurso a um financiamento de 3 600 000\$00 aprovado por Oliveira Salazar que a Maternidade Alfredo da Costa foi concluída e começou a funcionar em 1933, única obra feita de todo um conjunto de novos hospitais entretanto previstos para cobrir o país.

conduziu à ausência evidente de uma planificação técnica séria, tanto ao nível das estruturas como das instituições. Estranhamente, no caso da luta contra o cancro esta falta de planeamento parece nunca ter existido. O projecto de Francisco Gentil, adequada e continuamente reestruturado e adaptado às realidades técnico-científicas, foi tão inovador e avançado, que a comissão de luta contra o cancro, organizada pela OMS em Novembro de 1962, foi a primeira a considerar a luta contra o cancro no seu conjunto, quando essa planificação já fora feita em Portugal cerca de 30 anos antes.

A ligação privilegiada com o poder político, permitiu mesmo que Oliveira Salazar suspendesse em 1945 a transferência do IPO para o Ministério do Interior, como era pedido por alguns médicos, e como estava previsto na reforma dos serviços de saúde e assistência desse mesmo ano. Esta ligação entre Francisco Gentil e Salazar foi, sem dúvida, muito particular. O habitual discurso do director do Instituto face ao Presidente do Conselho, denota a existência de uma proximidade entre ambos, que se não era pessoal, o era sem dúvida institucional, provada por aquilo que parece ser um apoio incondicional e regular à causa do cancro em geral, e à obra de Palhavã em particular. Quando se referia ao Presidente do Conselho em cerimónias oficiais, Francisco Gentil usava sempre de uma toada discursiva eivada de gratidão confessa pelo papel determinante do primeiro no apoio político e financeiro à sua causa, não deixando de terminar as suas intervenções com um habitual agradecimento que lhe era especialmente dirigido:⁶¹⁵

*“Ao agradecer a paciência e boa vontade de V. Ex^{as}, quero dizer-lhes, como nota final, por ser aquela que mais perdura na memória dos ouvintes, que o melhor e mais dedicado amigo desta obra tem sido sempre, do início até hoje, o Presidente Salazar.”*⁶¹⁶

A expressão máxima deste apoio político-institucional encontra-se na dedicatória que Gentil dirige ao Presidente do Conselho em 1952, num estudo-relatório intitulado “*A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia*”, documento

⁶¹⁵ A este respeito vejam-se, como exemplos, os discursos de Francisco Gentil aquando da sessão de entrega dos diplomas às primeiras enfermeiras formadas na ETE em 1945, na inauguração do bloco hospitalar em 1948, e ainda a edição trilingue de homenagem a Oliveira Salazar feita pelo director do IPO: GENTIL, Francisco – *A Obra da Luta Contra o Cancro e o Instituto Português de Oncologia*. Lisboa: 1951.

⁶¹⁶ “Discurso do Sr. Prof. Dr. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na sessão em que foram entregues diplomas às primeiras enfermeiras da sua Escola Técnica.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945) p. 200.

publicado em homenagem a Salazar em edição trilingue, onde não se escondia o cariz de divulgação e propaganda do regime. A abertura do prefácio transmite desde logo a existência de uma relação umbilical entre o IPO e o poder político, de tal forma que “*O esforço do Governo Português na obra da luta contra o cancro é tão notável que se torna digno de de ser conhecido por quantos no Mundo se interessam por este grave problema.*”⁶¹⁷

A edição desta obra teve um particular impacto na imprensa médica,⁶¹⁸ mas também nas publicações generalistas de maior tiragem (*Diário de Lisboa, Diário da Manhã, Diário de Notícias, Jornal de Comércio. etc*), que dele realizou pequenas resenhas, atribuindo-lhe um particular destaque e ressaltando a habitual “*Homenagem do Instituto ao Presidente Salazar, que, pela sua clara visão do valor da luta contra o cancro, determinou as realizações já existentes e tornou possível a eficaz assistência aos cancerosos em Portugal.*”⁶¹⁹

Parte significativa deste apoio político residia também na manutenção da autonomia administrativa e financeira do Instituto. O facto de se ter mantido sempre sob a tutela do Ministério da Educação Nacional, é a prova evidente da destinação efectuada à partida entre a investigação da doença e o seu tratamento efectivo. Desligado dos demais serviços hospitalares e do próprio departamento ministerial em que este se encontrava integrado, circunscreveu grande parte da sua acção a Lisboa, atendendo, no entanto, os doentes vindos dos diferentes pontos do país. Num lugar apartado dos deficitários e negligenciados sectores da saúde e assistência pública, o lugar do cancro era o do laboratório, do estudo dos casos clínicos e da bioestatística, para o que importava organizar e desenvolver estruturas diferenciadas de investigação e tratamento. Nesse sentido, a vinculação à Universidade de Lisboa foi novamente assinalada nesse mesmo ano de 1952, pelo decreto 39 001 de 20 de Novembro, com o que reforçou uma posição de autonomia e proeminência.

Remetia-se, pois, para os domínios da investigação uma área da medicina que exigia uma colaboração cada vez mais estreita entre as denominadas ciências biológicas, que necessitava do investimento de fundos consideráveis, sobretudo a partir do

⁶¹⁷ GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o instituto português de oncologia*. Lisboa: 1951, prefácio.

⁶¹⁸ Cf., por exemplo, o destacado artigo “O Instituto Português de Oncologia.” *Jornal do Médico*. Nº 58 (5 de Dezembro de 1952), p. 521.

⁶¹⁹ GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o instituto português de oncologia*. Lisboa: 1951, prefácio.

momento em que a radioterapia, quimioterapia e medicina nuclear se começam a colocar no horizonte terapêutico, em paridade com a vetusta, e muitas vezes única, tradicional abordagem cirúrgica.

Quando se pensava e discutia a criação dos novos centros regionais, a possibilidade de formar centros autónomos ou adstritos às demais faculdades de medicina era rejeitada, preferindo-se subordiná-los à tutela do IPO de Lisboa, o que reforçava o seu monopólio e centralismo administrativo.

Por outro lado, a intervenção do governo no que diz respeito ao estabelecimento das medidas de luta contra o cancro, deu lugar a um "diálogo" constante entre duas instâncias de poder ao longo de quase 50 anos, entre o Instituto e o Estado Novo. Se é verdade que durante o Estado Novo sempre predominou a concepção de uma assistência caritativa, feita sobretudo a cargo das Misericórdias, competindo-lhe apenas uma função subsidiária, o caso do IPO é manifestamente sintomático de uma outra realidade, bem diferente da vivenciada no seio de uma assistência hospitalar tradicional.

Para o regime, o Instituto também foi um instrumento de autopromoção, fazendo já parte das habituais alocações propagandísticas do regime na Assembleia Nacional:

*“O Instituto Português de Oncologia, obra exclusiva do Estado Novo, constitui um dos grandes motivos de glória de um regime que, na sua acção construtiva, partiu, neste sector como em quase todos os outros, do zero absoluto.”*⁶²⁰

O uso feito pelo aparelho de propaganda era consentâneo com o sentido de modernidade que o Estado Novo lhe queria ver associado, daí a existência de dispensar um cuidado particular no seu financiamento. Quando alguma notícia laudatória do IPO surgia na imprensa nacional ou internacional, logo a propaganda se encarregava de a tornar visível, fazendo pleno uso do seu impacto na glorificação do regime.⁶²¹ Em 1951, o Secretariado Nacional de Informação chegou inclusive a encarregar o realizador António Lopes Ribeiro de proceder à elaboração de um documentário cinematográfico de 15 minutos intitulado “A luta contra o cancro em Portugal”, estreado em 1952

⁶²⁰ Palavras de Cerqueira Pinto na sessão da Assembleia Nacional de 22 de Abril de 1950, reproduzidas em “A criação de centros regionais” *Boletim do IPO*. Vol 17. Nº 5 (1950), p. 6.

⁶²¹ A título de exemplo, cf. “Referências ao IPO” *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 8 (1950), pp. 7-8.

durante a abertura do novo ano académico, que teve lugar no Instituto.⁶²² Exibido em vários cinemas da metrópole e do ultramar, serviu ainda para ilustrar algumas palestras sobre o problema do cancro.

A presença de qualquer individualidade do mundo das ciências biomédicas que viesse a Portugal, implicava quase sempre uma visita ao “*moderno Instituto do Cancro*”, capitalizando no exterior a imagem de modernidade do regime político. O mesmo sucedeu aos delegados que reuniram em Lisboa a Comissão da Europa da OMS, em Setembro de 1952: findos os trabalhos, visitaram durante 3 horas a totalidade das instalações de Palhavã, acompanhados pela comissão directora.⁶²³ O mesmo sucederia ao grupo itinerante desse mesmo organismo em 1958, aquando das visitas efectuadas ao Hospital de Santa Maria, e novamente ao IPO.

Dividendos para o Instituto, dividendos do regime, ou: “*Para mais, não foi Salazar quem, pelo seu desvelado interesse, tornou exequível a construção do Pavilhão da Radiações? Não foi Salazar, segundo o público testemunho do nosso grande cancerólogo, quem, reconhecendo o vasto alcance humanitário do Instituto, possibilitou a construção, e a inauguração, em 28 de Maio de 1948, desse magnífico Bloco Hospitalar de Palhavã-Benfica, justo título de orgulho da Medicina portuguesa, do Governo e da Nação?*”⁶²⁴

Apesar do apoio institucional e financeiro do Governo, este último era algumas vezes insuficiente, apesar de poder ser considerado elevado quando em comparação directa com outros estabelecimentos de saúde. A existência de uma estrutura filantrópica de apoio como a LPCC, esteio essencial do Instituto, permitiu-lhe a realização de vários programas e actividades, indispensáveis à prossecução dos seus objectivos estratégicos.

O IPO era o topo de um sistema que esperava estabelecer uma verdadeira hierarquia para o tratamento cancro, que começava com os médicos generalistas – a primeira etapa para a maior parte dos doentes – seguidos, respectivamente, por centros regionais de cancerologia, e finalmente, por um hospital nacional especializado. Um sistema desta

⁶²² Cf. “Abertura do novo ano académico no Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do IPO*. Vol. 19 N° 11 (1952), p. 1.

⁶²³ Cf. “Os Delegados da OMS no IPO” *Boletim do IPO*. Vol. 19. N° 10 (1952), p. 12.

⁶²⁴ MELLO, Martinho Nobre de – “A propósito do Instituto Português de Oncologia” *Boletim do IPO*. Vol. 25. N° 4 (1958), p. 6.

natureza, promovia as especialidades de grupo, apoiando-se em serviços técnicos e laboratoriais próprios ou alheios.

Deste modo, pretendia-se canalizar os doentes cancerosos em direcção ao centro especializado onde poderiam ser tratados por equipas de peritos, especialistas em oncologia, que beneficiavam do grande número de doentes que lhes eram remetidos para limar procedimentos, consolidar competências, e formar gerações de futuros oncologistas. Apoiado numa propaganda estruturada em bases preventivas e de promoção do diagnóstico precoce, pretendia-se também afastar os doentes da medicina não científica, limitar o tratamento da doença por parte dos médicos generalistas, e assegurar um uso mais racional das novas tecnologias, progressivamente mais complexas e dispendiosas, afinadas e aperfeiçoadas na primeira metade do século XX.

Este lugar próprio do Instituto não se limitava aos cuidados de saúde, era também um lugar de produção de saberes. Desde os anos 30 que o apoio conferido à pesquisa científica contra o cancro aumentara consideravelmente em Portugal. A maior parte desta pesquisa debruçava-se sobre questões fundamentais relacionados com as causas e mecanismos da doença, identificando tendências em matéria de incidência e de mortalidade, ao mesmo tempo que se apuravam novos métodos terapêuticos e de diagnóstico.

A propaganda teve ainda um papel não desprezável na manutenção do monopólio dos seus meios curativos, de investigação e dos recursos financeiros que os suportavam. Favoreceu uma filosofia internacional predominante, que pretendia concentrar em muito poucos centros medicamente tutelados a realização de toda a investigação sobre a doença oncológica, captando e canalizando num único lugar um grande volume de recursos técnicos, humanos e materiais.⁶²⁵

Ao mesmo tempo que a eficácia crescente dos tratamentos legitimava a intervenção do Estado na construção de um centro de alta tecnologia, a especialização, cada vez mais impulsionada pelas práticas terapêuticas, promoveu uma maior divisão do trabalho médico. Desde que os tratamentos oncológicos, pela sua complexidade, passam a necessitar de competências médicas mais especializadas, tanto os cirurgiões como os radiologistas delimitam o seu campo de especialidade. O trabalho dos médicos generalistas vê-se limitado, mais necessários ao diagnóstico precoce e ao

⁶²⁵ Os exemplos ao longo do *Boletim do IPO* são vários. A título de exemplo vejam-se as exortações de Ewing no sentido da concentração de recursos em EWING, James – “O público e o problema de cancro” *Boletim do IPO*. Vol. 6. Nº 10 (1939), pp. 1-6 e Nº 11 (1939), pp. 3-8, e Nº 12 (1939), pp. 4-5.

encaminhamento dos doentes do que ao tratamento propriamente dito, campo de que se vêm afastados. Com os seus especialistas nos domínios da cirurgia e radioterapia, e a partir dos anos 50 da medicina nuclear, o IPO promoveu ainda mais a divisão do trabalho médico, feita de acordo com tipos de competências diferentes, e vista como condição necessária à eficácia da luta contra o cancro.

A cancerologia, enquanto especialidade médica promovida pelo IPO no período entre as duas guerras, anunciava a evolução das estruturas hospitalares que se lhe seguiriam. Abria-se a via a uma mutação do hospital, a uma redefinição das relações entre os novos especialistas e a medicina generalista. Colocava-se agora com mais acuidade a questão das modalidades de financiamento das políticas sanitárias, e, por outro lado, a das relações entre o poder político e a classe médica, num mundo do pós-guerra onde a socialização da medicina começava a ditar regras e exigências universais de assistência sanitária e de direito à saúde.⁶²⁶

Dito de outra maneira, a construção de um sector de ponta no seio de sistemas de saúde ainda largamente tributários da herança do século XIX, colocava em jogo a necessidade de reformas e ajustamentos à emergência de novas condições de exercício da medicina. A nova abordagem trifacetada, explanada na trilogia: investigação, ensino e assistência, resume em breves palavras o carácter particular do IPO no seio da assistência hospitalar portuguesa. Não significa isto que outros hospitais não possuíssem estes atributos, mas se os tiveram em simultâneo, foi sempre em menor grau. O carácter dualista da saúde e assistência portuguesa no pós-guerra era consentâneo com as demais realidades sócio-económicas de um país, também ele a duas velocidades.

Neste carácter dualista da medicina portuguesa ao longo do Estado Novo, o Instituto é o exemplo acabado do “parente favorecido”, verdadeira ilha de financiamento privilegiado pelos fundos públicos e privados, um oásis de ciência médica de ponta, com os recursos e os meios considerados necessários ao prosseguimento da luta contra o cancro, e que se estende lentamente ao resto do país, de modo demasiadamente lento perante as expectativas criadas em redor das atribuições que lhe estavam legalmente conferidas.

As críticas que por vezes lhe dirigiam, eram quase sempre de natureza interinstitucional, ou seja, entre a disparidade de fundos atribuída entre estabelecimentos

⁶²⁶ Sobre o relacionamento entre a classe médica e o poder político em Portugal no pós-2ª guerra veja-se COSTA, Rui Manuel Pinto – *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974). Afirmção, legitimação e ordenamento profissional*. Porto: U. Porto editorial, 2009.

de saúde afectos ou directamente tutelados pelos diferentes ministérios. O caso das severas críticas realizadas por Lopes de Andrade do Instituto Dr. Gama Pinto sobre as verbas “astronómicas” dispendidas no IPO, deixam transparecer o lugar de relevo e até de privilégio dado à luta contra o cancro, quando comparada com outros institutos afectos a outras enfermidades.⁶²⁷ O tipo de administração adoptada justificava em boa medida a possibilidade de usar mais fundos, pois como Gentil não se cansava de referir: “Terei o direito de falar quando sou acusado de gastar com cada doente 7 a 8 vezes mais do que se gasta num hospital de administração científica? É que há hospitais onde o equipamento é refeito, quase totalmente, cada 5 anos, e no Instituto Português de Oncologia nada falta, e eu já disse nos meus artigos como e porque razão. Isto não será uma outra forma de administrar?”⁶²⁸ As diferenças orçamentais entre os diferentes Institutos eram claras, mas reflectem uma actividade policlínica muito intensa, onde a componente de investigação absorvia uma fatia importante dos fundos adstritos. Também o facto de depender do Ministério da Educação, e ainda as habituais acusações de monopolismo das “terapêuticas especiais”, faziam do Instituto uma fonte de tensões, por vezes expressas sob a forma de um confronto de ideias entre os defensores de uma luta contra o cancro autónoma, e os que preferiam ver na oncologia uma especialidade médica subordinada aos ditames dos hospitais gerais. Apesar das críticas e até de alguma inveja pouco velada, o facto é que a instituição de Palhavã era particularmente defendida pelo poder político, pelo menos no tocante ao estabelecimento lisboeta. Os acontecimentos ocorridos em Coimbra desde 1942 em trono da criação do dispensário regional de Luta Contra o Cancro, iniciativa de Bissaya Barreto que mereceu a repulsa da Faculdade de Medicina e do próprio IPO, é mais um exemplo do enorme respaldo político que possuía.

A vinculação à Universidade de Lisboa, que possuía desde o início e novamente assinalada em 1952, é outro exemplo do poder institucional do estabelecimento anticanceroso. Em 1961, os debates da Câmara Corporativa sobre o papel do IPO no sistema de saúde, também mostram claramente o lugar de realce e autonomia que ocupava no contexto científico e sanitário nacional. Mas se por um lado se tinha tornado um lugar de excelência, por outro começava a denotar a sua natural

⁶²⁷ Cf. as críticas e a respectiva resposta em GENTIL, F. – “Em defesa da obra de luta contra o cancro e do Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 7/9 (1952), pp. 1-2.

⁶²⁸ GENTIL, F. – “Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)” *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 1 (1953), p. 1.

incapacidade para tratar todos os doentes oncológicos do país. Esta constatação não era nova, tendo surgido a partir de 1950, altura em que o assunto assomava em algumas discussões parlamentares. E se havia quem propusesse reiteradamente a integração do mesmo na dependência do Ministério da Saúde e Assistência, logo se colocavam de permeio um significativo grupo de notáveis do regime, arengando em prol da manutenção da autonomia e *status quo* administrativo que lhe era particular.⁶²⁹ O próprio Senado da Universidade de Lisboa deliberou sobre a necessidade de manter o Instituto no MEN, de forma a continuar a exercer as suas funções de ensino, e como tal, de ingerência directa.

Esta defesa fazia-se ao mais alto nível e com total apoio governamental. E com o seu lugar enquadrado no seio da universidade, mantinha-se, de facto, a autonomia necessária à prossecução de dois objectivos primordiais: o ensino e a investigação, elementos que o distinguiam e individualizavam perante outras estruturas sanitárias, científicas e hospitalares. Estes debates do início dos anos 60, coincidiram com a incapacidade entretanto sofrida por Francisco Gentil aquando de um acidente vascular cerebral, situação que fez cessar a sua actividade directora e se tornou factor de alguma instabilidade interna numa instituição que devia muito do seu *status quo* ao relacionamento entre Gentil e Salazar.

Com efeito, a partir dos anos 50, desenhava-se uma nova filosofia relativa ao tratamento do cancro, que se desviava em alguns aspectos daquela preconizada pelo plano de Francisco Gentil de 1927. O uso de hospitais especializados exclusivamente neste tipo de patologia começava a ser posto em causa, o que terá levado alguns países a abandonar o conceito de centro hospitalar anticanceroso, para remeter os doentes aos demais hospitais gerais, entretanto apetrechados com as valências necessárias ao adequado diagnóstico e tratamento.

Na base desta nova concepção, estava o facto do tratamento do cancro assentar, em grande parte, nas intervenções cirúrgicas, que tanto podiam ter lugar num hospital especializado como em hospitais gerais, sem a necessidade de estruturas hospitalares exclusivas para esse fim. Também se invocavam factores de ordem psicológica, como a

⁶²⁹ Em 1961, propôs-se na Câmara Corporativa que os serviços do IPO transitassem para o entretanto criado Ministério da Saúde e Assistência, sem prejuízo da sua dependência do Ministério da Educação Nacional no respeitante à investigação científica e às funções pedagógicas, assunto retomado no ano seguinte, mas sem sucesso. Cf. “Parecer 42/VII Projecto de proposta de lei nº 514.” *Actas da Câmara Corporativa*. Nº 133, de 24 de Maio de 1961, pp. 1431-1433 e *Diário das Sessões*. Sessão nº 46, 16 de Março de 1962, pp. 1063-64.

estigmatização dos centros cancerosos, associados a uma doença que continuava a ter uma reputação sinistra, apesar dos desenvolvimentos entretanto alcançados:

*“Por isso, parece que é tempo de mudar de orientação, entregando aos hospitais gerais que reúnam as condições necessárias ao tratamento dos cancerosos, reservando-se, quando muito, para o Instituto ou para serviços especializados, o daqueles casos que exijam aplicação de meios terapêuticos que só ali possam ser aplicados. A articulação dos serviços do Instituto com os hospitais centrais e regionais afigura-se urgente, tanto mais que ao referido Instituto cabe papel decisivo na coordenação e orientação técnica dos diferentes afectos à luta e na preparação do pessoal especializado. Com vista ao rastreio do cancro torna-se necessário abrir consultas nos hospitais regionais e facultar-lhes meios técnicos de diagnóstico e pessoal devidamente habilitado. A acção do Instituto deve estender-se a todo o país, através de secções especiais de diagnóstico e tratamento, a instalar quanto antes nos hospitais centrais de Porto e Coimbra e nos hospitais regionais. A mortalidade e morbilidade do cancro não admitem mais delongas.”*⁶³⁰

A extensão do problema e a necessidade de reduzir os efeitos do cancro levaram a sugerir na Câmara Corporativa, um pouco à semelhança do que se começava a verificar noutros países, a colocação do Instituto de Oncologia na dependência do Ministério da Saúde e Assistência, salvo no respeitante às funções pedagógicas e de investigação científica, matérias em que deveria ficar subordinado ao Ministério da Educação Nacional, em situação idêntica à dos demais hospitais e serviços afectos ao ensino.

Esta proposta de transferência de tutela era feita desde 1961 e repetidamente renovada ao longo da década de 60, mas esbarrava com os objectivos estratégicos traçados para a instituição. De facto, desde os finais dos anos 50 que se desenhou uma contra-tendência, mais consentânea com o projecto inicial de Francisco Gentil, desta feita no sentido da centralização do combate ao cancro em institutos de oncologia,⁶³¹ de acordo com as conclusões do Congresso Internacional do Cancro de Londres realizado em 1958. O problema oncológico tornara-se tão particular que a própria OMS, enquanto organismo internacional de coordenação de todos os assuntos sanitários, o colocou a cargo de uma outra organização – a União Internacional Contra o Cancro.

⁶³⁰ Parecer 42/VII Projecto de proposta de lei nº 514.” *Actas da Câmara Corporativa*. Nº 133. VII Legislatura, de 24 de Maio de 1961, pp. 1431-1433.

⁶³¹ Caso do Frances Delafield Hospital, anexo à Universidade de Columbia, e ainda do Memorial Center for Cancer and Allied Diseases, da Universidade de Cornell.

Isso não impediu que durante a discussão do III Plano de Fomento, em 1967, se quisesse de novo tornar o Instituto como parte integrante da demais cadeia sanitária, sem que tal reivindicação atingisse qualquer sucesso.⁶³²

A par da autonomia que gozava no contexto do Ministério da Educação Nacional, o Instituto manteve-se alheado da tutela de outro ministério, mantendo a educação científica e as funções pedagógicas, como determinava a Base XVII da Lei nº 2120.

E em termos de organização e administração interna também. Após Francisco Gentil se ter afastado do IPO em 1961 por motivo de doença, a comissão directora ficou sob a alçada de colaboradores directos do *Mestre*, seus pupilos de outros tempos que tinham feito carreira no próprio Instituto: Toscano Rico na presidência e Lima Basto como director clínico. Por outro lado, permaneciam ainda na comissão alguns personagens ligados aos primeiros tempos da instituição, caso de Luís Raposo e Bénard Guedes, que a par de Gentil foram pioneiros na sedimentação do projecto.

As linhas de orientação não se alteraram e o apoio estatal permaneceu fiel aos princípios sanitários do Estado Novo para a luta anti-cancerosa. Foi inclusivamente a partir desse momento que se conseguiu, por fim, promover definitivamente todo o processo de descentralização dos meios de tratamento. Perpetuavam-se assim os princípios de tratamento e organização deste combate, tão actuais nessa ocasião como o haviam sido nos anos 20, sem que o desaparecimento de Francisco Gentil em 1964 tivesse alterado de modo significativo os rumos do edifício sanitário que preparara e desenvolvera.

Poucos anos após a sua morte, ao longo da década de 60, vão igualmente desaparecendo a maior parte dos pioneiros de uma instituição que se tornara o exemplo de uma estrutura do poder médico, consolidada pelo apoio político a uma causa que não era apenas sanitária, mas acima de tudo um grave problema social que reclamava um esforço científico sem precedentes.

⁶³² Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão Nº 99, de 25 de Novembro de 1967.

3.5 – Uma expansão atrasada: os centros regionais e a sedimentação de um projecto

*“Durante cinquenta anos a oncologia foi tratada num único hospital. Quem tivesse um problema teria de se dirigir a Lisboa... ou ao estrangeiro. A ideia de se criar um hospital oncológico no Porto que servisse uma parte da população nortenha já vinha de há muitos anos. Pensou-se numa espécie de posto de rastreio, um dispensário, mas essas modalidades foram recusadas, uma vez que era de um hospital que se precisava.”*⁶³³

Boletim do IPO, 1974

O alargamento do Instituto ao restante território, é o resultado de uma planificação estabelecida nos anos 20, mas também de conjunto de novos factores demográfico-sanitários que se tornam mais evidentes no período entre guerras. O aumento da longevidade das populações trouxe consigo novos problemas de saúde pública nos países mais desenvolvidos. Dentro das fronteiras da epidemiologia, uma vez debeladas a maior parte das doenças infecciosas, outras emergiam e ocupavam o seu lugar, tais como a arteriosclerose, as doenças hereditárias, as do foro geriátrico e, obviamente, o cancro.

Apesar da sua especificidade e dos meios entretanto colocados à sua disposição, o IPO não poderia suportar, por si só, toda a luta anticancerosa. As necessidades decorrentes do rápido alargamento do diagnóstico precoce e tratamento às gentes das zonas mais recônditas do país, levou a que desde meados da década de 30 surgissem planos independentes do estabelecimento lisboeta, com todas as pressões e tensões que os novos empreendimentos e as novas proeminências acabam por suscitar. O caso de Coimbra parece ter sido o exemplo de uma dissonância clara face à centralidade do projecto de Gentil, que não abdicava da sua primazia no controle e gestão de toda a luta contra o cancro.

Em 1935, Bissaya Barreto tentou negociar junto do director do Instituto o estabelecimento de um dispensário em Coimbra. Se de início parecia que o projecto de alargamento se realizaria rapidamente, fruto do mecenato do médico coimbrão e da amizade pessoal que o ligava ao chefe do governo, na realidade, tal não sucedeu, muito

⁶³³ “Centro Nortenho de Oncologia” *Boletim do IPO*. Vol. 41. Nº 1 (1974), p. 4.

por causa da falta de apoio político do ministro Duarte Pacheco, numa primeira fase, mas também pelo aparente desinteresse do próprio Gentil.

A visita da Comissão de Obras do IPO ao Sanatório da Quinta dos Vales, em 4 de Abril de 1937, na qual se entregou o projecto, e onde esteve presente a “nata” do IPO,⁶³⁴ parecia ser o garante da concretização futura daquilo que nas palavras de Bissaya Barreto tanta falta fazia ao “*Homem da Rua*”, ou seja, ao cidadão comum. Tanto o anteprojecto⁶³⁵ como o projecto definitivo entretanto elaborados por Raul Lino, estavam em consonância com o dispositivo arquitectónico que já tinha sido realizado no estabelecimento de Palhavã, mas os entraves colocados pelo ministro das obras públicas não permitiram senão adiar indefinidamente a questão.

Recordando esses tempos, Bissaya Barreto não deixou de colocar nas suas memórias o que lhe pareceu ser uma questão de pura indiferença por parte do responsável máximo pela luta contra o cancro no país:

*“A criação de um Centro de Luta Contra o Cancro em Coimbra, problema que lhe apresentei, encontrou nele o melhor e o mais simpático aplauso, manifestando um grande desejo de começar a trabalhar e sem demora... Durante cerca de dois anos, [1935-1937] as minhas visitas ao I.P.O sucederam-se com certa frequência e regularidade, ao mesmo tempo que aumentava o meu interesse, embora, por vezes, a paciência começasse a faltar pois, nada de real e concreto: vagos projectos, vagas promessas!... Até que num sábado recebi a festiva comunicação de que o anteprojecto havia sido concluído pelo arquitecto Raúl Lino, projecto feliz, que satisfazia, dizia o Prof. Gentil, ao necessário para termos um bom Centro. (...) Os meses iam passando, a minha ânsia tornava-se mais insaciável até que, um dia, o Prof. Gentil me informou que o projecto de Raul Lino não havia agradado ao Ministro Duarte Pacheco, e não tinha tido dele a aprovação. Mas acrescentava: não faz mal!... porque vou encarregar o Distel, mais habituado a estes trabalhos, de fazer o projecto e, em breve, o assunto ficará resolvido e bem! E eu ... continuei a aguardar, a esperar – parece que esperava o Godot... - até que, descorçoado e desiludido depois de tantos anos (7 anos!) (...) resolvi encarar por mim o problema (...)”*⁶³⁶

⁶³⁴ Nas fotografias da época é possível identificar Henrique Parreira, Francisco Gentil, Álvaro Rodrigues, Sousa Pereira, Hernâni Monteiro, Marck Athias e Mário Neves, entre outros. Cf. FBB/BB/FOT Dossier 3. N° 732-737.

⁶³⁵ Cf. o desenho assinado por Alberto Silva: “Ante projecto do centro Regional Anti-canceroso de Coimbra” FBB/OBRS/PLAN/CRAC/1, [s.d.]

⁶³⁶ BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV (2ª ed.) Coimbra: 1959, pp. 395-397.

Passados 7 anos, e já à frente dos destinos da Junta de Província da Beira Litoral, Bissaya Barreto assume na totalidade as despesas com a aquisição de um imóvel, envia alguns dos seus assistentes a frequentar o IPO e prepara as condições financeiras para concretizar o centro, contraindo um empréstimo junto da Caixa Geral de Depósitos no valor de 1 500 000\$, em jeito de revelia a Palhavã. A ruptura estava traçada. Aprovado o relatório da Junta em 2 de Dezembro de 1942, a publicação da acta da reunião provocou “(...) *em certos meios da capital uma reacção explosiva, como se fosse uma bomba H...! Considerou-se um acto de audácia, um acto de indisciplina, uma manifestação de rebeldia, que «feria (!) vivamente» - e de facto não podia ferir – o brio do Instituto! E, como consequência, fui então projectado da estratosfera, onde me haviam colocado, para o fundo das caldeiras do Pero Botelho, com todo o azeite fervente que elas podiam conter! (...) Soube, mais tarde, que a principal reacção de Lisboa partiu da possibilidade de Coimbra poder possuir primeiro um asilo para cancerosos incuráveis do que a própria Lisboa; isso dóia; que a Província pudesse ser a primeira em qualquer coisa... Que ultraje!*”⁶³⁷ De facto, Bissaya Barreto obteve a aprovação política do projecto e a comparticipação do Estado para as obras, mas a centralização da luta anticancerosa no IPO, que lhe estava consignada na lei, não permitiu desbloquear a situação “afrontosa” entretanto criada. As discussões e argumentos esgrimidos com a tutela não resultaram em nada. E quase parece inacreditável que o relacionamento próximo que mantinha com Oliveira Salazar não lhe tivesse aberto as portas e a anuência do Ministério do Interior, que então tutelava a Direcção-geral da Saúde.

O que parece certo, é que o projecto de Bissaya Barreto entrou em conflito directo com a planificação centralista entretanto idealizada por Gentil, com quem se correspondia e que em algumas cartas tratava por amigo, mas cuja insistência e finalmente, a “afronta” em criar autonomamente o centro conimbricense a todo o custo, terá suscitado tensões ao nível da gestão dos destinos da luta anticancerosa. Não só a esse nível, mas também de pura primazia política. De facto, mal se soube da tentativa de Bissaya Barreto para criar o asilo de incuráveis em Coimbra, logo o primeiro pedidório e outros donativos da Liga foram afectos à construção de um asilo nos espaços de Palhavã, como de facto sucedeu.

⁶³⁷ BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV (2ª ed.) Coimbra: 1959, pp. 401-402.

Com efeito, após a concretização do centro de luta anti-cancerosa em Lisboa, pensava-se realizar outros dispersos pelo restante território, de acordo com as disponibilidades financeiras do governo e do mecenato. Mas a planificação alterou-se, e após algumas tentativas realizadas em 1930, que inicialmente privilegiavam a criação de dispensários afectos exclusivamente ao diagnóstico nos hospitais municipais, Francisco Gentil apresentou em 1937 um novo e mais vasto projecto abrangendo todo o país, postulando a criação de outros centros de raiz nas cidades de maior dimensão, casos de Coimbra, Porto, Évora e Portimão. O projecto alargar-se-ia ainda aos arquipélagos dos Açores e Madeira, e, por fim, às províncias ultramarinas. Ambicioso na sua magnitude, seria necessário o total apoio financeiro do Governo, que mesmo existindo foi totalmente concentrado no centro anticanceroso lisboeta, por não ser suficiente para o alargamento imediato ao resto do país.

A este tipo de organização presidiu sempre a mesma concepção mental, centralizando os meios técnicos e o pessoal especializado em estabelecimentos-chave (Centros), normalizando o seu emprego e assegurando a maior eficácia possível. Em simultâneo, estes Centros poderiam realizar a investigação clínica e laboratorial, a par da docência nos sectores regionais a que se encontrassem adstritos. O objectivo era descentralizar mas ao mesmo tempo monopolizar na capital a gestão política da luta anticancerosa, centralizando as funções de ensino e investigação, prebendas que a Universidade de Lisboa não abdicava em prol dos demais estabelecimentos de Coimbra e Porto. A iniciativa deveria partir sempre de Palhavã e não do exterior.

Mesmo assim, a concretização dos centros regionais revelou-se um processo muito mais demorado do que o inicialmente previsto, arrastando-se quase indefinidamente. Finda a 2ª Guerra Mundial em 1945, e mesmo depois da reforma dos serviços de saúde e assistência em 1949, a sua criação esteve longos anos congelada, apesar de continuarem a estarem expressamente considerados na Base X da lei nº 1 998 de 15 de Maio de 1949. Em 1946 o problema já se agitara no Porto, quando a presidência da Câmara estava nas mãos do médico Luís de Pina. Apesar de ter conseguido a colaboração do subsecretário das Obras Públicas Saraiva e Sousa e de se ter elaborado um projecto em 1947 ao que se seguiu dois anos mais tarde a libertado o terreno necessário, a planta manteve-se arquivada e o projecto parado.

Apesar da iniciativa portuense também poder parecer algo desligada do planeamento do Instituto, à imagem do que sucedeu em Coimbra, é de notar que a preparação do projecto nacional esteve sempre feita desde os anos 30 e a sua concretização prometida

pelo poder político desde o pós-guerra: a concretização desses centros implicava edifícios de consultas, laboratórios, rádio, raios X, serviços terapêuticos, operatórios, quartos e serviços administrativos, para cerca de 90 doentes. Esta era a planificação entretanto admitida em 1945, quando o centro de Lisboa se preparava para terminar o Bloco Hospitalar e a construção do futuro centro portuense parecia ser uma realidade aprazada para breve: *“Isto será, no Porto, e em breve, uma realidade. Será possível fazer o mesmo em Coimbra e alguma coisa de semelhante em Évora?”*⁶³⁸

A dúvida de 1945 continuou a ecoar em 1950, assunto recordado pelo deputado João Cerqueira Pinto na Assembleia Nacional. A resposta de Gentil era clara: as verbas necessárias não estavam consignadas no orçamento.⁶³⁹

A concretização da planificação era justificada. Com efeito, a doença oncológica desfrutava de um lugar privilegiado nas causas de morte, crescendo em função do aumento da longevidade, colocando uma pressão maior sobre a medicina preventiva, cujos limites eram já evidentes. Para o que interessava, em 1952 o director do IPO confirmava a sobreutilização das estruturas de Palhavã: *“O número de doentes cresce; o pessoal não cresce proporcionalmente; não há quadro e há menos dinheiro.”*⁶⁴⁰

As solicitações de Cerqueira Pinto iam no sentido de agilizar a construção do centro regional do Porto, onde não existiam as condições técnicas existentes em Lisboa, avolumando-se os casos de cancerosos, certamente maior do que a estatística deixava depreender à partida:

“Há vastas regiões do Norte do país onde as estatísticas quase não acusam óbitos motivados pelo cancro, simplesmente porque as vítimas passaram para o mundo da verdade sem que se saiba o mal de que vieram a falecer. Mas atendo-nos apenas ao número de 1.525 óbitos verificados em 1948 no Norte, o certo é que, por não haver no Porto qualquer centro de serviço especializado para o diagnóstico e tratamento do cancro, todos os que sucumbiram vitimados por esse temível flagelo teriam de se deslocar a Lisboa para receberem o tratamento de que careciam. E então ocorre perguntar? Deles, quantos poderiam suportar as despesas da deslocação? Quantos se

⁶³⁸ GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 18.

⁶³⁹ Cf. “A criação dos centros regionais” *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 4 (1950), p. 3.

⁶⁴⁰ GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre os hospitais escolares (1)” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 7/9 (1952), p. 14.

poderiam ter salvo se o seu mal tivesse sido diagnosticado a tempo e se não salvaram pelo facto do diagnóstico ter sido feito tardiamente, em virtude de no Norte não haver centros especializados para esse efeito?”⁶⁴¹

No Porto não existia qualquer departamento hospitalar comparável ao Instituto. No Hospital de Santo António, pertencente à Misericórdia, funcionava apenas uma exígua Consulta de Curieterapia, desprovida de exames de laboratório, radiológicos e endoscópicos, que fossem minuciosos e especializados.

O cancro, mais do que a tuberculose, era agora o responsável pelo maior número de óbitos portugueses, se descontados os atribuídos às doenças cardíacas, e só no Porto, a taxa de mortalidade por cancro duplicara entre 1901 e 1954.⁶⁴²

Ao mesmo tempo que a tuberculose se debelava e o sezonismo se erradicava, o cancro emergia e firmava o seu próprio lugar. No devir da explosão tecnológica do pós-guerra, da introdução da antibioterapia e de toda uma plêiade de reais avanços no debelar das doenças infecto-contagiosas, o cancro tornava-se o principal alvo de quase todos os olhares. Destronava-se finalmente a egrégia e secular *tísica* do seu pedestal icónico, passando o cancro a assumir a dianteira na análise estatística comparada.⁶⁴³ (Veja-se o quadro 20)

Quadro 20 – Taxas de mortalidade comparadas, por 1000 habitantes (1948-1958)

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Tumores malignos	0,49	0,52	0,58	0,61	0,61	0,71	0,75	0,84	0,84	0,87	0,87
Tuberculose	1,48	1,49	1,42	1,31	0,97	0,62	0,61	0,62	0,63	0,58	0,51
Reumatismo	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,02
Cardiopatias	1,49	1,58	1,50	1,57	1,57	1,44	1,78	1,83	1,98	1,75	1,53
Sífilis	0,06	0,05	0,04	0,03	0,06	0,04	0,03	0,04	0,04	0,03	0,04
Sezonismo	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: adaptado de *Actas da Câmara Corporativa*. Nº 133 (24 de Maio de 1961), p. 1462.

⁶⁴¹ Palavras de Cerqueira Pinto na sessão de 22 de Abril de 1950 da Assembleia Nacional, in *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 5 (1950), p. 6.

⁶⁴² Cf. VASCONCELOS, Taborda de – “Mais do que a Tuberculose – o Cancro...” *Diário Ilustrado*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Vol. 25. Nº 8 (1958), pp. 8-9.

⁶⁴³ Cf. a variação estatística das duas doenças na primeira metade do século XX em FRONTEIRA, Joaquim – *Alguns aspectos estatísticos da tuberculose e do cancro em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos de Estatística Económica, 1955.

Apesar das estatísticas oficiais apresentarem um valor epidemiológico reduzido por estarem destinadas sobretudo a fins administrativos, permitem uma compreensão nítida do problema do cancro. Mais ainda quando sabemos que o cancro não era doença de declaração obrigatória e os hospitais ou centros que tratavam os cancerosos não forneciam dados dignos de interesse, ou então enviavam dados ao INE de acordo com o número de doentes por tipo de serviço e não por diagnóstico. O impacto do cancro era, pois, maior do que o exposto na oficial estatística mais básica, que já de si apresentava um aumento de quase 50% no número de mortos por neoplasias em Portugal continental, entre 1952 e 1961.⁶⁴⁴

A imprensa, por seu turno, acompanhava com interesse a vivência de uma nova era sanitária altamente promissora, que os ainda assim continuava a ter na figura da doença oncológica o “flagelo” paradigmático do seu tempo:

*“Todas as doenças, sem exclusão da tuberculose, estão hoje mais ou menos definidas. Para todas elas há remédios, se não radicais, pelo menos capazes de minorarem a dor humana e de alimentarem nos doentes esperanças de mais prolongada e mais agradável existência. Só o cancro, na sua fase aguda, tem resistido às ofensivas contra ele desencadeadas.”*⁶⁴⁵

Na Câmara Corporativa, assumia-se a necessidade premente de investir mais e melhor no sector, pelo que em Março de 1962 o tema foi alvo de uma atenção especial por parte desse órgão consultivo, onde se propôs a integração do IPO no Ministério da Saúde e Assistência, bem como a criação dos centros regionais de Coimbra, Porto e Évora. Nesse sentido, a tónica da intervenção de Urgel Horta foi colocada ao nível da reorganização e descentralização do atendimento dos cancerosos, ao passo que a de Cutileiro Ferreira se centrava sobre o futuro Hospital de Évora.

O conteúdo discursivo era comparável ao que se tivera para com a tuberculose antes da 2ª Guerra, com a simples diferença que a doença agora visada era francamente

⁶⁴⁴ Os 5663 mortos em 1952 deram lugar a 8347 em 1961. Segundo o Anuário Estatístico esta mortalidade era apenas superada pela mortalidade por senilidade e doenças cardiovasculares.

⁶⁴⁵ *O Século* (Novembro de 1957), in “Um terrível flagelo humano” *Boletim do IPO*. Vol 34. Nº 11 (1957), p. 7.

diferente, tanto na sua natureza, quanto nos meios que exigia. O perigo oncológico estava definitivamente firmado num lugar próprio, assumido definitivamente:

“(...) como um dos grandes flagelos sofridos pelas populações, ceifeiro de vidas na plenitude magnífica da sua existência. Em todo o mundo, especialmente nas nações da adiantada civilização, o cancro, nas suas malignas consequências, com taxas de mortalidade aterradoras, é objecto de justificadas preocupações, dando lugar ao premente estudo do problema tão grave quanto delicado, impondo a necessidade de ser encarado em toda a sua extensão, em toda a sua profundidade. O cancro, sendo a doença social mais perigosa, e mais mortífera, é objecto e motivo de investigação aturada e constante dos cientistas de todos os países, multiplicando-se os seus centros, no seu despiste, na sua etiologia, nas suas causas e nos seus efeitos. (...) Não é animadora a nossa situação perante questões de tão alta magnitude e gravidade, tornando-se necessário e urgente a organização, em plano nacional, da coordenação de elementos indispensáveis ao seu combate.”⁶⁴⁶

No panorama dos problemas de saúde do pós-guerra, os relativos ao cancro mereciam especial interesse e colocavam-se na vanguarda das preocupações das autoridades político-sanitárias, em franca consonância com o que já acontecia no contexto internacional.

Se a falta de obrigatoriedade de notificação dificultava uma estatística perfeita acerca da incidência do cancro em Portugal, o número de casos apresentados pelo Instituto permitia ajuizar da crescente gravidade do problema: de 1300 casos em 1945, passava-se para os 3059 em 1964. Apesar de o IPO ter sedimentado técnicas e metodologias nas áreas da sua competência, o aumento constante de casos implicava uma descentralização ao nível do diagnóstico e tratamento oncológico. Na década de 60 era evidente que o país necessitava colocar em marcha acelerada a planificação preconizada desde os anos 30, mas cujas verbas foram sendo entretanto canalizada para as estruturas desenvolvidas no centro anticanceroso de Lisboa, hospitais concelhios, distritais e centrais em fase de construção.

Antes disso, já em 1950 esta falta tinha suscitado a intervenção do deputado Cerqueira Pinto, que na sessão da Assembleia Nacional de 21 de Abril desse ano, chamara a atenção do Governo para o facto de não terem sido organizados os centros

⁶⁴⁶ Palavras de Urgel Horta in *Diário da Sessões*. Sessão nº 46 (16 de Março de 1962), pp. 1063-1064.

regionais previstos desde 1923, nem tão pouco as demais delegações e centros de tratamento no Porto e Coimbra, expressamente considerados na Base X da Lei 1998. Em Março desse mesmo ano de 1950, o Instituto atendia mais de 9.000 pessoas,⁶⁴⁷ número revelador da necessidade de uma urgente expansão do projecto a todo o país.

Mesmo assim, a ausência de verbas afectáveis à conclusão do projecto do IPO prolongou-se por várias décadas, e foi este um dos principais entraves a uma expansão mais precoce dos centros regionais. O mesmo princípio podemos aplicar ao atraso a que esteve sujeita a restante reforma hospitalar nacional, planeada desde a década de 30, e que permaneceu tão atrasada na sua real execução quanto o alargamento dos Centros do IPO a todo o país. Se o capital era escasso durante a primeira metade dos anos 40, concentrou-se em Palhavã o dinheiro disponível, atrasando a criação dos centros regionais.

No decurso da enumeração dos processos a adoptar na luta contra o cancro, o discurso dos responsáveis políticos pelo sector da saúde e assistência desde meados dos anos 40 parece ter estagnado. Apesar de se afirmar continuamente que os centros de diagnóstico, centros regionais, hospital e asilo estavam previstos, em vias de se obterem e de começarem a funcionar pela execução sistemática do plano inicial, os factos mostraram que não havia razão para o optimismo que tais palavras traduziam. O quadro de pessoal estabelecido em 4 de Agosto de 1944, mencionava apenas 70 funcionários, número esse que se manteve inalterado no quadro orgânico mesmo após 1948-49, altura da inauguração do Bloco Hospitalar. De facto, eram muitos mais os que exerciam funções diversas na instituição, mas a contratação fazia-se à custa dos fundos próprios.

O problema da luta contra o cancro, e aliás, de toda a assistência, era a falta de pessoal adestrado e convenientemente preparado para diagnosticar e tratar. Tudo estava centralizado em Lisboa, onde o número de técnicos era cada vez mais insuficiente para atenderem os doentes que afluíam de todos os pontos do país. Enquanto na generalidade dos países europeus os centros anticancerosos rapidamente se disseminavam, como recordava Francisco Gentil ao aludir o caso da vizinha Espanha: “ *Infelizmente entre nós, e apesar do movimento do Centro de Lisboa - 6 a 7 mil consultas por mês – ainda se não construíram os centros do Porto, Coimbra, Évora, Portalegre e outros...* ”⁶⁴⁸

⁶⁴⁷ Cf. “Notícias dos Hospitais.” *Hospitais Portugueses*. Nº 7 (1950), p. 53.

⁶⁴⁸ “A Oncologia em Espanha.” *Hospitais Portugueses*. Nº 9 (Janeiro-Fevereiro 1951), p. 55.

Os entraves e cortes orçamentais justificam não só o atraso como até a suspensão de vários projectos, alguns deles em estado relativamente avançado de execução. Em 1952, Gentil resumiu o estado dos trabalhos:

“Para o Porto foram escolhidos e aprovados três terrenos e sempre falharam. Coimbra só agora, e em condições precárias, obteve a compra de um prédio e terreno para se criar um Centro. A verba para a compra foi tirada da que o orçamento consigna como sendo para a vida diária do Instituto Português de Oncologia. E antes, tinham sido escolhidos 2 terrenos, até com visita e aprovação ministerial. Em Évora, está a pique uma bela promessa e em Portimão, apesar da generosidade de particulares, que ofereceram o terreno, nada se pode conseguir. Já houve verba no orçamento geral do estado que não foi utilizada e foi cortada. Mais curioso é o caso de Ponta Delgada. Estudado e planeado pela assistência distrital e patrocinado com entusiasmo pelo Ilustre Governador, que me procurou, tudo parecia em bom caminho, pois até me convidaram oficialmente para a inauguração, e aqui no Instituto (...) foi bolseiro um médico de Ponta Delgada, estando indicado outro médico radiologista. Aqui está também uma preparadora. A Comissão de assistência fez a encomenda de material e tudo parecia em via de resolução, e os pobres doentes da região iam ter tratamento a tempo de se curarem, quando surge a ordem do poder Central para não se realizar o Centro anticanceroso!”⁶⁴⁹

O principal factor que justifica o atraso, e em alguns casos o retrocesso, parece ter sido o desvio dos investimentos para a reorganização hospitalar nacional, que para além de uma série inaudita de hospitais concelhios e distritais, planeava e executava a passos largos os grandes hospitais escolares de Lisboa e Porto, ambos à muito planeados mas nunca construídos. Com efeito, desde 1947 foram construídos 12 hospitais sub-regionais e em 1951 encontravam-se em construção ou já comparticipados outros 25,⁶⁵⁰ mas apesar disso o atraso na concretização do projecto era evidente, pois a exiguidade de verbas atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não permitiram sequer dar início à construção de um único hospital regional, considerada a pedra basilar da organização hospitalar de então. De acordo com a Lei nº 2 011 de 2 de Abril de 1946, na primeira fase do plano de assistência hospitalar, a realizar no prazo de um decénio,

⁶⁴⁹ GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 11 (1952), p. 8.

⁶⁵⁰ Cf. *Boletim da Assistência Social*. Ano 9º Nº 101 a 106 (1951), p. 142.

seria inscrita anualmente no Orçamento do Ministério das Obras Públicas a dotação de 50 000 000\$00 de escudos.⁶⁵¹ Passados seis anos as dotações orçamentais atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não somaram senão uns magros 67500 contos.⁶⁵² Por outro lado, as dezenas de hospitais construídos eram em muitos casos mal aproveitados, produzindo pouco por falta de pessoal médico, que além de escasso era pouco ou mal qualificado.

Daí que o incumprimento do programa financeiro levasse a Comissão de Construções Hospitalares a dedicar-se quase exclusivamente aos hospitais sub-regionais. Excluindo os novos edifícios de Mirandela, Setúbal, Angra do Heroísmo e um pavilhão em Braga, em 1961 não existiam hospitais regionais com instalações adequadas às verdadeiras funções que lhes corresponderiam. Os 24 hospitais regionais em funcionamento nesse ano, encontravam-se quase desprovidos de especialidades médicas tanto nos internamentos como nas consultas,⁶⁵³ problema já habitual que se arrastou por longos anos desde a conclusão das estruturas hospitalares. Como referia Eugénio de Lima num artigo de 1953 publicado nos *Hospitais Portugueses*, e que teve larga repercussão em toda a imprensa médica da época:

*“Os nossos hospitais vivem uma vida administrativa instável e de nível baixíssimo. Ano após ano, repete-se a ansiedade de pedir e esperar o escasso subsídio do Estado. Este, sobrecarregado com as despesas de uma assistência que, em princípio, devia ser essencialmente privada, não pode assegurar aos hospitais as quantias que eles precisariam para levar o seu funcionamento a um razoável grau de eficiência. (...) Constroem-se hospitais novos. Mas não há dinheiro para pagar a um médico permanente e responsável nem para sustentar um grupo de enfermagem capaz e eficiente.”*⁶⁵⁴

⁶⁵¹ A Lei n.º 2 011 previa uma verba de 500 000 contos para o financiamento da construção dos hospitais centrais e regionais. Por seu turno, a construção e adaptação dos hospitais sub-regionais poderiam beneficiar da comparticipação do Estado, pelo Fundo de desemprego, até 75% do seu custo total.

⁶⁵² Veja-se o trabalho apresentado no III Congresso da União Nacional que se realizou em Coimbra, em Novembro de 1951, de FONSECA, Carlos Dinis – “Da organização hospitalar do País.” *Boletim da Assistência Social*. Ano 11.º N.º 111 e 112 (1953), pp. 57-58.

⁶⁵³ FERREIRA, Coriolano – “Memória – Acerca do regulamento-tipo dos hospitais regionais, elaborada em obediência ao despacho de 1 de Abril de 1960.” *Boletim da Assistência Social*. Ano 19.º N.º 145 e 146 (1961), pp. 28-30.

⁶⁵⁴ LIMA, Eugénio – “A vida financeira nos Hospitais Portugueses” *Boletim do IPO*. Vol. 20. N.º 9 (1953), p. 2.

Por outro lado, as fortes críticas lançadas por parte de alguns directores hospitalares relativamente às verbas “astronómicas” atribuídas ao IPO, e que por esta altura ganhavam maior visibilidade na imprensa médica, terão igualmente contribuído para um repensar do planeamento do sector da saúde e assistência, influenciando de algum modo na redefinição das prioridades ministeriais. Numa altura em que a débil vida financeira dos hospitais era assunto que fazia correr rios de tinta na imprensa especializada e nos relatórios anuais dos hospitais, dependentes como estavam de contributos particulares escassos e subsídios estatais irregulares atribuídos à laia de esmola, o tipo de financiamento e autonomia do hospital de Palhavã suscitava um certo mal-estar entre alguns administradores. As críticas dirigidas ao Instituto eram, por isso mesmo, o sintoma de um problema muito mais geral e profundo da assistência hospitalar portuguesa dos anos 40 e 50: as questões do papel e intervenção do Estado na emergente segurança social, entre nós chamada *previdência*; enfim, o tipo de financiamento e organização de todo o sistema de saúde vigente.

Nesta conjuntura de total reorganização hospitalar, o alargamento dos centros anticancerosos foi deliberadamente relegada para segundo plano pelo Governo, sem que com isso perdesse o apoio político à causa da luta contra o cancro.

Os membros da Comissão Directora reconheciam publicamente as dificuldades impostas pelo atraso na concretização dos centros regionais anticancerosos, o que era tónica habitual nos discursos oficiais, na imprensa generalista e no seio da Assembleia Nacional. O debate que entretanto se gerara e que frequentemente emergia nestas diferentes tribunas, não deixava dúvidas da necessidade urgente de alargar rapidamente a luta contra o cancro ao resto do país, descentralizando-a de uma estrutura já bastante sobrecarregada:

“Somos obrigados, porém, a reconhecer que o Instituto do Cancro de Lisboa não resolveu todo o problema da assistência anti-cancerosa do país. Muito longe disso, serve maravilhosamente a capital e as Províncias circunvizinhas, mas quanto às restantes, que são a maior parte, a questão continua praticamente em aberto. Torna-se impossível remeter todos os cancerosos para Lisboa, primeiro porque a lotação (já esgotada, por sinal) do Instituto o não permite, e 2º pelas dificuldades sociais e económicas observadas na maioria dos casos. Com efeito, é necessário viver de perto a odisseia dos cancerosos

pobres (que constituem o maior número) a quem o médico diz «a sua cura é só possível em Lisboa» ⁶⁵⁵

A concentração dos doentes num único hospital agravava-se pelas dificuldades económicas de uma população maioritariamente rural e empobrecida, mas sobretudo de um número abundante de cancerosos, que acedendo aos hospitais de outros centros urbanos, como Porto ou Coimbra, encontravam-nos sem um miligrama de rádio, nem um único aparelho de raios X para tratamento. Se ambas cidades já eram pólos de atracção sanitária, ainda mais se tinham tornado desde 1944, aquando da reforma dos serviços de saúde e assistência.

Mesmo assim, o projecto de expansão continuava a privilegiar a subordinação das novas estruturas ao Centro de Lisboa. A inclusão no Ministério da Educação era a principal justificação encontrada para este modo de operar, em vista das benesses de maior autonomia financeira e administrativa que tão vantajosas tinham sido na organização e adjudicação dos fundos próprios às actividades de ensino e investigação.

Se na Assembleia Nacional se afirmava em 1964 que a luta contra o cancro não se encontrava ainda suficientemente estruturada, sendo “(...)«*um grande incêndio que alastra constantemente e não se sabe quando será extinto*»”⁶⁵⁶, na imprensa médica - e sobretudo no semanário *O Médico* - era frequente fazerem-se referências ao atraso do alargamento das estruturas do IPO a todo o país. Com efeito, era consensual que a estruturação da luta contra o cancro carecia de um impulso renovado, que não podia depender apenas dos esforços do Instituto.

Numa altura em que os responsáveis pelo sector da saúde e assistência entendiam que a luta contra o cancro se podia realizar através dos hospitais regionais, a expansão do IPO ao restante do país era assunto em fase de redefinição estratégica. Se bem que se encontravam planeados novos centros anticancerosos para as cidades de Évora e Porto, estes dependiam em larga medida do mecenato, respectivamente das contribuições dos condes de Vilalva e de José dos Santos Ferreira.

O problema estava sobretudo ao nível da implementação do diagnóstico precoce, considerada a base fundamental de toda e qualquer atitude terapêutica. Daí a sugestão para que o combate ao cancro fosse incluído entre os objectivos preferenciais da política

⁶⁵⁵ RAPOSO, Luis – “Coimbra e o problema do cancro” *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 8 (1950), p. 6.

⁶⁵⁶ Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão nº 165, de 11 de Dezembro de 1964, p. 4099.

de saúde, paralela à definida para os demais sectores sanitários. A questão das verbas era agora mais significativa do que noutros tempos, e as constricções orçamentais não permitiram um rápido alargamento do IPO. O plano intercalar de fomento não previra verbas para o sector do cancro, numa altura em que alguns médicos, igualmente deputados na Assembleia Nacional, pugnavam pela alocação urgente de fundos para o diagnóstico precoce.⁶⁵⁷

O caso do hospital planeado para Évora desde 1953 com terrenos cedidos pela Câmara Municipal, constitui o exemplo desta necessidade, problema que esbarrava invariavelmente com as verbas necessárias. Apesar de elaborado o anteprojecto de um edifício de 5 pisos arquitectado por Duarte Grilo,⁶⁵⁸ e de reunido o apoio de entidades privadas para assegurar o necessário financiamento inicial, o projecto estava paralisado. O Hospital do Patrocínio, nome que entretanto se lhe atribuiu quando ainda estava no papel, não passava de retórica. Permaneceu no ar “*Um silêncio inquietante*” que não era senão o resultado da ausência de meios governamentais para co-financiar o projecto eborense, plasmado nessa expressão jornalística utilizada em 1958, e que resume o estado de concretização do projecto.⁶⁵⁹ Três anos mais tarde, ainda se continuavam a solicitar na Câmara Corporativa as verbas necessárias à construção do dito hospital.

Por outro lado, permanecia um problema acerca dos meios humanos especializados, aquele que se mostrava de mais difícil e demorada resolução. De facto, os frequentes apelos à premente implantação de uma rede alargada de estabelecimentos de diagnóstico precoce esbarravam com uma dificuldade de longa data: a falta de anátomo-patologistas. Com efeito, o diagnóstico precoce do cancro dependia, em grande parte, da intervenção da anatomia patológica no sector da cancerologia. Os médicos, para trabalharem nesse sector, tinham de ser em primeiro lugar anátomo-patologistas gerais, e é verdade que, em virtude do material tão especializado com que lidava o IPO, a formação de anátomo-patologistas gerais não podia ser atribuição desse estabelecimento. Aos hospitais gerais competia ter preparado um número suficientes destes técnicos, e não ao Instituto de Oncologia; este último apenas os especializaria no seu campo restrito.

⁶⁵⁷ Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão nº 165, de 11 de Dezembro de 1964, pp. 4099-4100.

⁶⁵⁸ Cf. “O anteprojecto do Hospital de Évora destinado ao tratamento de cancerosos.” *Hospitais Portugueses*. Nº 66 (Dezembro de 1957), pp. 59-60.

⁶⁵⁹ Cf. “Um silêncio inquietante” *Notícias de Évora*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Vol. 25. Nº 6 (1958), p. 7.

O Instituto não podia, portanto, especializar neste sector um número suficiente de anátomo-patologistas para o diagnóstico precoce, de forma a poder espalhá-los por vários pontos do país, uma vez que ele próprio possuía nos seus quadros um número já de si claramente reduzido. Em 1961, a questão do diagnóstico precoce merecia um reparo sintético e pungente de Fernando Namora, quando relembra que “*A luta vitoriosa contra o cancro depende do diagnóstico precoce – estamos de acordo; mas não se diagnostica precocemente uma doença quando o enfermo só nos procura para o ajudarmos a morrer.*”⁶⁶⁰

O centro anticanceroso de Coimbra, metido na gaveta desde o início e de concretização sempre adiada, já não tinha em Bissaya Barreto o seu principal paladino, desiludido com os entraves políticos que sofrera desde 1935, e sobretudo desde 1942. Por isso mesmo, e tentando de alguma maneira apaziguar os ânimos e as desavenças que vinham desde essa altura, foi no contexto de uma querela que em 1959 Luís Raposo remete uma missiva ao Diário de Coimbra onde pede a Bissaya Barreto para juntar a sua voz à da comissão directora do IPO, no sentido de obter do poder político as verbas necessárias à concretização definitiva do projecto, aludindo dissimuladamente ao seu bom relacionamento pessoal com o chefe da presidência do Conselho de Ministros.⁶⁶¹

Exceptuando o estabelecimento de Palhavã, o primeiro centro anticanceroso a ser materializado foi o de Coimbra, inaugurado em Dezembro de 1961, com uma área geográfica de actuação que abrangia os distritos da Guarda, Viseu, Castelo Branco, Aveiro (sul) e Leiria (norte). Mesmo assim, não era senão um imóvel adquirido para a instalação dos primeiros serviços, que foi necessário adaptar, e com capacidade de internamento limitada a 20 camas. Como disse Luís Raposo no dia da inauguração:

“A obra que agora se inaugura só é grande na sua intenção, isto é, no objectivo que tem em mira. Como realização concreta é modesta, muito modesta até. Se correspondesse aos meus desejos e de igual maneira às necessidades regionais impostas pela magnitude

⁶⁶⁰ NAMORA, Fernando – “Diagnóstico precoce e luta contra o cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 6 (1961), p. 3.

⁶⁶¹ “*As muitas solicitações que têm sido dirigidas ao sr. Presidente do Conselho e outros Ministros, o signatário destas linhas, a Comissão Directora do IPO e a cidade de Coimbra, muito gratos ficariam ao sr. Prof. Bissaya Barreto se juntasse as suas, no sentido de se arrumar o assunto do Centro e de se levar por diante o projectado Hospital, ao lado dele. Que Sua Ex.cia agite a questão acho ótimo, porque decerto é melhor ouvido de que nós outros.*” In BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV (2ª ed.). Coimbra: 1959, p. 438. (Sublinhado nosso)

*e acuidade do flagelo do cancro, clínica ou socialmente consideradas, teria outro vulto e uma mais ampla projecção.”*⁶⁶²

Nesse dia não houve lugar para as críticas de Bissaya Barreto, muito mordaz quanto ao preenchimento dos lugares do quadro do novo estabelecimento, onde a concorrência estabelecida entre os nomes indicados pelo IPO e aqueles propostos pela FMUC fez correr alguma tinta sobre a ocupação dos lugares disponíveis.⁶⁶³

Por seu turno, o centro de tratamento do Porto começou apenas a tomar forma em 1963 com o impulso da LPCC e do seu presidente Lima Basto, que entretanto acumulava estas funções com as de director clínico do IPO. Foi o próprio Núcleo Regional do Norte da LPCC, constituído nesse mesmo ano e fortemente apoiado pela FCG, o principal promotor do projecto, que disponibilizou 13 000 000\$00 escudos, quase metade dos quais dedicados à comparticipação de 50% nos encargos previstos para a primeira fase da construção e instalação do centro regional portuense.⁶⁶⁴

A conclusão dos centros regionais demorava e apenas se tornou possível através de um financiamento de base filantrópica, sem o qual seria extremamente difícil obter o apoio total do Ministério da Educação e o das Obras Públicas. Não era apenas a questão das estruturas físicas e materiais: o componente humano era talvez o principal entrave, num país onde o número reduzido de especialistas era limitado, não só para ocupar lugares nos hospitais centrais e regionais em construção, quanto mais para os hospitais especializados em cancerologia.

Entretanto, conseguiu-se apenas colocar em funcionamento alguns centros de diagnóstico orientados por médicos que estagiaram no IPO, e que com ele continuavam a colaborar, efectuando exames histopatológicos, provenientes de todas as partes do país, províncias ultramarinas incluídas. Nestas últimas, o problema era ainda maior, uma vez que a extensão dos serviços do Instituto a Angola se resumia à análise das preparações histológicas que lhe eram remetidas, e que uma vez analisadas eram devolvidas com os respectivos boletins descritivos ao Hospital de Luanda, onde existia

⁶⁶² “Foi inaugurado o centro anticanceroso de Coimbra.” *Boletim do IPO*. Vol. 29. Nº 1 (1962), p. 2.

⁶⁶³ Acerca deste assunto veja-se BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. VI (2ª ed.) Coimbra: 1961, pp. 330-338.

⁶⁶⁴ O demais capital foi atribuído aos centros de Lisboa e Coimbra, dedicados sobretudo ao reequipamento clínico, ao equipamento de cobalto e curioterapia, assim como à organização de cursos de especialização. Cf. “A Fundação Calouste Gulbenkian ofereceu Treze Mil Contos ao Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do IPO*. Vol. 30 Nº 5 (1963), pp. 9-10.

um centro cirúrgico orientado por Silveira Ramos, que se ocupava localmente e de forma muito limitada da luta contra o cancro. A questão foi alvo de reparos na Assembleia Nacional em 1967, onde o deputado Horácio Silva, não sendo médico, manifestou a necessidade de dotar a província dos meios humanos e matérias especializados, apetrechando um local onde:

“(...) faltam as possibilidades de tratamento pelas radiações e falta na verdade quase tudo – a começar pelo rastreio e as possibilidades de um diagnóstico a tempo que permita ao enfermo (aquele que o possa fazer) procurar a salvação. Só não falta ali a angustiada boa vontade de alguns ilustres médicos e de alguns ilustres cirurgiões, aos quais se devem as vidas que se tem salvo daqueles que são passíveis de tratamento local. (...) em regra quando o infeliz atingido pela terrível enfermidade obtém o diagnóstico está já irremediavelmente perdido. Numa ansiedade compreensível vai ainda então à África do Sul ou ao Sudoeste Africano se tem meios bastantes para isso. Ou vem a Lisboa se tem alguns meios, ou se é funcionário público ou não sendo, se obtém a dádiva de uma passagem pelo IASA (Instituto de Assistência Social de Angola) para vir do mesmo modo a Lisboa, (...) Simplesmente, e em regra, como o doente não foi diagnosticado a tempo, vem tarde. Demasiado tarde para ele como para muitos outros mais infelizes (...) Tal é a situação na verdade nada brilhante.”⁶⁶⁵

Se bem que no início de 1964 o Ministério do Ultramar tivesse determinado a criação de centros especializados em Luanda e Lourenço Marques, e onde Lima Basto se deslocou para orientar a planificação dos projectos, chegados a 1967 nada estava ainda realizado.

No espaço metropolitano, o sentimento de atraso na concretização dos centros regionais estava bem presente no seio dos próprios responsáveis do Instituto, sobretudo o nortenho, sentimento que não deixavam de demonstrar publicamente, como foi o caso da tomada de posse das Comissões do Núcleo do Norte da LPCC em Novembro de 1964, aquando da preparação dos trabalhos para a erecção do ansiosamente aguardado centro regional do Porto:

“Anuncia-se a próxima criação do Centro Anticanceroso do Porto, destinado a desempenhar importante e decisiva tarefa no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento do cancro. Agora que a Liga Portuguesa Contra o Cancro, o próprio governo

⁶⁶⁵ *Diário das Sessões*. Sessão nº 63 (3 de Fevereiro de 1967), pp. 1152-1153.

e preciosas contribuições particulares, se conjugam para criar tão urgente obra, pode dizer-se que da esperança vaga e indecisa, se caminha abertamente para a realidade.”⁶⁶⁶

Antes mesmo do centro portuense se encontrar totalmente construído, deu-se corpo ao antigo projecto dos centros de profilaxia, que não eram mais do que centros de diagnóstico independentes, fora dos centros regionais, que podiam ou não, estar adstritos a outros hospitais.

O centro de profilaxia de Alcântara, inaugurado em 1969 é um raro exemplo de concretização desta política de diagnóstico precoce sistemático, que apenas tomou forma por ter recebido donativos de um benemérito e o apoio financeiro da FCG.⁶⁶⁷ Contudo, o alargamento das consultas de rastreio a outras áreas da capital não teve continuidade devido à reestruturação dos centros de saúde, que acabariam por absorver as mesmas competências diagnósticas. Por essa mesma razão, em 1989 o centro de Alcântara encerrou a sua actividade.

Planearam-se outros centros desta natureza, quer para a própria cidade de Lisboa, quer para o restante território, mas o problema da falta de profissionais de saúde impediu um desenvolvimento mais célere. O problema mais grave continuava a ser, e cada vez mais o seria, a limitação imposta em particular pela inexistência de médicos e enfermeiros suficientes.

Lima Basto, director do IPO em 1969, reconhecia a existência desta importante limitação. Problema alheio à planificação emanada do Instituto, não deixava de ser sentido ao mais alto nível dos que dirigiram no pós-guerra a luta contra o cancro: *“Nós sabemos que para atingir esse fim será necessário treinar muito pessoal Médico e de Enfermagem, de Serviço Social, que será preciso criar instalações, equipá-las, adquirir aparelhagem, que para tudo isso é preciso dinheiro. (...) Pela nossa parte, o Instituto de Oncologia e Liga contra o Cancro, não nos temos poupado a esforços e canseiras, a desânimos e desgostos, a incompreensões e a críticas, mas resta-nos a consolação moral de trabalharmos para o bem comum.*”⁶⁶⁸

⁶⁶⁶ Palavras de Joaquim da Silveira Botelho, secretário da LPCC, reproduzido in BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 88.

⁶⁶⁷ Cf. “Na inauguração do centro de profilaxia de Alcântara.” *Boletim do IPO*. Vol. 36. Nº 11 (1969), pp. 1-8.

⁶⁶⁸ Palavras de Lima Basto na inauguração do Centro de Profilaxia de Alcântara. Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 36. Nº 11 (1969), pp. 1-8.

O arranque dos novos centros regionais encontrou entraves que não seriam à partida de ordem financeira mas de pessoal especializado, tanto mais que uma análise dos mapas das entidades financiadoras do *Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1ª Fase)* de 1966, permite avaliar a volumosa participação do mecenato e das entidades de natureza filantrópica, que no seu conjunto, superam largamente a participação do Estado no projecto.⁶⁶⁹ O défice de médicos e enfermeiros foi sendo colmatado a custo, mostrando-se mais fácil a obtenção das verbas destinadas às estruturas físicas e equipamentos. A intervenção financeira estatal seguiu-se à iniciativa privada: a LPCC e a FCG subsidiaram a iniciativa, constituindo-se como os principais promotores financeiros do projecto. O novo centro nortenho desenvolveu-se em duas fases. Numa primeira fase, com 80 camas de internamento, que incluía os serviços de cirurgia, medicina, ginecologia, ORL, estomatologia, curieterapia, radiodiagnóstico, cobaltoterapia e análises. A segunda, previa na altura um pavilhão para 200 camas e um edifício de oito andares com internamento, totalizando 550 camas.

Em paridade com a construção do centro do Porto, preparou-se, finalmente, o alargamento do quadro de pessoal do centro de Lisboa, que dos 70 funcionários inscritos desde 1944, passava a ter 927 desde 1972, número muito mais consentâneo com o volume de trabalho realizado.⁶⁷⁰

A autonomia dos centros de Coimbra e Porto viria mais tarde. Em 1977, o Decreto-Lei nº 78/77 define a autonomia dos respectivos Centros, que se encontravam subordinados à sede em Lisboa. O objectivo principal era o de lhes conferir maior eficácia, quer nas actividades de prevenção quer nas de tratamento.

A cada um deles corresponde uma área geográfica respectiva: norte, centro e sul. Ao Centro do Porto correspondiam todos os distritos a norte do rio Douro, acrescido do distrito de Aveiro. Ao Centro de Coimbra competiam os de Viseu, Guarda, Castelo Branco, Coimbra e Leiria. Ao Centro de Lisboa competia a cobertura do restante território, incluindo os arquipélagos dos Açores e Madeira.

Passando a gozar de autonomia administrativa, técnica e científica, são igualmente autorizados a arrecadar as suas receitas próprias e afectá-las às despesas a realizar. Na prática, a autonomização destas estruturas hospitalares permitiu espalhar pelo país uma

⁶⁶⁹ Cf. os mapas das entidades financiadoras do *Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1ª Fase)* no DL nº 46 867, de 10 de Fevereiro de 1966, reproduzido no anexo 5.

⁶⁷⁰ Cf. o Decreto nº 99/72, de 25 de Março.

rede de tratamento oncológico muito mais próxima dos cidadãos, descongestionando o Centro lisboeta, que há muito se havia tornado pequeno para dar uma resposta cabal a todas as funções que lhe estavam confiadas. Se era um facto que a investigação e o ensino estavam a par da assistência, foi esta última a que mais trabalho absorveu ao longo da vida do IPO.

A breve trecho, os demais centros regionais também se veriam a braços com o problema do tratamento imediato de um elevado número de cancerosos. Apesar de serem muito mais que organizações hospitalares para tratar doentes oncológicos, uma vez que a investigação oncológica clínica era o seu objectivo fundamental, na prática, os Centros entretanto criados em Coimbra e no Porto, viram-se na contingência imediata e diária de proceder ao diagnóstico e tratamento dos doentes.

Daí ter surgido a proposta de uma abordagem alternativa para a organização da luta contra o cancro, integrando todo o SNS.⁶⁷¹ Apesar dos novos centros descomprimirem o volume de doentes que afluíam a Lisboa, a verdade é que em meados da década de 70, já uma parte muito significativa de doentes neoplásicos eram atendidos e tratados na rede hospitalar do país, sobretudo nos hospitais centrais. De outro modo não poderia ser, tanto mais que os centros do Instituto não dispunham da capacidade necessária para o exclusivo da doença oncológica. Apesar disso atendia um número de doentes já de si excessivo, o que acarretava prejuízos para a realização de uma investigação clínica mais desenvolvida. No mesmo sentido, os laboratórios de investigação viam a sua actividade diminuída, pelo papel que lhes cabia de fornecer respostas céleres à prática clínica. Era a altura de reformular a luta contra o cancro, e em particular o papel do IPO nesse desiderato.

Genericamente, os centros regionais corresponderam à sedimentação de um projecto, preparado com muita antecedência e estruturalmente pioneiro nas suas concepções, mas atrasado no tempo da sua real execução. Apesar disso, foi com eles que se deu forma à regionalização da luta especializada contra a doença, mas onde a subordinação ao centro lisboeta era absoluta. Os Centros Regionais de Coimbra e Porto, a par do de Lisboa, que permanecia como sede, não completaram senão parcialmente as necessidades de tratamento. Outras unidades de oncologia médica foram entretanto criadas em diversos hospitais distritais, como nos casos de Évora, Faro, Santa Maria e

⁶⁷¹ CONDE, José – “Oncologia no âmbito nacional.” *Jornal do Médico*. T. 86. Nº 1638 (1974), pp. 816-849.

Hospital Militar Principal, coadjuvando a rede de centros regionais. E se bem que também nos centros regionais se pretendesse conferir a primazia à investigação e ao ensino pós-graduado especializado, foi acima de tudo o tratamento dos doentes oncológicos que dominou a vida activa do Instituto.

4 – Ciência, tecnologia e investigação. A institucionalização de uma nova disciplina médica

*“A ciência moderna encontra-se intimamente associada a um poder sobre as coisas e sobre o próprio Homem, e por isso surge tão intimamente ligada à tecnologia que dela se torna indestrinçável. Mas nem por isso deixa de constituir uma abordagem cuja finalidade específica e imediata é fornecer conhecimentos cada vez mais amplos, exactos e fiáveis.”*⁶⁷²

Jean Ladrière

Convém lembrar, como nos diz Georges Canguilhem, que *“a medicina de hoje está fundada, com a eficácia que se lhe reconhece, na dissociação progressiva da doença e do doente, aprendendo a caracterizar o doente pela doença, mais do que identificar uma doença a partir do conjunto de sintomas espontaneamente apresentados pelo doente.”*⁶⁷³ Esta é também a lição de Michel Foucault,⁶⁷⁴ que mostrou como a clínica permitiu desligar a doença do indivíduo doente, ao constituir-se como ciência. Esta dissociação encontra-se de forma mais visível no discurso médico sobre a doença.

Pensar a oncologia enquanto objecto de investigação histórica, analisar o modo como foi compreendida, exercida e disseminada, requer necessariamente a compreensão do pensamento médico enquanto saber cientificamente elaborado. Este pensamento está na origem de um discurso próprio, que de acordo com Foucault, possui o mesmo poder das leis.⁶⁷⁵ Nesse contexto, a produção deste discurso depende de alguns procedimentos que visam o controlo a legitimação de um tipo de poder; processos que se realizam, por vezes, através de instituições, de acordo com as contingências históricas.

Para todos os efeitos, a ciência não constitui um empreendimento meramente dependente de procedimentos metodológicos e operativos, ou de decisões teóricas e de técnicas de observação e experimentação, mas reveste também uma dependência muito

⁶⁷² LADRIÈRE, Jean – *Les enjeux de la rationalité – Le défi de la science et de la technologie aux cultures*. Liber: Québec, 2001, p. 24.

⁶⁷³ CANGUILHEM, Georges – *Les maladies*. In JACOB, A. (dir.) – *Encyclopédie philosophique universelle, vol. 1: L’univers philosophique*. Paris: PUF, 1989, retomado em CANGUILHEM, Georges - *Écrits sur la médecine*. Paris: Le Seuil, 2002, p. 35 (tradução nossa).

⁶⁷⁴ Cf. FOUCAULT, Michel – *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1999.

⁶⁷⁵ Cf. FOUCAULT, Michel – *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets Editores, 1980.

significativa de múltiplos factores de ordem social. No caso da oncologia, tal como em qualquer área produtora de ciência, a emergência e sedimentação desta especialidade dependeu claramente de um contexto psicológico e social de luta contra o cancro.

Estes factores exógenos à produção científica, não são menosprezáveis, algo que a teoria dos paradigmas de Thomas Khun já colocou em evidência quando mostrou as múltiplas interferências que envolvem a criatividade científica.⁶⁷⁶ Seguindo a perspectiva khuniana, estas interferências passam pelo enquadramento institucional da produção científica, onde a ciência se mostra indissociável dos projectos de investigação, dos grupos de investigadores, e ainda pelos condicionamentos e influências particulares a que se encontram sujeitos, factores esses que se reflectem de forma decisiva na concepção e desenvolvimento da própria investigação. Trata-se obrigatório referi-las e avaliá-las, sem permanecermos apenas ao nível da compreensão dos seus procedimentos operativos. A análise histórica que fazemos da actividade científica do IPO, não ficaria por certo completa, sem este tipo de abordagem institucional.

Com efeito, a ciência médica não se reduz a uma simples colectânea de factos, é sobretudo uma necessidade. Mas é também um sistema de correlações lógicas e de factos, que permitem estabelecer uma hipótese ou um corpo teórico. Esta teoria é ela própria afectada pela perspectiva geral da época em que é formulada. No caso da investigação ligada directamente à oncologia, surgem novas tensões ligadas à valorização dos saberes e ao financiamento das pesquisas.

A posição de Khun distingue, no processo científico, o período de instauração de um novo campo disciplinar, em que é importante o condicionamento exercido pelas conveniências sociais, pelos modelos dominantes de racionalidade, como as filosofias científicas mais prestigiadas, e aquele período em que uma disciplina se apresenta consolidada. A este nível, os *“praticantes duma ciência madura são homens formados num corpo sofisticado de teoria tradicional e de técnicas instrumentais, matemáticas e verbais. Como resultado, constituem uma subcultura especial, cujos membros são a audiência exclusiva e também os juizes dos trabalhos uns dos outros. Os problemas em que estes especialistas trabalham já não são apresentados pela sociedade externa, mas por um desafio interno de aumentar o alcance e a precisão do ajustamento entre a teoria existente e a natureza. E os conceitos usados para resolver estes problemas são*

⁶⁷⁶ Cf. KHUN, Thomas S. – *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

*normalmente parentes próximos dos fornecidos pela educação prévia para a especialidade.”*⁶⁷⁷

Poucas foram as áreas do conhecimento que sofreram um incremento tão exponencial em termos de produção científica como a medicina em geral, e o cancro em particular. A partir do pós-guerra, a quantidade de artigos científicos resultantes da investigação nesta área do conhecimento biomédico ultrapassou em larga escala as demais áreas do saber, tornando-se num campo fértil de pesquisa clínica e laboratorial.⁶⁷⁸ Se a história do cancro é em larga medida a história da própria medicina, chegados ao segundo quartel do século XX, raro era o ramo da actividade científica que, de um modo ou outro, não fornecesse algum trabalho de colaboração para o esclarecimento do omnipresente problema do cancro. Para todos os efeitos, tornou-se um dos eixos seminais da investigação biomédica do século XX.

O estudo do cancro beneficiou claramente de uma série de desenvolvimentos em áreas tão paralelas como complementares da medicina, como sejam a fisiologia, a bioquímica e a biologia molecular, sobretudo desde meados dos anos 40.⁶⁷⁹ Contudo, no caso português, há ainda a considerar um outro movimento que lhe é tão paralelo como transversal a toda a medicina: a formação médica e a necessidade de hospitais escolares. Esse movimento começou na primeira metade de novecentos, como resultado da necessidade de colmatar lacunas evidentes na investigação científica e formação técnica dos médicos lusos. Em 1916, Celestino da Costa resumiu esta necessidade:

“Os hospitais precisam de que a Faculdade lhes renove e prepare os quadros. A Faculdade carece de material clínico (e laboratorial e anatómico) que não pode estar à mercê dos acasos da maior ou menor benevolencia de uma administração, e os médicos que na Faculdade estudam e se formam precisam dos hospitais para o seu tirocinio e para a educação prática post-escolar, hoje ainda embryonária ou desconnixa entre nós e

⁶⁷⁷ KHUN, Thomas S. – *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000, p. 158.

⁶⁷⁸ Cf. KEATING, Peter – *The Rise of Clinical Cancer Research (1950-2000): Historical and Bibliometric Observations*. Comunicação no Brown Bag Research Seminar, Université York - Setembro 2006. Toronto: 2006.

⁶⁷⁹ Sobre os progressos da fisiologia, bioquímica e biologia molecular veja-se RONAN, Colin – *Histoire mondiale des sciences*. Paris: Éditions du Seuil, 1988, pp. 617-636.

que será mister um dia organizar, à semelhança do que se tem feito em varios paizes estrangeiros.”⁶⁸⁰

Com efeito, desde a reforma universitária de 1911 que se esboçou uma tentativa de reestruturar o ensino da medicina em moldes universitários, nem sempre conseguida, mas que apesar de tudo melhorou a qualidade do corpo docente, agora mais voltado para a produção de ciência própria do que para a reprodução de conhecimentos produzidos além fronteiras. Torná-las, enfim, verdadeiros centros de investigação científica. Mesmo assim, os resultados não foram imediatos, sobretudo pelo facto da legislação de 1911 se ter mostrado algo impotente para modificar o espírito das corporações docentes.⁶⁸¹

Mesmo assim, o ambiente intelectual era favorável à concretização das reformas, terreno já preparado de antemão pela campanha em prol da medicina experimental desenvolvida em particular por Miguel Bombarda e Sousa Martins, tanto no plano ideológico quanto político. Em termos práticos, deram-se alguns passos, desde a criação do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana em 1892, passando pela fundação da Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais em 1907, feita pela mão de Marck Athias, Celestino da Costa e Abel Salazar.

Seguir-se-ia em 1909 uma viagem de estudo marcante para o desenvolvimento da prática experimental em Portugal: por intervenção de Miguel Bombarda, Pinto de Magalhães e Marck Athias foram designados pelo governo para visitar, durante três meses, alguns laboratórios e fábricas de materiais laboratoriais.⁶⁸² O caminho para a reforma do ensino biomédico encontrava-se já em preparação, antes mesmo da implantação da República.

Em paridade com a reforma de 1911, cujos efeitos se tornaram mais evidentes apenas nos anos 20, foi com a criação da Junta de Educação Nacional em 1929 que a actividade científica portuguesa viu a sua produção incrementada, tanto em quantidade

⁶⁸⁰ COSTA, A. Celestino da – “A reforma dos hospitais e o ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXIV. Nº 4 (1916), p. 28;

⁶⁸¹ Cf. COSTA, A. Celestino da – “Ensino médico e universidades.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXV. Nº 17 (1917), pp. 129-131 e Nº 19 (1917), pp. 145-149.

⁶⁸² Cf. a importância desta e de outras viagens em AMARAL, Isabel – “Marck Athias (1875-1946) and Kurt Jacobshon (1904-1991): Their Travels and the Establishment in Portugal of Laboratory-Based Research in the Bio-Sciences.” *Science and Technology in the European Periphery*, 2nd STEP Meeting: Scientific Travels. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 17-21 de Setembro de 2000, pp. 37-38.

como em qualidade, em praticamente todos os domínios do conhecimento, numa alteração justamente considerada fundamental e determinante para o próprio paradigma científico nacional.⁶⁸³ A medicina foi particularmente devedora desta mudança, tanto na formação académica dos formandos, como na fomentação da investigação.⁶⁸⁴ Feita em larga medida com recurso à capitalização da formação realizada pelos médicos no contexto de viagens, estágios e visitas de estudo sobretudo a hospitais europeus, a medicina portuguesa beneficiaria largamente com este intercâmbio directo e não meramente livresco. Em Portugal, as especialidades médicas emergentes de finais do século XIX difundiram-se e sedimentaram-se em larga medida à custa deste expediente formativo.

Neste contexto, as viagens de estudo revestiam-se de foros de necessidade premente, fossem elas realizadas na Europa, ou sobretudo nos EUA, lugar onde “*Hoje todo o médico, sobretudo todo o cirurgião, sonha com a sua viagem à América como outrora os noivos ricos com «son voyage en Italie».*”⁶⁸⁵ Os médicos portugueses que se dedicaram ao estudo do cancro não passaram sem recorrer a períodos mais ou menos longos de formação no exterior, fossem eles estágios, cursos ou sessões de aperfeiçoamento. Nesse espaço além fronteiras, imbuíram-se de novos ideais universitários, eivados da necessidade de produção científica própria, tal como já era longa e repetidamente defendido desde 1917 por Augusto Celestino da Costa, quando referia que: “*Precisamos de enviar ao estrangeiro todos os annos e em grande número estudiosos que se queiram especializar e iniciar no descobrimento científico, assim como especialistas que pretendam aperfeiçoar-se.*”⁶⁸⁶

⁶⁸³ Sobre a reforma universitária vejam-se as conferências de 1918 em COSTA, A. Celestino da – *A Universidade Portuguesa e o problema da sua reforma*. Porto: Tipografia da Renascença Portuguesa, 1918. Sobre a produção científica veja-se: Idem – *O Problema da Investigação Científica em Portugal*. Coimbra: Instituto para a Alta Cultura, 1939.

⁶⁸⁴ Cf. COSTA, A. Celestino da – “A reforma do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXVI. Nº31 (1918), pp. 244-248 e Nº 32 (1918), pp. 250-252; Idem – “Considerações gerais sobre a investigação científica em Portugal.” *Lisboa Médica*. Ano 7. 11 (1930), pp. 91-94; SANTOS, Reinaldo dos – “As Universidades e a investigação científica.” *Boletim da Academia das Ciências de Lisboa*. NS 30 (1958), pp. 275-281; RODRIGUES, Álvaro – “A influência da investigação científica portuguesa na evolução da Medicina mundial.” *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa*. 21 (1977), pp. 311-331.

⁶⁸⁵ SANTOS, Reinaldo dos – “Sobre o problema do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 51 (21 de Dezembro de 1930), p. 449.

⁶⁸⁶ COSTA, A. Celestino da – “Ensino médico e universidades.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXV. Nº 19 (1917), p. 148.

Esta romagem ao exterior correspondeu a uma estratégia de legitimação dos cancerologistas portugueses, caracterizada pela identificação que estes possuíam com o trabalho desenvolvido noutros centros anticancerosos de referência internacional. Desde o próprio Francisco Gentil, passando por Henrique Parreira, Bénard Guedes, Luís Simões Raposo, Álvaro Rodrigues, Lima Basto e tantos outros que no IPO fizeram carreira, todos eles passaram por períodos de tempo mais ou menos dilatados, dedicados à formação no estrangeiro.

Fora do ambiente do IPO, os exemplos são vários, em particular no tocante a áreas emergentes, como era a radioterapia, caso de Mário Silva, que nos anos 20 estagiou 5 anos no Instituto do Rádio em Paris sob a orientação de Marie Curie,⁶⁸⁷ ou mesmo de Roberto Carvalho na área da radiologia, que estagiou em Bordéus e Paris.

Fosse na área da oncologia ou domínios afins, esta formação encontrava-se em consonância com a mudança de paradigma universitário e científico. A prática das viagens de estudo tornou-se rotineira para alguns, sobretudo para aqueles mais intimamente ligados à investigação. Todo o cientista da medicina, ou pelo menos aspirante a tal, bebia do exterior as novidades, reproduzindo no seu país o aprendido, e em alguns casos criando escola própria, que por longo tempo perdurou e de que ainda hoje ressoam ecos de pioneirismo.

Foi o caso de Câmara Pestana e de Marck Athias, cuja formação fora traçada no decalque dos modelos universitários alemão e francês. O primeiro, em certo sentido auto didacta, o segundo por ter estudado na Universidade de Paris onde bebeu as influências do professor de histologia Mathias Duval. Também Aníbal Bettencourt e Azevedo Neves colheram uma educação universitária estranha às possibilidades da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, tendo-se aperfeiçoado directamente noutros centros de ensino europeus. A par destes nomes, é ainda toda uma geração que vê os problemas do ensino médico e da saúde e assistência em novos moldes, nos quais predomina uma matriz de investigação científica muito intensa.

Daí podermos dizer que entre a última década do século XIX e meados dos anos 50 do século XX se assiste em Portugal a um período determinante para a formação e consolidação de uma comunidade científica ligada, entre outras, à investigação das ciências biomédicas. Em paridade com a transformação do papel social do ensino

⁶⁸⁷ Cf. BEJA, António de Matos – “Uma carta do Sr. Dr. António de Matos Beja sobre a prioridade do interesse pela luta anti-cancerosa em Coimbra.” In BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV. (2ª ed.) Coimbra: 1959, p. 440.

superior, a produção de saberes originais era agora o elemento primordial de caracterização dos docentes universitários, muito mais do que a capacidade para memorizar e reproduzir conhecimentos talhados pelo escopo da investigação alheia.

A investigação científica passa a assumir definitivamente o primeiro plano na actividade universitária, e em particular nas ciências biomédicas, onde o paradigma médico-laboratorial se tornaria soberano na produção do saber médico. Inserida neste contexto e imbuída dos mesmos princípios, a oncologia passaria, também ela, a sedimentar o seu próprio campo do saber.

A teoria e a prática da oncologia assentavam em princípios científicos com base fundamentalmente experimental. Para além da experiência clínica e cirúrgica acumulada, e ainda da regular introdução de novas metodologias terapêuticas, a emergente cancerologia portuguesa iria afirmar-se em larga medida no campo da investigação. Fruto de um trabalho persistente e da captação de alguns dos melhores cientistas de que o país dispunha, daria origem a um núcleo de investigadores que utilizava em larga medida as possibilidades materiais e laboratoriais do IPO, em algumas áreas as únicas disponíveis, para trilharem um caminho próprio nos domínios da oncologia experimental.

Inseridos no contexto da comunidade médica internacional, participavam de um circuito alargado que integrava médicos, cientistas e outras instituições, para quem a circulação da massa crescente de informação e experiências justificava a existência de uma especialidade de grupo. Publicavam-se resultados, experiências e informações, contribuindo para a ampliação do prestígio e do poder da especialidade emergente.

4.1 – Da teoria parasitária à oncologia experimental: as bases científicas de uma nova disciplina médica

“Mercê dos subsídios fornecidos pelos estudos experimentais e clínicos, muito se tem avançado neste conhecimento. (...) demonstrando não ser o cancro um mal de natureza misteriosa, mas uma doença como tantas outras, capaz de ser reproduzida em animais de experiência por meio de agentes vários, sem dúvida idênticos aos que, na espécie humana, representam as causas capazes de predispor e determinar o aparecimento das neoplasias malignas.”⁶⁸⁸

Marck Athias, 1941.

A incorporação das doutrinas e procedimentos laboratoriais no arsenal médico da segunda metade de oitocentos, trouxe efeitos duradouros em todos os campos da própria *praxis* biomédica. Um dos mais importantes foi o estabelecimento de uma nova concepção das doenças, doravante feita do ponto de vista de uma causa material ou biológica externa ao corpo humano, com o conseqüente desenvolvimento da bacteriologia e parasitologia. Reordenaram-se os saberes clínicos em torno das explicações causais, em detrimento progressivo da hegemonia da medicina dos sinais e sintomas. Na base desta mudança estava uma cada vez maior proeminência laboratorial na área do diagnóstico, a par de um experimentalismo apostado na busca de soluções terapêuticas. Importa, pois, reflectir sobre o percurso da investigação, mostrar os problemas, as dificuldades e as questões não respondidas que envolvem o trabalho dos investigadores portugueses.

Foi a partir da década de 1870 que a medicina académica portuguesa abraçou de forma definitiva o sabor epistemológico do experimentalismo, sem os aparentes e habituais resquícios de reserva mental que costumam acompanhar as transições de paradigma científico. Esta nova representação dos fundamentos do saber médico, expressa agora através da noção de medicina experimental, rapidamente conquistou um conjunto paulatinamente mais alargado de adeptos, sobretudo entre as gerações mais jovens, mormente as dos formandos das duas últimas décadas de oitocentos. Devido sobretudo ao trabalho de grupos influentes de médicos universitários, muitos deles

⁶⁸⁸ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 58.

republicanos e inclusive maçons, a medicina portuguesa aproximou-se ainda mais da recente produção científica elaborada e amplamente divulgada nos centros científicos da Europa e dos EUA. Articulando-se em redor de um reduzido mas influente número de periódicos científicos nacionais, este núcleo de médicos constituía uma clara elite dentro da própria classe, assessorada agora pelo poder de um discurso assente em princípios científicos, que lhes conferiam uma credibilidade progressivamente indisputada em matéria de biopolítica sanitária.

As teorias e experiências divulgadas nesses centros internacionais tinham nessa elite médica portuguesa uma audiência muito atenta e receptiva, mas suficientemente crítica para tentar reproduzir as experiências divulgadas, testando conceitos, métodos e tecnologias emergentes.

A área da oncologia não era excepção, acompanhando-se de muito perto as várias teorias sobre a origem do cancro, sobretudo as de Virchow. Se com a teoria celular de Virchow a explicação sobre a origem do cancro começava a tomar uma forma mais aproximada daquela que actualmente se conhece, seria com Remak, porém, que se chegava à noção de especificidade celular, e, por outro lado, da relação da natureza da neoplasia com esta mesma especificidade.

A frequência e a gravidade do prognóstico da doença tornaram o seu estudo num dos mais predominantes nas ciências biomédicas, feitas com recurso a numerosos investigadores, despendendo esforços de intensidade variável em muitos países. Desde então multiplicaram-se os trabalhos sobre a morfologia dos tumores, que visavam sobretudo a histologia patológica e a sua histogénese, ou seja, a morfologia, a origem e o tipo de células cancerosas. O objectivo primordial passava por esclarecer o problema da etiogenia e patogenia, tendo-se aventado várias teorias, feitas com base nas características morfológicas das células neoplásicas e das respectivas mitoses, reduzindo o mecanismo da cancerização a um fenómeno celular. Revelaram-se, contudo, insuficientes para descortinar a causa da transformação dos elementos normais em neoplásicos, nem sequer descortinar o caminho mais adequado para o conseguir. Era a fase da observação e classificação, a que se seguiria a da experimentação, elemento transversal às ciências biomédicas da segunda metade de oitocentos, e que no caso do estudo do cancro não foi diferente das demais.

Outro capítulo que despertava igualmente o interesse médico português foi o das experiências que tentavam provar o carácter infeccioso da doença, estas sim, mais com reflexos mais directos na produção científica nacional. As teorias parasitárias, que

recolheram um alargado conjunto de adeptos, advinham da realização de várias experiências. De facto, no tocante à denominada oncologia experimental, os principais trabalhos foram aqueles que se dedicaram à hipotética contagiosidade da doença, assunto que se julgava estar resolvido desde as experiências de Alibert em 1808,⁶⁸⁹ até ao reacender a polémica com novas experiências protagonizadas por uns poucos médicos europeus na década de 40 desse século.

Reabrindo o capítulo nunca totalmente rematado da possível contagiosidade da doença oncológica e do seu carácter transplantável, Langenbeck relançou essa possibilidade em 1840, mas foi na década de 80 que a ideia de uma teoria parasitária do cancro entrou realmente em voga nos meios científicos. Enquanto em 1862 Nepveu constatou a existência de *micrococcus* num cancro da pele, em 1886 Rappin conseguiu cultivar vários *micrococcus* a partir de 13 cancros, encontrando-os em cortes histológicos de neoplasias malignas, mas sem conseguir provocar o cancro através da sua inoculação em animais.

Foram vários os trabalhos experimentais por parte de Lebert, Follin, Weber, Goujon, Mehr e Hanau em 1888, e ainda de Hahn, Freire e Scheurlen. Também eles pretenderam assistir à geração de tumores pela inoculação de tecidos cancerosos ou “*suco canceroso*” em animais, comprovando os resultados através da análise histológica das diferentes lesões oncológicas resultantes, bem como dos microrganismos que nelas se encontravam.

No Brasil, o professor de química orgânica e biológica Domingos Freire, tomava a dianteira neste tipo de trabalhos experimentais ao proclamar a descoberta do agente microbiano causador do cancro, obtendo em 1887 resultados muito semelhantes aos que Scheurlen viria apresentar no decorrer do mesmo ano. Antecedendo-o na publicação dos resultados, chegou ao mesmo tipo de conclusões que o médico alemão, prioridade disputada na mesma altura por uma série de outros investigadores, ao longo de cerca de um ano.

Para além do impacto deste trabalho em quase todas as revistas médicas de referência internacional, instalou-se a dissensão, fruto da primazia da descoberta do

⁶⁸⁹ A primeira tentativa de transferir a doença entre seres humanos de forma a avaliar a sua hipotética transmissibilidade, é atribuída a Jean Louis Alibert (1768-1837), médico de Luís XVIII. Em 1808, inoculou-se a si mesmo com tecido tumoral proveniente de uma portadora de um cancro da mama. Vários alunos de medicina submeteram-se igualmente à experiência ao mesmo tempo. Após uma reacção inflamatória local, não houve consequências a longo prazo, o que permitiu a Alibert concluir da sua não contagiosidade. Cf. SHIMKIN, Michael B. – “An Historical Note on Tumor Transplantation in Man.” *Cancer*. 35 (1975), pp. 540-541.

esquivo e longamente procurado agente patogénico. Os vários pretendentes à descoberta do suposto micróbio do cancro incluíam ainda Rappin, Barbacci, Sanarelli, Koubassow e Rubino. A primazia da descoberta deixaria as suas marcas na imprensa médica do seu tempo, com direito a autênticos arrufos de primazia científica.⁶⁹⁰

Elaborado sob os auspícios da medicina positivista, o trabalho de Freire procurou demonstrar experimentalmente a origem microbiana do carcinoma. Ao observar o sangue de um doente canceroso, visualizou vários bacilos de extremidades arredondadas, parecidos com os da febre tifóide. Os mesmos microrganismos foram também detectados no “*suco canceroso*.”⁶⁹¹ Estas observações foram seguidas por outras nesse mesmo ano, realizadas por parte de outros investigadores europeus, que apesar de partilharem da teoria parasitária do cancro, detectavam os mesmos microrganismos e outros, estes últimos bastante diferentes aos primeiros na forma, mas que não deixavam de querer associar de algum modo ao carcinoma.⁶⁹²

Apesar de Scheurlen ter proclamado a relação causa-efeito entre este bacilo e o cancro, concluindo da descoberta do micróbio do carcinoma, os resultados não foram aceites com a mesma celeridade pela comunidade científica mundial, que os olhou com toda a reserva, tanto os obtidos por Scheurlen, como os de Freire. De facto, pouco tempo depois verificou-se que o bacilo encontrado era um dos vários saprófitas dos cancros ulcerados e que a sua inoculação em animais de laboratório apenas provocava fenómenos inflamatórios.

Contudo, os primeiros ecos deste tipo de experimentação não tardaram a chegar ao nosso país, onde despertaram o interesse de alguns médicos, sobretudo os ligados à bacteriologia e histologia. A imprensa médica portuguesa de maior vanguarda esteve atenta à relação criada entre os micróbios e o cancro.⁶⁹³

Com efeito, tanto os trabalhos de Freire como de Scheurlen tiveram a sua quota de referências, apesar de na altura estar mais em voga a leitura das mais esclarecidas e

⁶⁹⁰ Cf. a *Gazeta Médica da Bahia*. Ano XIX. Nº 7 (1888), pp. 331-333, e a *Gazeta Médica da Bahia*. Ano XIX. Nº 11 (1888), pp. 507-513.

⁶⁹¹ Cf. o artigo de Domingos Freire na *Revue Scientifique*. L. 13 da 3.ª serie, (5 Mars 1887), p. 316.

⁶⁹² As comunicações dos alemães Scheurlen, Guttman e Schill podem ser vistas na *Semaine Medicale*. Nº 48 e 49 (1887), e a de Carl Francke nos *Annaes do Instituto Pasteur*. Nº 2 (1887).

⁶⁹³ Cf. “Os micróbios do câncer” *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano V (1887), pp. entre 71 e 87; e ainda “Os micróbios dos tumores malignos” *A Medicina Contemporânea*. (Iª Série) Ano V (1887), pp. 403-404.

prestigiadas revistas científicas europeias, sobretudo as de língua francesa. Seguiram-se de imediato alguns trabalhos, tais como o de António de Lencastre, seguido pela exemplar tese de Câmara Pestana em 1889. Ambos se debruçam igualmente sobre a teoria parasitária do cancro, reproduzindo não só uma preocupação coeva da ciência biomédica de finais de oitocentos, mas também os métodos e as técnicas laboratoriais utilizadas a nível internacional.

Debatiam-se teorias, disputavam-se primazias, mas o problema continuava insolúvel, permanecendo-se na mesma ignorância sobre a origem e natureza do cancro.

No confluir de ideias e experiências, o intercâmbio científico era uma constante, numa altura em que a elite da medicina portuguesa abraçava o experimentalismo com grande entusiasmo. Um pouco por toda a Europa, mas sobretudo nas universidades alemãs e francesas, a microbiologia ganhara um impulso notável após os trabalhos de Pasteur e Koch. Se com o apoio da anatomia patológica se pretendia assistir à formação e categorização dos tumores, com a microbiologia pretendia-se determinar um agente microbiano, interno ou externo ao organismo, capaz de subjazer à doença oncológica, tão díspar em algumas das suas apresentações. Se bem que estas teorias parasitárias do cancro tinham o seu conjunto de detractores, aqueles que as defendiam constituíam igualmente um escol de notáveis da medicina europeia.

Neste sentido, a dissertação intitulada *O Micróbio do Carcinoma* é a súpula de um conhecimento médico experimental sobre a doença, assente na análise sistemática das teorias parasitárias que percorreram uma parte significativa das escolas médicas francesas e alemãs do último quartel de oitocentos. A questão persistia: se a causa era interna e promovida pela diátese (predisposição do organismo), ou se existiria algum agente microbiológico externo, e ainda desconhecido, capaz de promover o surgimento da doença. A dúvida do cientista reflecte bem a dualidade de um problema científico imposto por diferentes correntes de pensamento:

“Aceitando portanto a natureza infectuosa do carcinoma, e como desde o momento em que ha infecção, ha alguma cousa que cresce e se reproduz que a vai determinar; pergunto, se esse quid será um microbio autochtono, a propria cellula do organismo, que por uma aberração evolutiva, transformar-se-hia n'um elemento extranho e ruim, enchertando-se e reproduzindo-se por toda a parte, dando logar ás neoplasias primarias e secundarias, como quer o Sr. D. António de Lencastre, ou se pelo contrario, o microbio

*é heterochtono, extranho ao organismo e que pela irritação constante que produz, dará origem ao tumor?”*⁶⁹⁴

Apesar de tentadora, a hipótese que colocava a origem do cancro na senda microbiana dividia os investigadores nesta matéria, sobretudo pela dificuldade de determinar laboratorialmente o agente causal. Esta mesma adversidade foi igualmente sentida pelo médico português, que apesar dos seus melhores esforços não logrou detectar um agente microbiano que pudesse associar directa e inequivocamente ao cancro. Se a metodologia empregue era em tudo semelhante à utilizada por outros investigadores nacionais e internacionais coevos, subsistiam insuficiências técnicas e materiais que o próprio não deixou de mencionar, e que em larga medida o impediram de continuar um trabalho mais apurado.

De facto, à data da realização da tese da Câmara Pestana, a histologia era ainda um ramo da ciência médica com expressão limitada no país, cujo ensino sistemático nas escolas médico-cirúrgicas se via ainda envolto em atraso face à realidade francesa, alemã ou britânica. Se a primeira iniciativa para criar uma cadeira de histologia foi feita pela primeira vez em Coimbra, por Costa Simões, em 1885 Ricardo Jorge continuava a lutar pelo estabelecimento de uma cadeira igual no curso da escola médica portuense, onde reconhecia que *“A mísera ciência dos Bichat e dos Virchow não tem ainda direito de cidade no curso escolar; e como a lei lhe não consagrava existência de direito, também não tinha existência de facto. Bem poucos anos nos separam da época em que o pobre microscópio jazia inerte e quase totalmente desconhecido.”*⁶⁹⁵

Utilizando peças anatómicas de tumores excisados cirurgicamente, Pestana submeteu-as a uma bateria de testes que iam da análise microscópica à bacteriológica, efectuando várias culturas do *“suco canceroso”* sem no entanto ter conseguido determinar conclusivamente a existência definitiva do eventual micróbio do carcinoma. Estudou quatro carcinomas e três sarcomas removidos por outros médicos, observando microrganismos por vezes dispostos em cadeias nos exames corados, bem como o seu desenvolvimento em diferentes meios de cultura. Se por um lado conseguiu detectar o

⁶⁹⁴ PESTANA, Luiz da Câmara – *O micróbio do carcinoma*. Dissertação inaugural apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1889, p. 10.

⁶⁹⁵ JORGE, Ricardo – *A Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. In ALVES, Jorge Fernandes (Coord.) – *O Signo de Hipócrates. O Ensino Médico no Porto segundo Ricardo Jorge em 1885*. [s.l.]: Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, 2003, p. 137.

mesmo tipo de bacilo referido por Domingos Freire, mostrou que as múltiplas formas que o mesmo parecia assumir nos trabalhos de outros autores, não seriam senão fases diferentes da evolução do mesmo agente. De seguida, inoculou várias séries de coelhos com o denominado “*bacilo do carcinoma*”, obtendo tumores que no geral levavam à morte dos animais de laboratório. Se por um lado reproduzia as experiências de cancerização animal, por outro os resultados acabaram por não ser conclusivos.

Mesmo assim Câmara Pestana manteve a expectativa de encontrar o eventual agente microbiano, conquanto reconhecesse a necessidade de aprofundar os trabalhos nesse sentido. As evidências experimentais que presenciou não lhe conferiam outras hipóteses senão adiantar conclusões cautelosas, sem as afirmações bombásticas de Scheurlen (que dois anos antes publicara um trabalho algo fantasioso), nem os arrufos de primazia de Freire. Seria necessário continuar os trabalhos de modo mais intenso e alargado, não colocando de parte a experimentação humana em casos seleccionados:

“Parece-me que ainda resta um largo e escabroso caminho a percorrer, para chegar a afirmar com segurança a causa determinante das neoplasias malignas. É necessario depois de conhecer o meio em que melhor vive o microbio, transformar o animal até que adquira o estado de receptividade necessario para o desenvolvimento da bacteria. É necessario que as experiencias nos animaes sejam mais minuciosas, que em logar de inocular o microbio do cancro do homem ao animal, se inocule de homem a homem, aproveitando os casos de carcinose irremediavelmente perdidos, ou então fazendo culturas de cancro de animaes e inoculando o microbio encontrado em animaes da mesma especie. E só depois de obter um carcinoma perfeitamente definido, só depois de encontrar um sarcoma que se não confunda com uma neoplasia inflammatoria, só depois de, com inoculações em serie, ter reproduzido muitas vezes estes tumores, só então é que nos assistirá o direito de afirmar com a certeza que deve caracterisar toda a sciencia experimental, que o cancro é de natureza parasitaria, que o microbio do carcinoma está encontrado.”⁶⁹⁶

Apesar de tudo, a impossibilidade de determinar um agente patogénico específico para o cancro não levou a um esmorecimento dos esforços dispendidos nesse sentido. Os artigos científicos relatando uma ou outra nova tentativa de encontrar o agente

⁶⁹⁶ PESTANA, Luiz da Câmara – *O micróbio do carcinoma*. Dissertação inaugural apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1889, p. 50-51.

continuaram a ser publicados numa base frequente nos primeiros anos do novo século.⁶⁹⁷ Em 1901, Doyen relatou a descoberta do *micrococcus neoformans*, agente que entretanto teve sorte idêntica à do bacilo de Freire, o que fazia parecer abandonar a hipótese bacteriana do carcinoma.

Por seu turno, Carlos Lemos ainda efectuou novas tentativas laboratoriais de detectar o agente causal em 1903, apesar de reconhecer que muitos dos trabalhos apresentados até então tinham sido contestados por parte de certos histologistas. Para estes últimos, as formas descritas como parasitas não eram senão degenerescências celulares produzidas por um agente ainda desconhecido, ou então eram devidas simplesmente à evolução das próprias células em proliferação desordenada. Isso não impediu o jovem médico de proclamar peremptoriamente a sua fé nas teorias parasitárias, conquanto continuassem manifestamente por provar. Referiu na sua dissertação inaugural um ponto de vista que plasmava ainda as suspeitas de uma provável contagiosidade, a par das analogias às doenças infecciosas:

*“O insucesso dos experimentadores em nada vem prejudicar a ideia fundamental. O agente etiológico do cancro continuou a ficar desconhecido, mas a theoria parasitaria, a única admissível, não se abalou no seu pedestal. Effectivamente os factos de observação, como as verdadeiras epidemias de cancro, os casos de contagio — por tantas vezes constatados — e mesmo outros factos de ordem puramente clinica — como os cancros de evolução rápida, a generalisação e os casos de carcinose aguda que tanto fazem approximar o cancro de outras doenças reconhecidamente parasitarias, — têm de arrastar forçosamente todos os espíritos á convicção da origem infecciosa do cancro. A necessidade de um ente animado, como agente etiológico do cancro, impõe-se. Resta determiná-lo.”*⁶⁹⁸

O trabalho que desenvolveu, apesar de ser de natureza experimental e baseado na análise microscópica e histológica de apenas 10 peças operatórias, não se mostrou

⁶⁹⁷ Cf. “A leucemia como infecção de protozoários” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XIX (1901), pp. 65-66; “A ethiologia do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XIX (1901), pp. 213-214; “Teoria parasitária do cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXI (1903), p. 330; “Sorotheapia do Cancro” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXII (1904), pp. 77-78; “Etiologia do cancro” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XXIII (1905), pp. 105-106; “O problema do cancro” *A Medicina Contemporânea* (IIª Série) Ano XXIII (1905), pp. 401-402.

⁶⁹⁸ LEMOS, Carlos de Menezes Antunes – *Etiologia do cancro. (Contribuição para o estudo da etiologia dos tumores malignos)*. Porto: Tipografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão, 1903, p. 12.

conclusivo, servindo apenas para avivar a existência de “inclusões” celulares, que de acordo com o autor provavam três pontos: que o cancro apresentava inclusões cuja natureza parasitária era incontestável, que os parasitas encontrados pertenciam à classe das amibas, e por fim, que esses parasitas eram o agente patogénico do cancro.⁶⁹⁹ Lançadas sem a prudência manifestada anos antes por Câmara Pestana, tratam-se de conclusões algo forçadas que resultavam de análises incompletas e de muitas alusões a outros trabalhos experimentais, mas também a referências sem qualquer tipo de prova, sobretudo na questão da transmissibilidade da doença entre seres humanos, o que não serviu senão para duvidar ainda mais dessa teoria.

De facto, os diferentes estudos que se foram seguindo ao longo da primeira década do novo século acabaram por descartar praticamente a teoria parasitária, posta em causa já no decorrer do XV Congresso Internacional de Medicina de Lisboa em 1906 por falta de provas conclusivas,⁷⁰⁰ sendo em finais de 1908 uma hipótese em vias de extinção em alguns meios científicos europeus, sobretudo no Reino Unido.⁷⁰¹

Isso não impediu que continuassem a existir alguns acérrimos defensores do denominado vírus canceroso, muitos deles em Portugal, como noutros lugares, particularmente em França e na Alemanha, países pródigos em teorias e hipóteses explicativas desta natureza. Com base no publicitado em literatura médica francesa coeva, Oliveira Lima fez disso tese de doutoramento, expondo muitas dessas teorias e subscrevendo algumas delas.⁷⁰² Mostrou-se muito interessado na teoria mixosporidina de Jaboulay, por considerar ser a melhor comprovada pela observação experimental, sem que no entanto houvesse provas concretas e definitivas para aceitar tal teoria sem restrições. Para este médico portuense, como para tantos outros, existiam ainda acentuadas tendências no sentido de enquadrar o cancro numa qualquer teoria parasitária.

⁶⁹⁹ Cf. LEMOS, Carlos de Menezes Antunes – *Etiologia do cancro. (Contribuição para o estudo da etiologia dos tumores malignos)*. Porto: Tipografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão, 1903, p. 96.

⁷⁰⁰ Cf. BASHFORD, E. F. – “Quelles épreuves scientifiques a-t-on aujourd’hui de la nature parasitaire des néoplasies spécialement du cancer?” *XV Congrès International de Médecine de Lisbonne*. Lisbonne: 1906.

⁷⁰¹ A este respeito vejam-se os comentários pouco abonatórios face à teoria parasitária, em BASHFORD, E. F. – “The application of experiment to the study of cancer.” In ALCOCK, N. H. ; FREEMAN, W. G. (ed.) – *Science progress in the twentieth century. A quarterly journal of scientific thought*. Vol. II. London: 1907-1908, pp.1-29.

⁷⁰² Cf. LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão, 1907, pp. 7-12.

Tal era o caso do eminente Carlos França, que em 1918 sugeria que a causa dos tumores se pudesse encontrar nos protistas. Seduzido pelo estudo das inclusões celulares do cancro, estas pareciam-lhe raras na maioria dos casos, estando mesmo ausentes num grande número de neoplasmas. Contudo, num carcinoma da bexiga que estudara, mostraram ser abundantes, apresentando o aspecto e a estrutura de protozoários. No artigo que publicou, intitulado “*Notes sur les inclusions cellulaires du cancer*”,⁷⁰³ mostrou-se partidário da teoria parasitária do cancro, a única que se harmonizava com o conhecido sobre as neoplasias malignas até essa data. O que lhe parecia racional era admitir que diferentes protistas, susceptíveis de viver acidentalmente no interior das células dos metazoários, pudessem ser a causa de tumores em que o género dos mesmos variaria de acordo com a natureza das células invadidas, e não com a espécie de agente.

Contudo, não se tratou de uma linha de investigação em que a maioria dos cientistas nacionais apostasse. As evidências laboratoriais eram demasiadas para continuarem sequer a considerar tal possibilidade, quanto mais a despender nelas os seus escassos recursos. Desde o final da segunda década de novecentos, o caminho experimental português alicerçar-se-ia sobretudo na experimentação de agentes potencialmente cancerígenos em animais de laboratório, ou na prática de enxertos da doença, seguindo uma vez mais as principais tendências desenhadas no exterior.

Findos os recursos da observação directa do cancro, incapazes de proporcionar soluções para a resolução do problema, assiste-se a um redireccionamento dos trabalhos no sentido da transmissão por enxerto e da produção artificial do cancro, praticados sistematicamente desde o início do século XX. Os trabalhos realizados eram constantes, e a sua publicação permitia distribuir pela classe médica internacional um alargado leque de experiências, tendências de investigação e hipóteses explicativas, fossem elas mais ou menos merecedoras de crédito, consoante a nomeada dos envolvidos no trabalho experimental, e no rigor do trabalho realizado. Os resultados eram variáveis e em muitos casos, de curta duração, mas o interesse médico era geral e a temática do cancro estava em forte alta.

⁷⁰³ Cf. MIRA, M. B. Ferreira de – *Notice sur l'œuvre scientifique de Carlos França*. Coimbra: Imprensa da Universidade. Para além do artigo sobre o cancro, esta obra de Ferreira de Mira elabora uma relação sinalética de 187 trabalhos do autor, divididos por grandes secções: histologia, peste, cancro, tripanossomiase, parasitismos, plantas carnívoras, medicina tropical, etc.

Era a etapa da oncologia experimental, nova fase da investigação científica numa área que se tornaria a base da própria oncologia enquanto área diferenciada do saber médico. A oncologia experimental é uma expressão que define os estudos que têm como objectivo a análise e compreensão do processo de cancerigénese artificialmente desencadeado em animais de experiência, fazendo actuar agentes cancerígenos, sejam eles físicos (radiações electromagnéticas de origem natural ou artificial), químicos, naturais ou produzidos artificialmente. Estuda ainda a acção de agentes biológicos, especialmente vírus, nos tumores espontâneos ou provocados dos animais, ocupando-se ainda dos mecanismos imunobiológicos de defesa nas neoplasias espontâneas ou provocadas por factores de natureza química ou vírica. Para além disto, tem ainda uma função de apoio imediato à oncologia clínica, ao estudar os agentes oncolíticos ou oncostáticos, substâncias químicas artificiais (fármacos) ou naturais (hormonas) em cultura de tecidos ou noutros modelos experimentais. Como decorreu esta fase do estudo do cancro em Portugal? De que forma contribuiu para lançar as bases científicas da oncologia?

No início do século não existia uma teoria dominante que explicasse a doença. Quando em 1902 Jensen usou o método de transmissão por enxerto em larga escala, e publicou os seus resultados, deu-se início a um movimento de interesse internacional, do qual resultou a criação de uma miríade de laboratórios destinados ao estudo experimental do cancro. Em 1903, Marck Athias foi o primeiro a tentar o enxerto do cancro em animais de laboratório em Portugal, mais especificamente em ratos, com resultados positivos que se mantiveram inéditos pelo menos até 1925. O assunto, que Athias não abandonou, retomando-o com maior intensidade nos anos 30, foi também abordado por Luís Simões Raposo, que entretanto lhe devotaria um particular interesse logo desde os primeiros anos do novo século.

Quer na metodologia, quer nas técnicas de inoculação utilizadas – método do fragmento e da emulsão – Simões Raposo foi nitidamente influenciado pela escola britânica de Bashford, Murray e Cramer, todos pertencentes ao *Imperial Cancer Research Fund*, local que desde 1902 reuniu a maior experiência mundial no estudo dos enxertos da doença, e com a qual Raposo manteve particular contacto. Não só o intercâmbio era de resultados experimentais, mas também de amostras de peças

tumorais, o que sucedia aliás com outras instituições científicas noutras partes do mundo, caso dos EUA.⁷⁰⁴

Se por um lado o estudo dos enxertos permitiu esclarecer vários aspectos da patogenia dos tumores malignos, mostrava-se ineficaz na investigação dos agentes etiológicos, desde que se demonstrara que o fragmento enxertado não transmitia a doença aos tecidos do animal inoculado, crescendo apenas à custa da proliferação das próprias células transplantadas. As teorias parasitárias, que resultaram do teste de parasitas animais e bactérias, foram sempre inconclusivas e de muito difícil verificação, não convencendo os principais investigadores portugueses da altura; quer Athias, quer Raposo, mostravam-se muito pouco atreitos a aceitá-las, alicerçados que estavam nos resultados das suas próprias experiências, mas também no contacto estreito que mantinham com os centros de investigação europeus, e ainda nos múltiplos estudos experimentais entretanto publicados. Era necessário produzir artificialmente o cancro, de modo a aprender através de um método distinto, aquilo que a transplantação não esclarecia. O recurso a substâncias de alto poder carcinogénico poderia solucionar muitas questões, e este caminho foi trilhado com particular interesse por aqueles poucos investigadores que em Portugal se dedicavam à investigação experimental.

As numerosas observações feitas, recolhidas e comparadas, mesmo sem serem concludentes, revelavam-se elementos úteis de reflexão sobre a natureza e a acção dos diversos agentes cancerígenos. Fossem físicos, químicos ou biológicos, associavam-se ao papel da atmosfera, do sol, da profissão, da hereditariedade, na aparição e crescimento dos neoplasmas; na evolução da célula normal, para a célula cancerosa.

Desde 1920, ano em que Figiber e Bang introduziram na Europa o método de cancerização pelo alcatrão, que se publicaram numerosos trabalhos nesse domínio. Cinco anos antes, os japoneses Katsaburo Yamagiwa e Itchikawa publicaram um artigo onde afirmavam ter produzido carcinomas em ambiente laboratorial, a partir da aplicação de alcatrão por pincelagem nas orelhas de coelhos. Em 1919, Yamagiwa e Itchikawa lograram provocar o aparecimento de carcinomas glandulares da mama de coelhas, pela injeção de alcatrão. Em 1918, outro japonês, Tsutsui, escolheu o murganho, por ser um animal mais barato, e pincelou-lhe o dorso, passando desde então a ser este o animal clássico nas experiências de cancros do alcatrão.

⁷⁰⁴ Cf. RAPOSO, Luis Simões – “O cancro experimental e as modernas ideias sôbre a etiologia e a patogenia das neoplasias malignas.” Conferência realizada no Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa no primeiro centenário da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa, em 15 de Dezembro de 1925. *Arquivo de Patologia*. Vol. 2 (1928), pp. 43 e 91.

Por si só, o denominado “cancro do alcatrão” não veio fazer progredir de maneira sensível o conhecimento directo da doença. Abriu-lhe, sim, uma nova fase de estudos que os proporcionaram, a par de uma mudança conceptual no modo de olhar a doença. A possibilidade de desenvolver tumores em animais de laboratório por meio da exposição a agentes químicos irritantes trouxe uma verdadeira quantidade de ensinamentos, contribuindo significativamente para o avanço do conhecimento sobre a etiologia e a patogenia do cancro. Era possível reproduzir experimentalmente carcinomas, quer por pincelagem da pele com produtos como o alcatrão ou hidrocarbonetos, quer pela ingestão de drogas, ou ainda por injeção. Tratava-se de um método seguro e simples de cancerização, cujo uso se generalizou, permitindo esclarecer detalhes e confirmar resultados. É no devir deste momento que se assiste nos anos 20 a um optimismo extraordinário manifestado por médicos e cientistas sobre as perspectivas de conquista do cancro, se bem que os resultados obtidos continuassem a mostrar a tenacidade e complexidade da doença.

A partir de 1915 em diante, seguiram-se cerca de 30 anos de variadíssimas experiências, testando-se não só o alcatrão mas toda uma série de agentes químicos e físicos que se mostraram capazes de provocar a doença em diferentes formas (carcinoma e sarcoma). Incluía os hidrocarbonetos, os óleos em rama, a fuligem, o arsénico, α e β -naftilamina, e ainda radiações, como a X, α , β , e γ .⁷⁰⁵

Com efeito, o estudo das condições em que se podiam provocar determinados tipos de cancro conduziu à negação formal da transmissão por contágio e da sua natureza alegadamente infecciosa, caindo totalmente por terra o paralelismo que por longo tempo se julgou encontrar entre este e as doenças infecto-contagiosas.

Do arsénico ao alcatrão, passando pela acção sinérgica de ambos no processo de cancerização, os testes realizados em Portugal na década de 20 voltavam-se claramente para a etiologia do cancro. Em consonância com o que já se realizava na generalidade dos países europeus, a pesquisa portuguesa dos anos 20 e 30 debruçou-se essencialmente sobre as causas exógenas do cancro. Pretendia-se aplicar à etiologia dos tumores espontâneos os conhecimentos adquiridos através dessas pesquisas no domínio dos tumores artificialmente provocados. Dedicaram-se-lhes inicialmente Enrico Franco

⁷⁰⁵ Cf. as referências aos múltiplos estudos de cancros experimentais em SCHINZ, H. R. – “Actualidades sobre a Etiologia e Biologia do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 14 (1942), pp. 5-45.

e Casimiro Afonso,⁷⁰⁶ mas sobretudo Simões Raposo.⁷⁰⁷ Este último em particular, desenvolveria uma regular actividade científica no domínio da oncologia experimental, no contexto do IPO, publicando uma parte muito significativa dos seus trabalhos em revistas científicas francesas de grande visibilidade internacional.

A par destes, também Athias se dedicou ao assunto, sobretudo com o uso de metilcolantreno, um derivado do petróleo, que, em doses muito pequenas, podia exercer uma acção cancerisante de um modo ainda mais acentuado que o próprio alcatrão. Fê-lo no laboratório de patologia experimental e de histofisiologia do IPO, ao longo de vários anos até finais da década de 30. Destacaram-se em particular os estudos sobre tumores espontâneos, experimentais e as suas metaplasias, resultados obtidos em experiências continuadas sobre a produção de cancro nos animais pelos hidrocarbonetos.⁷⁰⁸ O mesmo caminho também foi trilhado pela sua colaboradora mais directa, Maria Teresa Furtado Dias, que não só participou nas experiências de Athias, como se ocupou ainda das experiências realizadas *in vitro*,⁷⁰⁹ continuando a analisar o difícil problema da diferenciação em culturas da célula normal e da cancerosa.

⁷⁰⁶ Cf. FRANCO, E; AFONSO, C. – “Sulla produzione del cancro e sul comportamento delle mastzellen nei topi trattati col catrame”. *Lisboa Médica*. Vol. II, (1925), p. 142. Os autores notaram e acentuaram que a zona alcatroada nunca é totalmente transformada em cancro. Apesar de a estimulação ser idêntica sobre todas as células, é apenas num ou noutro ponto de uma área relativamente extensa que se inicia o processo neoplásico maligno.

⁷⁰⁷ Cf. RAPOSO, L. Simões; NORONHA, Cordato de – “Un nouveau cas de cancer expérimental sous l’influence du goudron soumis à l’action d’un courant électrique (méthode de Kotzareff).” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVI (1927), p. 877; RAPOSO, L. Simões – “Sur le rôle de l’arsenic dans la cancérisation par goudron.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVIII (1928), p. 997; Idem – “La pseudo-électrolyse du goudron (méthode de Kotzareff) et l’action du chauffage du goudron cancérigène.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVIII (1928), p. 999 ; idem – “Les deux facteurs de la genèse des carcinomes.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVIII (1928), p. 1001; idem – “Considerações sobre o cancro experimental provocado pelo alcatrão e pelo arsénico.” *Comunicação feita à 3ª Secção (Biologia) do Congresso Nacional de Medicina de Lisboa*. Lisboa: 1928; idem – “Sur l’action cancérigène du goudron et de l’arsenic.” *Arch. Port. des Sciences Biologiques*. T. II. Fasc. II (1929); idem – “Les conditions locales de susceptibilité aux greffes cancéreuses.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. CV (1930), p. 158; idem – “L’action locale et générale du goudron dans la genèse du cancer.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. CIX (1932), p. 1042.

⁷⁰⁸ ATHIAS, M. – “Lesões do testículo produzidas por injeções intersticiais de alcatrão.” *Jornadas Médicas*. Orense : 1936; idem – “Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 8 (1936), pp. 293-315; idem – “Sarcome du Cœur chez un Cobaye après Injection, dans le Cerveau, de Méthylcolantrène.” *C. R. Soc. de Biologie de Paris*. 126 (1937), pp. 585-586. ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Méthylcolantrène chez le Rat.” *C. R. Soc. de Biologie de Paris*. 127 (1938), pp. 237-238 ; ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “L’Atypie Cellulaire dans les Sarcomes Provoqués par le Méthylcolantrène.” *Acta de l’Union Internationale contre le Cancer*. 4 (1939), pp. 659-663.

⁷⁰⁹ Cf. DIAS, M. T. Furtado – “Cultura *in vitro* de Sarcomas obtidos com Metilcolantreno.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 9. Nº 2 e 3 (1937), pp. 196-214, e idem – “Acção do Metilcolantreno sobre Tecidos em Cultura.” *Arquivo de Patologia*. Vol 13. Nº 3 (1941), pp. 450-462.

Um dos que mais tempo e experiências necessitou foi o problema da transplantação de tumores malignos e da resistência que os vários organismos apresentavam à transferência e vitalidade dos fragmentos enxertados. Simões Raposo dedicou-se-lhe com afincos depois de ter aprendido a técnica nos laboratórios do *Imperial Cancer Research Fund*. A sua *Contribuição para o estudo da imunidade anti-cancerosa*, resumiu as conclusões de mais de sete anos de experiências sobre essa matéria.⁷¹⁰

A maior valia destas experiências estava no facto de se provar que não havia animais absolutamente refractários à cancerisação por agentes de forte poder oncogénico, tudo dependendo das circunstâncias em que a experiência fosse realizada, da natureza física e /ou química do agente utilizado, da dose, do tempo de exposição e da forma de administração. Mesmo assim, as dúvidas dos investigadores continuavam, dada a variabilidade de reacções dos animais da mesma espécie ante o mesmo agente oncogénico, tudo fazia pensar na existência de outros factores a ter em atenção no processo de cancerisação, que em conjunto com factores gerais, locais e de predisposição, ainda desconhecidos, mas cuja existência era admitida, podiam promover a eclosão da doença oncológica.

Na senda dos estudos baseados na cancerisação, um dos mais interessantes trabalhos de oncologia experimental foi-nos deixado em 1932 por Amândio Tavares,⁷¹¹ subsidiado pela então Junta de Educação Nacional e realizado no laboratório de anatomia patológica da Faculdade de Medicina do Porto. Constituindo-se como o seguimento de um outro trabalho publicado no ano anterior,⁷¹² é representativo de uma das correntes ligadas à cancerisação. Nessa altura, uma das questões que merecia maior interesse e discordância era o comportamento dos nervos nos diferentes tumores. O seu contributo para a influência do sistema nervoso no cancro experimental, estava no facto dos resultados obtidos serem bastante diferentes dos de outros investigadores coevos; de acordo com as conclusões a que chegou, a simpaticectomia (corte da inervação simpática) não teria assim tanto efeito na supressão dos tumores experimentais em animais de laboratório como outros investigadores pretendiam fazer crer. Não seria

⁷¹⁰ RAPOSO, L. Simões – “Contribuição para o estudo da imunidade anti-cancerosa.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 5 (1933), p. 5.

⁷¹¹ Cf. TAVARES, Amândio – “Subsídios para o estudo da influência do sistema nervoso no cancro experimental.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), pp. 56-105.

⁷¹² Cf. TAVARES, Amândio; MORAIS, Ernesto – “De l’influence de la sympaticectomie sur le développement des tumeurs du goudron”. *C. R. Soc. de Biologie*. T. CVII (1931), 1181.

possível, pois, atribuir à relação entre o sistema nervoso e o cancro artificial provocado pelo alcatrão, a importância magna que outros autores lhe conferiam.

A tendência para realizar ou reproduzir experiências de cancerização, permaneceu em alta durante boa parte dos anos 20, 30 e 40, até ao momento em que o fulcro da investigação oncológica se voltasse para as novidades relacionadas com a endocrinologia e a medicina nuclear.

Em menor escala do que as experiências de cancerização, mas com o suporte destas, houve ainda quem tratasse de ensaiar métodos terapêuticos em fase experimental. Na *Sociedade da Ciências Médicas de Lisboa*, a maior tribuna científica do país, Silvério Gomes da Costa comunicou em 1931 os resultados preliminares obtidos pela aplicação local de insulina em cancros da pele, trabalho que desenvolveu e se veio tornar a base da sua tese para professor agregado na FML.⁷¹³ A 8 de Dezembro do mesmo ano, o mesmo autor apresentou comunicação semelhante à *Sociedade Portuguesa de Biologia*, em parceria com Francisco Gentil, que também participara no estudo experimental da aplicação de insulina nos cancros ulcerados da mama.⁷¹⁴

Se já era conhecida a relação entre os hidratos de carbono e os tumores malignos, tendo-se ensaiado a injeção de insulina em tumores malignos experimentais do rato e do coelho, o médico Gomes da Costa ensaiou a acção da insulina em tumores malignos no homem, aplicando-a localmente sobre os cancros da pele. Apoiava essa nova técnica em trabalhos que publicara anteriormente e ainda em estudos realizados *in vitro* por vários autores. Realizado com doentes tratados no Instituto Português para o Estudo do Cancro e no Instituto de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, o autor contribuía para o esclarecimento do uso da insulina na redução tumoral. Apresentando fotografias de doentes antes e depois do tratamento, peças operatórias, preparações histológicas e microfotografias, mostrou a regressão do tecido neoplásico, mas não a cura das lesões oncológicas.

⁷¹³ Cf. a apresentação de S. F. Gomes da Costa em Março de 1931, reproduzida em “Sobre a acção local da Insulina nos cancros da pele.” *A Medicina Contemporânea*. Ano XLIX. Nº 14 (5 de Abril de 1931), p. 121, e ainda COSTA, S. F. Gomes da – *Acção das substâncias hipoglicemizantes sobre certos processos fermentativos do tecido neoplásico: estudo químico, farmacológico e terapêutico*. Dissertação para título de professor agregado apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: S. F. Gomes da Costa, 1934.

⁷¹⁴ Cf. GENTIL, Francisco; COSTA, S.F. Gomes da – *Aplicação local da insulina num cancro ulcerado do seio*. Comunicação à Sociedade Portuguesa de Biologia a 8 de Dezembro de 1931.

Mas de todos os métodos de investigação utilizados, aquele que se revelou mais fecundo em resultados, foi, sem dúvida, o estudo experimental do cancro, se bem que todos reconheciam que era necessário ter em conta as diferenças existentes entre os neoplasmas provocados em animais e os que se desenvolviam no Homem. Talvez por isso o trabalho de pesquisas experimentais desenvolvido no IPO desde meados dos anos 20 seguisse uma linha de trabalho menos atreita à experimentação puramente animal, relacionando-a quase sempre com a clínica:

“Aqueles que trabalham em laboratórios, como o de Gye, afastados de longos quilómetros de qualquer hospital têm forçosamente restringido o campo das suas investigações e experiências, que ousou chamar de abstractas, nos animais. Ora a observação dos enfermos pelos métodos exactos da pesquisa científica e com olhos prescrutadores e diligentes, realiza um verdadeiro estudo experimental em doentes, o que coloca o problema mais perto da realidade, dá ao clínico novas sugestões e levanta ao investigador sempre novas dúvidas, ou, o que lhe equivale, novos horizontes para os seus estudos in vitro e nos animais. Sem negar, - porque seria esquecer dezenas de importantes descobertas, - a possibilidade de executar belos e fecundos estudos de patologia longe dos doentes, eu sou, contudo daqueles que estão convencidos de que o verdadeiro campo da patologia experimental é ao lado da enfermaria e de que o âmbito da observação nos animais, embora fundamental e importantíssimo, é de mera confirmação e esclarecimento das dúvidas sugeridas pela sintomatologia e a anatomia patológica humanas.”⁷¹⁵

Mesmo assim, seria no Laboratório de Patologia Experimental do IPO que muito deste tipo de trabalho se desenvolveria. Exemplo disso foi o trabalho realizado nas décadas de 30 e 40 por Álvaro Rodrigues, desta vez mais voltados para a importância do sistema linfático na dinâmica do cancro, mas elaborado com recurso à transplantação tumoral.⁷¹⁶

Desde 1930 que se dedicava ao estudo do sistema linfático através da linfografia, mas seria a partir de 1937 que este investigador faria do Instituto o seu lugar de trabalho, local onde desenvolveria a sua investigação mais relevante na área da oncologia. Com base nas mais avançadas concepções biológicas da época, e sobretudo

⁷¹⁵ RAPOSO, Luis Simões – “O Instituto português para o Estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), p. 60.

⁷¹⁶ Cf. CONDE, José – “Reflexões XIII – Álvaro Rodrigues. Pioneiro da oncologia experimental em Portugal.” *Jornal do Médico*. Nº 110 (1982), pp. 999-1003.

na cirurgia experimental, debruçou-se sobre o papel dos gânglios linfáticos no mecanismo de defesa orgânica contra as neoplasias, a sua invasão local e disseminação sistémica. Debatia-se, nessa altura, o problema da disseminação dos tumores malignos por via linfática e sanguínea ou das bainhas dos nervos periféricos.

Numa altura em que acreditava que os gânglios linfáticos pudessem constituir meios de cultura para as células cancerosas, como havia sido referido no Congresso Internacional do Cancro de 1938, Álvaro Rodrigues desenvolveu uma série de investigações experimentais no laboratório de histofisiologia de Marck Athias, cujos resultados foram publicados em 1940 no *Arquivo de Patologia*.

Neste contexto, claramente pioneiro tanto na temática como na metodologia, demonstrou a regeneração do sistema linfático e estudou a reacção histológica dos gânglios, nomeadamente o que veio a chamar-se histiocitose sinusal, como expressão da reacção de defesa do organismo quando esses gânglios se encontram nas vias linfáticas oriundas da área anatómica sede do tumor primitivo. Em vários modelos experimentais, após ablação dos gânglios látero-aórticos do rato, mostrou que o sarcoma deste animal, que tende a manter-se localizado, nessa situação experimental mostrava um volume maior, bem como uma maior e mais rápida metastização. Demonstrou que a ausência de gânglios regionais conferia ao tumor transplantado uma maior dinâmica biológica, expressa num volume maior, ritmo de crescimento aumentado, e maior capacidade de difusão sistémica. Verificou também que a simpaticectomia provocava sempre um crescimento mais rápido dos tumores transplantados nos animais de laboratório, com formação de neoplasias mais volumosas e melhor irrigadas. Era a constatação de um factor ainda desconhecido para a época: a influência da simpaticectomia na neoangiogénese oncogénica, fenómeno que ainda hoje ocupa lugar de relevo na biologia da cancerigénese.

Das suas experiências, levantou a hipótese de que as acções desenvolvidas ao nível dos gânglios pudessem interferir no processo de disseminação neoplásica, e foi o pioneiro das acções esclerosantes em redor dos gânglios, a nível laboratorial, prática que muito mais tarde encontraria reflexo na quimioterapia intralinfática e nas injeções intralinfáticas de substâncias radioactivas, orientação que só muito mais tarde veio a ser utilizada a nível mundial por outros investigadores. De 1940 a 1942, foi em diferentes conferências realizadas no IPO que expôs os seus trabalhos sobre o sistema linfático e o cancro, trabalhos que entretanto se desenvolveram desde 1935, altura em que fez a sua primeira comunicação sobre as possibilidades abertas pela visualização do sistema

linfático, em particular no estudo do problema do cancro, exposta na Semana do Cancro em Vigo.⁷¹⁷

Ao demonstrarem que o cancro não seria um mal de natureza misteriosa, mas sim uma doença como tantas outras, a multiplicidade dos diferentes estudos experimentais realizados tanto no estrangeiro como em Portugal, ajudaram a transformar conceitos de contagiosidade pouco ou mal demonstrada. Evidenciaram-se, sim, um considerável conjunto de factores exógenos, pela influência dos quais se promovia a proliferação anárquica, tumultuosa, própria da doença oncológica: agentes físicos e químicos, entre os quais o alcatrão e seus derivados, os raios X, o rádio, as queimaduras, as irritações crónicas e outros. Também a disseminação interna da doença passava a ser melhor compreendida, o que lançava novas luzes sobre possíveis estratégias terapêuticas.

Resultava disto um diferente olhar sobre a doença, agora passível de ser reproduzida em animais de laboratório através de vários agentes químicos e físicos, idênticos aos que, no Homem, representavam as causas capazes de predispor e ocasionar o aparecimento do cancro. Esta noção, talvez a mais importante na história da oncologia experimental antes de 1945, fazia crer, nas palavras de Athias, “(...) *que o cancro será um dia, talvez não muito distante, definitivamente vencido pela ciência médica.*”⁷¹⁸ revelando que o optimismo dos anos 20 passara a ser substituído por expectativas mais realistas e talvez por um maior cepticismo. De facto, o estudo destes agentes oncogénicos nada esclareciam sobre a causa primária ou factor de irritação endógena, como lhe chamava Max Askanazy, algo inerente à própria célula neoplásica, que para alguns eram vírus estabelecidos em simbiose na célula oncológica, e que para outros seria um factor químico, fermento ou enzima.⁷¹⁹

Do exposto podemos sistematizar as diferentes abordagens científicas em patamares de investigação predominantes. Detectamos três fases desde que assistimos à introdução

⁷¹⁷ Cf. esta comunicação em RODRIGUES, Álvaro – “Os métodos de visualização dos linfáticos no vivo aplicados ao estudo do problema do cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 7. Nº 1 (1936). Sobre os trabalhos realizados no seio do Instituto, veja-se idem – “O sistema linfático e o problema do cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 12. Nº 3 (1940), pp. 451-490, idem – “O valor da experimentação em Cancerologia. Alguns resultados obtidos.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 13. Nº 1 (1941), pp. 5-56, idem – “Os esvaziamentos ganglionares complementares. Estudo crítico, indicações e técnica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 14. Nº 1 (1942), pp. 71-120, e idem – “Carcinoma dos órgãos genitais externos. Sua repercussão linfática.” *Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), p. 65.

⁷¹⁸ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 58.

⁷¹⁹ Cf. ASKANAZY, Max – “Nuestras ideas actuales sobre los problemas fundamentales del cáncer.” *Revista Médica de Barcelona*. Nº 94 (1931), p. 405.

e consolidação dos princípios que definem a oncologia experimental à luz do positivismo no século XIX. Uma primeira, com base na histopatologia, corresponde à observação, distinção e classificação das estruturas tumorais. Seguiu-se uma segunda, que corresponde à demonstração microbiana do cancro, em que o objectivo era o de determinar a existência de um agente parasitário externo ao organismo e causador da doença. A terceira, tem por base os estudos de cancerização animal e o estabelecimento de um conhecimento sólido sobre agentes potencialmente cancerígenos para os seres humanos, tendo imprimido uma nova orientação na compreensão da biologia dos tumores malignos.

E isto foi feito antes de se ter sistematizado e compilado essa informação através de entidades sanitárias internacionais encarregues do problema do cancro, algo que acontecerá apenas em finais da década de 60.⁷²⁰

Cronologicamente sobrepostas durante os primeiros vinte anos do século XX, nas duas últimas fases que pudemos distinguir não se assistem a momentos de total ruptura epistemológica, antes a períodos em que afloram com maior visibilidade as tendências ou correntes de investigação internacionais mais em voga. Sem causarem rupturas imediatas, as cisões científicas existem de facto, mas vão-se afirmando mais pela incapacidade de comprovação de teorias sem capacidade de reprodutibilidade experimental, do que pela sua rejeição pura e simples, conseguida através de uma irrefutável evidência. Permaneceram, pois, em paridade, as experiências de transmissão por enxerto e as de produção artificial da doença, naquela que foi a fase de lançamento e sedimentação da oncologia experimental, tanto no estrangeiro, como em Portugal.

Numa transição tão natural como previsível, da observação e classificação tumoral passou-se à experimentação, feita quer pelos processos de transmissão por enxerto, quer pelos de produção artificial da doença. A medicina experimental de oitocentos viu nascer o que se podia desde logo apodar de oncologia experimental assente em princípios científicos, tal como os conhecemos e vemos praticar hoje.

⁷²⁰ Em 1969, a International Agency for Research on Cancer (IARC) deu início a um programa de avaliação do risco carcinogénico para os humanos associado a substâncias químicas, envolvendo a a produção de monografias criticamente avaliadas sobre químicos individuais. O programa foi posteriormente expandido de modo a incluir a avaliação do risco carcinogénico associada à exposição a misturas complexas, factores como o estilo de vida, agentes físicos e biológicos, bem como os de ocupações profissionais específicas. O objectivo do programa é o de elaborar e publicar revisões críticas de informação sobre a carcinogenicidade de agentes, à exposição dos quais se sabe que os seres humanos são expostos. Tais revisões fazem-se sob a forma de monografias. Cf. WHO/IARC – *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. Vols. 1-92. Lyon: IARC, 1969-2009.

Na sua generalidade, estes primeiros estudos reflectiam uma visão triunfalista da medicina contemporânea, definida como aquela cujo grau de eficácia era explicado pelo padrão experimental dado à produção do saber e endeusada pelo espaço do laboratório, verdadeiro *locus* nuclear da produção de verdades cientificamente elaboradas, traduzindo explicitamente uma concepção evolucionista da ciência médica.

Ao longo de um período que durou pouco menos de 30 anos praticaram-se os primeiros enxertos e provocaram-se os primeiros cancros em animais de laboratório; testaram-se substâncias consideradas cancerígenas e abriu-se o caminho a uma área, que tanto em Portugal como nos melhores centros anticancerosos, estava no limite do conhecimento científico. Não existia, pois, qualquer desfasamento qualitativo entre a metodologia científica e o saber médico cultivado nos principais centros europeus, e aquele seguido nos diferentes pólos de investigação portugueses.

Desses, o IPO era a “catedral” portuguesa da ciência oncológica, casa e viveiro da esmagadora maioria dos poucos cientistas que criavam a partir da oncologia experimental, as bases científicas de uma nova disciplina médica.

Graças às pesquisas laboratoriais, as numerosas aquisições no domínio da cancerologia permitiram valorizar e consagrar o estudo experimental, trabalho esse que no período entre-guerras foi altamente produtivo. Contudo, esses progressos mantiveram-se pouco conhecidos do grande público, mesmo daquele mais instruído, na medida em que permaneceram, em justa medida, acantonados na intimidade do laboratório e dos meios científicos. Se por um lado os primeiros 40 anos do século XX testemunharam uma profunda mudança na compreensão do cancro, essas mudanças não tiveram um impacto radicalmente significativo no modo como era tratado. No caso português, como no resto do mundo, a maior visibilidade da doença e do seu combate, estaria muito mais associada ao emprego dos métodos curativos, e muito menos à investigação.

4.2 – A evolução das técnicas e tecnologias

Ao longo da história dos saberes médicos houve períodos de alguma convulsão, que culminaram com a imposição de novas modalidades diagnósticas ou terapêuticas, alterando de forma substancial a postura face a diversas patologias. Fenómenos semelhantes ocorreram num passado recente no campo da oncologia com a emergência da radioterapia, da medicina nuclear e da quimioterapia, ou ainda de várias modalidades de tratamento cirúrgico cada vez menos invasivo. Para todos os efeitos, a concretização da luta contra o cancro era acima de tudo o resultado de uma transformação radical da prática médica: a terapêutica oncológica tinha exigências tecnológicas próprias, que se acomodavam mal às tradições de individualismo da profissão médica. Mesmo assim, e como tantos outros ramos especializados da medicina, a oncologia foi devedora directa de uma nova cultura cirúrgica e radiológica, que no caso da primeira emerge na segunda metade do século XIX, e no caso da segunda no seu término.

A viragem do século XIX para o século XX coincidiu com uma soma de processos terapêuticos, que faziam uso da cirurgia e das radiações, de forma sequencial ou isolada, de acordo com critérios ainda não totalmente sistematizados.

Existia uma grande preocupação na divulgação dos progressos científicos, numa altura de verdadeiro culto da ciência e da técnica, onde a imprensa médica permitia não só a divulgação mas também o confronto de ideias e de resultados clínicos e experimentais. Como se dizia em 1894:

“A segunda metade do século XIX rasga na história médica um panorama resplandecente, em que a medicina e a cirurgia se disputam a primazia dos progressos em benefícios dos enfermos. D`um lado, a medicina, armada de finissimos meios de investigação fisiológica e de experimentação therapeutica, enriquecida com preciosas alfaias fornecidas pelas sciencias auxiliares e esmaltada com a brilhante legião de substâncias medicamentosas, (...) D`outro lado, a cirurgia, devendo o seu brilhantismo e credito actual ao fervoroso culto pela trindade que synthetisa as grandes conquistas realizadas – anesthesia, antiseptia, forci-pressura – avança na exploração das mais reconditas regiões do organismo que o genio adivinhativo dos Bichat, a sapiência analytica dos Sappey e dos Testut e o methodo descriptivo dos Tillaux patentearam francamente à complicada engrenagem dos instrumentos manejados pelos Péan, Lawson, Tait, Bilroth. E não é só lá fora que as sciencias médicas estão n`um contínuo progredir

*e que a imprensa medica regista o sinuoso traçado do movimento científico respectivo.”*⁷²¹

As novas possibilidades conferidas pelas técnicas cirúrgicas e a sua aplicação ao tratamento do cancro mostravam-se promissoras, mas nem sempre com possibilidade de aplicação imediata. Foram momentos de transição particularmente sentidos por aqueles a que os assistiram, e que neles tomaram parte activa, sendo também esses os personagens que nos deixaram as impressões mais vivas dessa transição.

O ensino médico, se bem que em franca mutação, debatia-se em finais do século XIX com problemas de adequação do ensino à prática clínica, o que no caso da detecção e identificação do cancro era um problema. O ensino das técnicas de exploração clínica encontrava-se em fase de manifesto atraso, o que se mostrava determinante no desenrolar de doenças cuja detecção e correcta avaliação em estados precoces era vista como fundamental para garantir algum sucesso ao tratamento cirúrgico. Os apelos provinham sobretudo daqueles que na clínica diária se deparavam com as falhas de diagnóstico por parte de médicos incapazes de proceder a exames tão basilares como a utilização do laringoscópio. Em 1894, num artigo dedicado ao tratamento de um caso de carcinoma da epiglote, o professor Agostinho de Sousa da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, manifestava o seu desagrado pelo atraso no diagnóstico por ausência do exame com laringoscópio, porque de acordo com o mesmo médico “(...) *isso não se ensina nas escolas médicas.*”⁷²²

Numa comunicação apresentada sobre o ensino da patologia e terapêutica cirúrgicas, por ocasião do primeiro centenário da fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa, comemorado em 1925, Francisco Gentil descreveu como vira operar os seus mestres nesse fim de século XIX, e ainda os problemas técnicos e materiais com que se deparou nos primeiros anos da sua vida profissional:

“Num ângulo da enfermaria, no canto de uma sala de 38 ou até de 60 camas, separado dos doentes por duas cortinas de riscado azul, suspensas por dois fortes arames, ligados às paredes por fortes pregos, de dois metros para cima do pavimento era livre a comunicação com a enfermaria, e o ar e a poeira não diferiam na sala dos doentes e no

⁷²¹ “O Nosso Jornal.” *A Medicina Moderna*. Vol. I (Janeiro de 1894), p. 1.

⁷²² Cf. SOUZA, Agostinho de - “Carcinoma primitivo da epiglote. (Comunicação feita à Sociedade União Médica)” *A Medicina Moderna*. Vol. I (Dezembro de 1894), pp. 89-91.

canto das operações! E quanto era rudimentar o material! Se raras vezes a mesa em que se operava podia dar plano inclinado! E muitas vezes era de madeira pintada! Em algumas enfermarias (serviços dignos de tal nome não existiam) havia uma casa reservada para as operações, pensos, aparelhos, etc, em que não se encontravam as características já então exigidas para uma sala de operações digna de tal nome. E aí por 1898, alguns operadores mais felizes principiaram a pendurar pelas paredes complicadas tubagens que a curto prazo só tinham como função acumular a poeira da casa onde se operava. No serviço de urgência do Hospital de S. José, havia uma sala de operações que, no meio e na época, era do melhor, mas servia para abrir a mais infecta das cavidades e, a seguir, tinha de se operar no mesmo local o mais recente e mais grave dos traumatismos. Em seguida à drenagem duma peritonite, fazia-se a esplenectomia num caso de contusão abdominal. Ainda em 1904, quando pedi uma mesa para operar em Trendelenbourg, foi-me negada com a capciosa justificação de que «em cirurgia de urgência não havia necessidade de plano inclinado». (...) »⁷²³

As críticas às condições de trabalho e organização da assistência hospitalar foram assunto de forte destaque, feito em larga medida pela pena de médicos republicanos, em particular António José de Almeida, que pelo menos entre 1895 e 1907 não poupou reparos ao funcionamento e deficiências do Hospital da Universidade de Coimbra, dos hospitais civis de Lisboa, e do débil assistencialismo nas colónias. Tanto os artigos de imprensa como os discursos parlamentares que efectuou, espelham claramente esse atraso e desinteresse pelos assuntos assistencialistas, bem como da formação e prática médicas.⁷²⁴

O problema não era novo e contava já muitos anos. Antes dele, também Sousa Martins se referira em termos desabonatórios à administração do Hospital de São José, à qual faltava “*competencia*”, estando menos preocupada com a melhoria das condições de tratamento dos doentes e mais com o aumento de receita.⁷²⁵

⁷²³ GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o ensino da patologia cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 Fascículo espécimen (1925), p. 13.

⁷²⁴ Cf. ALMEIDA, A. José de – *Desaffronta. (História d’uma perseguição)*. Coimbra: Livraria Moderna de A. D’Oliveira, 1895, pp. 182-193, e DEROUET, Luis – *Discursos dos ilustres deputados republicanos*. Vol. II. Sessão de 1907. Lisboa: Typ. Do Commercio, 1907, p. 223 e seguintes.

⁷²⁵ “*Que dedicação é a de quem, por inércia ou por incompetência, despreza o estudo, na verdade aspero e a principio inglório, das grandes questões geraes da economia hospitalar, para se entregar exclusiva e totalmente à practica de insignificantes mas numerosas reformas que antes parecem destinadas a evidenciar um novo poder de estado – o poder deformador – do que dirigidas no intuito de melhorar as condições de vida dos enfermos?*” (...) “*O aumento da receita; eis o perpetuo idyllio da administração! O dinheiro e só o dinheiro! Nós pediríamos antes: a competência e toda a competência!*” MARTINS, J.

Pelo menos na realidade lisboeta, o ensino da cirurgia denotava a inexistência de uma organização lectiva estável, mas reflectia sobretudo a ausência de uma estrutura hospitalar moderna, com défices técnicos e materiais que pareciam ser mais o produto de um crónico desinvestimento público, aliado a uma ausente planificação da estrutura hospitalar necessária. À data de 1925, era o próprio Francisco Gentil quem afirmava não existir ainda em Lisboa um hospital geral digno desse nome.⁷²⁶

Numa altura em que a planificação da assistência hospitalar era assunto que merecia discussão parlamentar, a República continuou pouco atreita a disponibilizar verbas e resolver o problema, inserido num plano de conjunto para Lisboa. A planificação que entretanto se ia realizando, era guardada na gaveta e adiada *sine die*.

A entrada em funcionamento das novas instalações do Instituto em 1927, e a sua progressiva e planeada ampliação, assente em princípios técnicos e organizativos nitidamente diferentes da realidade hospitalar vivenciada até então, marcou uma alteração visível neste panorama assistencialista, bem como na necessidade modernizadora impressa pela toada técnico-científica que a luta contra o cancro passou a justificar.

Desde os anos 30 assiste-se a uma explosão de estudos e trabalhos focalizados essencialmente no aperfeiçoamento dos processos e técnicas de cada uma das armas terapêuticas fundamentais. Em simultâneo, a revisão dos conceitos sobre a natureza da doença aportou uma massa de conhecimentos sempre crescente, em particular os relacionados com a biologia da célula cancerosa. Nesse sentido, o Instituto foi o lugar onde se promoveu a confluência das possibilidades da cirurgia, das radiações e dos fármacos para a solução terapêutica dos casos oncológicos.

O discurso médico recorrente sobre a necessidade de se apelar à tecnologia existente no IPO para uma eficaz luta contra o cancro, não só legitimou a ideia de curabilidade da doença, mas também a de inexorável progresso médico, o que se encontra patente na análise dos mecanismos propagandísticos entretanto empregues. A atracção do público aos serviços proporcionados pelo Instituto baseou-se no emprego propagandístico dos seus recursos tecnológicos, mas não se lhe dirigiu exclusivamente. A retórica persuasiva do discurso médico utilizou a confiança no diagnóstico precoce, nas técnicas cirúrgicas

T. de Sousa – “A opinião pública e a administração dos Hospitais Civis de Lisboa.” *Gazeta Médica de Lisboa*. (1871), pp. 423 e 425.

⁷²⁶ Cf. GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o ensino da patologia cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 Fascículo espécimen (1925), p. 13.

e na tecnologia radiológica como elementos essenciais no processo de fundamentação científica e na caracterização do seu monopólio terapêutico.

A delimitação do terreno entre as diferentes especialidades produziu-se no seio de diferentes competências médicas, tendo necessitado de um longo processo de separação. A diferenciação entretanto materializada na área da oncologia, tanto nas suas diferentes valências de radioterapia e cirurgia, como de medicina nuclear, eram agora parte integrante e refulgente da medicina de ponta do pós-guerra; paralelamente, a autonomia entretanto obtida pelo IPO, foi determinante para a existência de um processo informal de negociação entre a cirurgia e as demais subespecialidades emergentes no seio da oncologia portuguesa.

4.2.1 – A cirurgia

Tradicionalmente, a cirurgia dos tumores foi a modalidade terapêutica mais comum, enquanto a radioterapia, quimioterapia e a imunoterapia foram introduzidas como novas formas de tratamento ao longo de todo o século XX. Enquanto a quimioterapia e a imunoterapia não se tornaram tratamentos de referência senão nos anos seguintes ao final da IIª Guerra Mundial, os raios X e o rádio foram utilizados como alternativas ao bisturi pouco tempo após a sua descoberta no término do século XIX.

Contudo, a incidência crescente do cancro e a actuação ainda limitada dos raios X e rádio, encorajou a remoção cirúrgica dos tumores e a manutenção da primazia do bisturi na ablação tumoral. A maioria dos doentes oncológicos potencialmente curáveis tornavam-se candidatos elegíveis a uma qualquer intervenção cirúrgica, que podia ir de uma pequena excisão dérmica a uma mais extensa remoção tumoral de órgãos e tecidos. Apesar disso, a cirurgia não gozava de grande reputação, e qualquer diagnóstico de cancro era visto como uma aprazada sentença de morte.

Único método utilizado para a cura da doença até ao surgimento da radioterapia, tinha limitações evidentes mesmo quando bem conduzida, sendo em muitos casos um tratamento mais paliativo do que curativo. As amputações e as mutilações causadas pelas grandes exéreses de alguns tumores, podiam reduzir grandemente a qualidade de vida dos doentes, ou torná-la mesmo insuportável. Mais ainda quando as recidivas locais eram frequentes. Mesmo assim, algumas técnicas cirúrgicas tiveram vida longa, executadas durante largas décadas, como o caso da mastectomia radical de William Halsted (década de 1890), a prostatectomia radical de Hugh Young (1904), a

histerectomia alargada de Ernest Wertheim (1906), ou a ressecção abdominoperineal do cancro rectal de W. Ernest Miles (1908), todas elas com aplicação frequente e contínua ao longo do século XX, mormente no IPO. Outras aperfeiçoaram-se e tornaram-se habituais, como a gastrectomia, laringectomia e esofagectomia, primeiramente realizadas por Theodore Billroth entre 1860 e 1890.

O caminho aberto pela cirurgia nesse final de oitocentos foi marcante na abordagem tumoral, recurso que passa a ser visto como fundamental e sempre a ponderar, mesmo quando o seu emprego fosse considerado mais ousado do que a prudência do proverbial *nole mi tangere* podia fazer crer. Arreigados ainda numa prudência resultante das suas limitações técnicas, a prática e opinião dos médicos portugueses passavam em boa medida pela adopção de um novo pendor interventivo:

“É, principalmente, n'este campo da malignidade dos tumores, que mais se teem defrontado as opiniões sobre a utilidade de processos operatórios, como tratamento curativo. Há os adeptos da theoria parasitaria neoplasica, segundo Verneuil, para os quaes é um crime, pelos resultados improductives e sempre estimuladores, o tentar extirpar esses tumores. Nenhuma utilidade, dizem elles; não accordeis, pois, o leão que dorme. E ali o noli me tangere. Outros há porém, e estes, a maioria, a vanguarda da sciencia, appellidam de crime a não intervenção, desde que o inimigo, nos seus reductos, possa ser vencido. O tumor reproduz-se, porque não foi completamente extirpado, ou por sua extensão e generalisação ou por falta operatória. Realmente, desde o momento que se conserve ainda na sua phase de inicio, antes da invasão ganglionar, antes mesmo de ter passado a phase de crescimento continuo, contrahindo adherencias aos órgãos visinhos, eu acho indicada a intervenção cirúrgica tendente a libertar a laryngé d'essa neoplasia.”⁷²⁷

Mas mesmo no dealbar destas técnicas, no início do século XX a cirurgia anticancerosa ainda intervinha timidamente, praticando em muitos casos excisões insuficientes, seguidas em breve de recidivas. Na primeira década de novecentos, a intervenção cirúrgica nos tumores baseava-se na premissa que o cancro era uma doença local nas suas fases iniciais, e que apenas numa fase mais tardia as células tumorais se espalhavam através dos nódulos linfáticos, ao que sobrevinha a instalação da doença noutros órgãos do corpo. Daí que os resultados finais fossem quase sempre duvidosos e

⁷²⁷ GUERRA, António Maria Teixeira – *Algumas considerações sobre a laryngotomia*. Dissertação inaugural. Porto: Imprensa Moderna, 1900, pp. 59 - 60.

muitas vezes de curta duração, como teve oportunidade de resumir Oliveira Lima em 1907, claramente descontente com os resultados obtidos em doentes com cancro avançado:

*“Tem-se feito thermocauterizações, secções de nervos, laqueações d’artérias, ablação dos focos cancerosos e de uma grande parte dos tecidos visinhos, etc. Tudo isso tem sido em muitissimos casos absolutamente inutil! A doença vae realizando o seu terrivel progresso e, a breve trecho, o doente caminha para a sua terminação final, unico allivio de tanto soffrimento!”*⁷²⁸

Contudo, era o próprio quem reconhecia estar no bisturi a mais segura das estratégias, tanto mais que *“A exérese constitui ainda hoje a melhor arma de defesa contra o cancro, a única em que se pode confiar quando utilizada em determinadas condições: intervenção precoce e bastante larga.”*⁷²⁹ Mesmo quando o caso estava perdido, a palição passava em muitos caso pela mão do operador, como apontava Francisco Amaral ao referir-se a uma doente com cancro uterino:

*“E’ preciso primeiro curetar toda a porção vegetante, hemorrágica, séptica, dolorosa e chegar assim, após ablação de toda a parte vegetante a um tecido embora neoplásico, menos degenerado e sobre o qual a acção saneadora dos tópicos se exerce melhor. Assim tratados os cancros uterinos inoperaveis ou recidivados, consegue-se, não a cura, mas a desinfecção, diminuição do mau cheiro, com grande proveito dos doentes que assim encontram melhoras locais gerais.”*⁷³⁰

As diferentes técnicas empregues variavam de acordo com a localização, tipo de tumor, e a preferência e adestramento do cirurgião. No caso do cancro da mama, e de um modo geral, seguiam-se os procedimentos já padronizados por Halstead (ou Halstead modificado por Meyer e Kocker) e John Murphy, se bem que este último método fosse

⁷²⁸ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 310.

⁷²⁹ LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 393.

⁷³⁰ AMARAL, Francisco Augusto Monteiro do – *O emprego do iodo nascente em terapêutica cirúrgica. (Método de Louge) Algumas observações feitas no Hospital de Santo António*. Tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Typographia Industrial Portuguesa, 1912, p. 18.

menos popular entre os cirurgiões do que o proposto pelo primeiro.⁷³¹ Para outras localizações em órgãos internos, procedia-se de acordo com metodologias mais ou menos radicais, que podiam incluir a ablação de órgãos ou apenas parte deles, como nos casos do esófago, estômago, intestino, útero ou rim. No caso do útero, a cirurgia proposta por Wertheim em 1906 e que levaria para sempre o seu nome, tornou-se procedimento de eleição no tratamento do cancro uterino.⁷³²

No seio do IPO, a cirurgia começou por ser a disciplina mãe de toda a terapêutica anticancerosa, não fosse essa a especialidade do principal mentor e desde sempre director dessa instituição. Francisco Gentil, que se aperfeiçoara como cirurgião em estágios nos EUA, tornou-se uma referência nacional e internacional na cirurgia, particularmente na referente ao cancro. A construção e organização estrutural dos diferentes edifícios do IPO ao longo do tempo, mais precisamente do Pavilhão do Rádio (1933) e do Bloco Central (1948), mostram bem o primado da prática cirúrgica face às demais opções terapêuticas.

Uma vez que o sucesso das intervenções se baseava no diagnóstico precoce, as biopsias realizadas por excisão, mas também por punção e aspiração tornaram-se cada vez mais frequentes. Desde 1912, que em caso de dúvida Francisco Gentil fazia preceder a intervenção de uma biopsia com exame histopatológico imediato. Excisado um pedaço de tumor, era de seguida remetido ao anátomo-patologista que em poucos minutos fornecia os resultados, com o que se decidiria a acção cirúrgica mais apropriada.

Se bem que desde a fundação do Instituto fosse regra proceder ao exame histológico sistemático de todos os fragmentos e peças operatórias para diagnóstico, seria mais tarde, mais precisamente em 1925, que a utilidade da observação histológica durante o

⁷³¹ Cf. o predomínio da técnica de Halstead e Halstead modificado, praticadas no Hospital de Santo António no período entre 1915 e 1916, in FERNANDES, António Feliciano Botelho da Silva – *Tratamento cirúrgico do carcinoma do seio (Breves considerações)*. Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Imprensa Moderna, 1916, pp. 48-54.

⁷³² Cf. LOPES, Laura Domingues – *Breves considerações sobre o tratamento cirúrgico do cancro uterino (Operação de Wertheim)*. Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de São José, 1918; PÁDUA, António de – *Cancro uterino. Seu tratamento pela operação de Wertheim*. Tese de Doutoramento. Porto: 1925.

acto operatório ficava definitivamente posta em evidência por Henrique Parreira, conforme os princípios preconizados por Dustin.⁷³³

O aperfeiçoamento da técnica de realização destes exames extemporâneos, que entretanto passaram a ser executados no IPO com frequência rotineira, devem-se também à insistência de Parreira, que nunca mais deixou de se interessar pela questão, voltando em 1928 a insistir sobre ela numa referência ao método de Benjamin Terrier, método que lhe pareceu digno de ser empregue.⁷³⁴ A biopsia tornara-se determinante no processo de decisão terapêutica, assunto sempre lembrado pelo director do serviço de anatomia patológica.⁷³⁵ Nesse sentido, desenvolveram-se múltiplos instrumentos para estes procedimentos, que permitiam ao cirurgião remover e examinar células e tecidos suspeitos. A rapidez do procedimento era potenciada pelo contributo das tecnologias colocadas à disposição da anátomo-patologia, utilizadas desde o primeiro momento no Instituto.⁷³⁶

As técnicas cirúrgicas começaram então a ser associadas à aplicação das radiações. Excluindo os casos manifestamente inoperáveis, no caso do cancro da mama procedeu-se a uma associação terapêutica, que teve grande uso entre nós. A operação consistia na ablação em bloco da mama, da maior quantidade de tecido celular peri-mamário, da aponevrose do músculo grande peitoral e do esvaziamento das massas ganglionares axilares. O processo de Halsted, que acrescentava a exérese dos músculos grande e pequeno peitoral, não melhorando a estatística, trazia a vantagem de facilitar a remoção do grupo ganglionar da axila. As denominadas operações complementares, com a ressecção da clavícula e do esvaziamento das adenopatias supra-claviculares não tinham aprovação unânime dos cirurgiões, realizando-se de acordo com a experiência e os resultados que cada um deles ia obtendo. No pós-operatório, procedia-se à aplicação de

⁷³³ Cf. PARREIRA, Henrique – “O valor da biopsia e do exame histológico no diagnóstico das neoplasias. Primeiro centenário da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa.” *Arquivo de Patologia*. Vol. I (1925), pp. 25-40.

⁷³⁴ Cf. PARREIRA, Henrique – “O método rápido de Benjamin Terry para exames microscópicos.” *Lisboa Médica*. Vol. 5 (1928), p. 345.

⁷³⁵ Cf. PARREIRA, Henrique – “A importância da biopsia durante o acto operatório.” *Imprensa Médica*. Vol. 2 (1936) p. 437, idem – “Quatro lições sobre tumores malignos. Necessidade do diagnóstico precoce. Diferentes formas de cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 3, Nº 2 (1936); idem – “Sur la valeur de la biopsie au cours de l’acte opératoire.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 9 (1937), p. 27.

⁷³⁶ Cf. PARREIRA, Henrique – “O diagnóstico histológico rápido dos neoplasmas (biopsia, micrótomo de congelação).” *Lisboa Médica*. Vol. 2 (1925), p. 118, e PARREIRA, Henrique; CAMPOS, J. Oliveira – “Os meios de diagnóstico laboratorial de que dispõe o Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do IPO*. Vol. 5. Nº 2 (1938).

raios X, no sentido de destruir definitivamente quaisquer restos celulares microscópicos, que a lâmina do bisturi não tivesse conseguido remover.

Fosse na cirurgia do cancro da mama ou noutras neoplasias, as feridas abertas eram bombardeadas com radiação alguns dias após a extracção tumoral com um intuito “esterilizador.”

Até 1918, pelas baixas voltagens dos equipamentos de raios X, e com a preocupação de tornar cada vez mais profundas ou intensivas as aplicações feitas, multiplicavam-se as sessões de radioterapia, com a pretensão de compensar pelo número a insuficiência da cada sessão em separado. A melhoria deste equipamento, permitindo obter tensões eléctricas cada vez mais elevadas, levou ao emprego de uma técnica que entretanto se generalizou: a aplicação da dose do cancro (*Karzinom dosis*). Inspirada por Wintz de Erlangen, entenda-se por “dose do cancro” a quantidade suficiente de raios X para fazer desaparecer um cancro, numa sessão, tanto visualmente quanto à palpação. Esta doutrina manteve-se, apesar dos resultados variarem: se nalguns casos era benéfico, noutros sobrevinha rapidamente a morte, ou ainda a caquexia cancerosa associada à esterilização pós-operatória pela radiação ultra-penetrante. Na década de 20, Perthes começou a chamar a atenção para os perigos que a aplicação dos raios X ultra-penetrantes como processo de esterilização radical parecia acarretar, o que levou a uma reformulação da técnica. Antoine Béclère recomendou então que se abandonasse a dose do cancro, recomendando as irradiações em doses moderadas, mais eficazes, muito menos nocivas, e com resultados mais favoráveis.

A depuração do método combinado cirurgia/raios X, levou a uma *modus operandi* que entretanto se tornou de genérico no nosso país desde finais dos anos 20, como o passou a ser noutras partes do mundo. O seu uso podia apresentar algumas variantes ocasionais, consoante a vontade do cirurgião, entretanto baseado numa experiência própria e alicerçado nas linhas de actuação genericamente traçadas pelos tratadistas internacionais:

“Há todavia um preceito que durante anos repeti no hospital de Santo António e que me parece lógico avivar: Se um doente com um cancro de mama me consultasse, levá-lo-ia a um cirurgião pedindo-lhe que realizasse com a exérese total da mama o esvaziamento completo da axila. Mas não tardaria, para o dia seguinte, a irradiação do espaço supra-clavicular. (...) É, todavia, um território que, ainda que suspeito de já conter neoplasia, o bisturi do cirurgião respeita quasi sempre. E pelo contrário é muito acessível ao raio X

devendo ser irradiado sem demora ou antes da operação ou logo após a mesma, ainda quando a palpação nada revela de anormal, (...) Esta irradiação não a devemos considerar como uma parte do tratamento preventivo, mas antes como complemento lógico da intervenção operatória em todos os casos onde esta não passa além da axila.”⁷³⁷

A técnica cirúrgica radical proposta por Halsted para o cancro da mama, teve entre nós particular difusão, mas desde a introdução da concomitante radioterapia que deixara de ser considerada como a única abordagem eficaz à neoplasia mamária. Em 1933, Luís Adão resumia a abordagem radiocirúrgica do cancro da mama nos seguintes passos:

“1) Sempre que o estado geral do doente permita, o tratamento, por ora, racional do cancro da mama será constituído pela amputação do seio com esvaziamento ganglionar axilar;

2) Quando haja invasão do mesmo lado dos gânglios supra-claviculares é razoável proceder à esterilização dessa massa e só depois amputar. O esvaziamento dos gânglios supra-claviculares concomitantemente com a amputação da mama e extirpação dos gânglios axilares está longe de reunir a maioria dos tratadistas; (...)”⁷³⁸

No início dos anos 40, praticavam-se no Instituto todos os ramos da cirurgia oncológica, tal como era na altura designada: profiláctica, curativa, paliativa, reparadora, de urgência e da dor. Na cirurgia dita curativa, a prática mais comum passava pela extirpação tumoral o mais alargada possível, obrigando-a a ir muito mais além das regiões macroscopicamente invadidas, o que em muitos casos obrigava à amputação de membros, a ablação total de um órgão não indispensável, com recessões em bloco, havendo o cuidado de evitar tocar em tecido saudável com instrumentos que tivessem estado em contacto com tecido canceroso. Estas intervenções alargadas resultavam da conhecida capacidade de metastização à distância, e mais do que conferir melhor qualidade de vida ao doente, eram o fruto de uma profunda necessidade curativa por parte do cirurgião, quando este acreditava na possibilidade real de um resultado favorável.

⁷³⁷ ADÃO, Luis – “Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 20 (14 de Maio de 1933), p. 132.

⁷³⁸ ADÃO, Luis – “Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 20 (14 de Maio de 1933), p. 132.

É certo que se procedia à exérese sistemática das lesões pré-cancerosas, mas as recomendações dos cirurgiões do IPO iam sempre no sentido de chamar a atenção dos clínicos para os meios de diagnóstico empregues no Instituto, de molde a evitar atitudes terapêuticas de mutilação inútil. A selectividade da cirurgia efectuada dependia da classificação tumoral, da localização e do estágio tumoral, resultando em indicações padronizadas que derivavam de um trabalho de análise sistemática de várias centenas ou mesmo de milhares de casos entretanto reunidos, tratados e seguidos ao longo de várias décadas. No caso do cancro dos órgãos genitais externos femininos, a terapêutica de eleição era radiocirúrgica: nas localizações do colo do útero eram-no fundamentalmente com radiações, ao passo que os do corpo do útero eram-no com recurso à cirurgia. A prática entretanto obtida, levou a que nos anos 50 as cirurgias do colo do útero se realizassem apenas nos graus I e II, tanto mais que “*Operar nos graus dois e três, cortando linfáticos, é criminoso.*”⁷³⁹ Nessa altura, tanto o cancro do colo do útero como o da pele eram perfeitamente curáveis quando em estádios precoces.

Por seu turno, os neoplasmas da mama continuavam a ser de tratamento principalmente cirúrgico, apesar de existirem alguns casos tratados com sucesso apenas pelas radiações.⁷⁴⁰ Inicialmente, aplicavam-se raios X, operava-se de seguida e submetia-se a zona a nova irradiação.⁷⁴¹ Na realização da técnica, importava sobretudo evitar a ulceração, a hemorragia, a supuração e a dor.

Chegados à década de 50, a cirurgias realizavam-se em quatro salas de operações no Bloco Hospitalar e duas no Pavilhão do Rádio, abrangendo e expandindo todas as valências cirúrgicas disponíveis, em colaboração com um serviço de anestesia e outro de hemoterapia, este último a partir de 1950. O movimento operatório era muito apreciável, tendo aumentado 353% entre 1940 e 1950.⁷⁴²

Se bem que muitos dos instrumentos cirúrgicos permanecessem semelhantes aos produzidos nas últimas décadas do século XIX, também teve lugar uma evolução significativa, através da introdução da electricidade, desta feita associada ao corte do cirurgião. A electrocirurgia, que consistia na aplicação de correntes eléctricas de alta

⁷³⁹ “Revista de Imprensa” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 10 (1952), p. 2.

⁷⁴⁰ Cf. GENTIL, Francisco – “Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 20. Nº 2 (1948), pp. 121-148.

⁷⁴¹ Cf. “Revista de Imprensa” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 10 (1952), p. 2.

⁷⁴² Cf. o *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº 11 e 12 (1951), p. 21.

frequência para a destruição e remoção de tecido doente ou para efectuar o corte dos tecidos normais com menor risco hemorrágico, foi crucial para a cirurgia oncológica. Acidentalmente descoberta em 1900 por J. A. Revière, que curou uma úlcera da mão com uma faísca de um aparelho D`Arsonval, chegados à década de 50 a electrocirurgia substituíva frequentemente o habitual bisturi e o contacto directo das mãos com as feridas operatórias.⁷⁴³

O pioneirismo da luta contra o cancro levou desde logo a aplicar a fulguração nos tumores, de tal modo que a electrocoagulação já era praticada na 1ª Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar de Lisboa em 1912. Nessa altura, o uso da faísca eléctrica com objectivo cirúrgico era ainda limitado no restante contexto hospitalar nacional, inexistente em estabelecimentos de grande dimensão como era o caso do Hospital de Santo António no Porto, que só em 1914 adquiriu o equipamento necessário e fundou o seu primeiro Gabinete de Electroterapia.⁷⁴⁴

Por seu turno, também a utilização do bisturi eléctrico foi desde logo introduzido na prática cirúrgica corrente do IPO desde 1930, quando esse tipo de equipamento era apenas usado em demonstrações hospitalares por médicos estrangeiros. Alguns desses cirurgiões deslocavam-se propositadamente aos estabelecimentos hospitalares de maiores dimensões, onde realizavam sessões de esclarecimento, como foi o caso do Hospital de Santo António no Porto em 1933.⁷⁴⁵

Os resultados entusiasmantes faziam crer estar-se perante mais um elemento técnico de grande valia na luta contra o cancro.⁷⁴⁶ Os resultados obtidos foram melhores em todos os casos que se trataram desde o início por este processo de corte, sem ter recebido outros tratamentos anteriores. A introdução deste equipamento de

⁷⁴³ Cf. DAVIS, Audrey B. – *Medical Technology*. In WILLIAMS, Trevor I. (ed.) – *A History of Technology. Vol. VII. The Twentieth Century c.1900 to c.1950. Part II*. Oxford: Clarendon Press, 1978, p. 1358.

⁷⁴⁴ Na sua tese inaugural de 1915 dedicada à fulguração, Francisco Sanches dá-nos conta da novidade que constituía a fulguração no Hospital Geral de Santo António: “*Entre nós, ainda não entrou no domínio da terapêutica, e julgo que no Hospital de Santo António, são dos primeiros doentes em que tal método foi empregado. Os casos de que constam as minhas observações foram colhidas nas enfermarias deste Hospital e Consulta Oftalmológica, e operados no Gabinete de Eléctroterapia, pelo seu director, Dr. António de Andrade, (...)*.” In SANCHES, Francisco Augusto de Sousa – *Alguns casos de tratamento pela fulguração*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos, 1915, p. 21.

⁷⁴⁵ Cf. “No Hospital da Misericórdia. Uma demonstração científica sobre as vantagens do bisturi eléctrico” *O Comércio do Porto* (4 de Maio de 1933).

⁷⁴⁶ Cf. RÓDO, A. – “O bisturi eléctrico no tratamento das neoplasias da pele e das mucosas. Resultados obtidos no Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 3. Nº 2 e 3 (1931), pp. 191-194.

corte/cauterização, permitia resolver rapidamente alguns dos tradicionais problemas relacionados com a secção de vasos sanguíneos e linfáticos, ao mesmo tempo que evitava a “inoculação” accidental da doença durante o acto operatório:

*“O canivete eléctrico corta, coagulando (mais ou menos profundamente, conforme se deseja) os tecidos, interessando-nos especialmente, como é de prever, os casos linfáticos e sanguíneos, condutores à distância das células cancerosas. Fechando estes por coagulação, temos assegurado um dos processos mais eficazes de evitar a inoculação, a propagação e as metástases.”*⁷⁴⁷

Para além disso, era um processo vantajoso pela boa percentagem de casos com evolução satisfatória, simplicidade da técnica, rapidez e segurança da hemóstase, ausência de infecções secundárias, economia de tempo e material, eficácia nas lesões rádio-resistentes, obturação imediata de vasos sanguíneos e linfáticos, e raro aparecimento de metástases e/ou recidivas locais.

O uso deste instrumento passou a ser indispensável à cirurgia oncológica, sem o qual se acreditava estar a desprezar uma alta probabilidade de êxito cirúrgico. As técnicas que lhe estavam associadas foram particularmente apreciadas pelo director da instituição, que advogava e recomendava o seu uso na prática cirúrgica.⁷⁴⁸

Rapidamente guisou novos usos para o bisturi eléctrico, em aplicações que facilitavam a aplicação de agulhas de rádio. Com o objectivo de reduzir o perigo de metastização e de infecção durante a aplicação de agulhas de rádio no tratamento de cancro da cavidade oral e língua, Gentil decidiu modificar em Novembro de 1930 a técnica de introdução do rádio, “(...) perfurando previamente os tecidos em torno da neoplasia com um eléctrodo em ponta de um aparelho de diatermia (...) introduzindo em seguida os tubos de rádio nos canais assim praticados.”⁷⁴⁹

A cirurgia era a mãe de todas as terapêuticas. E mesmo quando resolvia a doença, não era incomum que fosse necessário recorrer posteriormente à mesma, desta vez com um intuito reparador. Com efeito, um tumor extenso podia deixar, depois de operado ou

⁷⁴⁷ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 83.

⁷⁴⁸ Cf. GENTIL, Francisco – “Electrocirurgia. Princípios. Técnicas.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIX. Nº único (1941), p. 113.

⁷⁴⁹ CORTE-REAL – “Rádio-puntura pela faca diatérmica” *Arquivo de Patologia*. Vol. 3. Nº 2 e 3 (1931) pp. 195-200.

submetido à radioterapia, deformidades significativas, que constituíam graves alterações da aparência física.

Este era talvez um dos maiores problemas da cirurgia oncológica, estigmatizada pela opinião pública, não tanto pela doença que tratava, mas sobretudo pelos resultados de uma prática cirúrgica que para ser totalmente curativa implicava em vários casos o recurso a intervenções altamente mutilantes. Com maior força de razão para os cancros ocorridos na face. A cirurgia reparadora foi alvo de um cuidado especial, feita com recurso a técnicas explanadas com minúcia em vários números do *Arquivo de Patologia*.⁷⁵⁰ Como nos referia Marck Athias: “*O cancro da pálpebra, o cancro do lábio, o cancro do nariz, etc., podem deixar, depois de uma cura completa, desgastes tais que determinem um abatimento moral invencível.*”⁷⁵¹

A patologia neoplásica da cabeça e pescoço era uma das mais mutilantes, razão pela qual teve desde o início um acolhimento particularmente cuidado e personalizado. Nesse desiderato, desde a 1928 que funcionaram consultas de estomatologia, e desde 1929 de otorrinolaringologia. Esta última chegou mesmo a dividir-se em duas unidades (ORL1 e ORL2), o que demonstra a importância desta especialidade no seio do IPO. Com Emílio Valadares, a cirurgia oncológica da laringe chegou mesmo a atingir um alto grau de desenvolvimento, relativamente à mesma patologia em outros hospitais centrais, provado pelas estatísticas explanadas pelo próprio em vários trabalhos científicos. Já nos anos 60, o impulso de José Conde permitiu autonomizar a cirurgia de Cabeça e Pescoço, integrando-a numa prática multidisciplinar, de tratamento e abordagem individualizada, tornando-se um modelo de especialização oncológica.

Sendo o Instituto particularmente voltado para o primado da cirurgia, o investimento em formação na área da cirurgia maxilo-facial e estética, sobretudo desde meados de 40, reflecte bem a importância atribuída a este subsector da prática médica. A própria investigação conheceu um particular interesse por essa matéria, onde contou com alguns

⁷⁵⁰ A relevância da cirurgia reparadora encontra-se patente nos artigos publicados nos números iniciais do *Arquivo de Patologia*, cerca de 20 anos antes da cirurgia plástica e reconstrutiva se assumir como especialidade autónoma após a 2ª G.M. Cf. MARTINS, António – “Sobre plastias dos lábios, (nota de técnica operatória)”. *Arquivo de Patologia*. Vol 1. Fascículo espécimen (1925), pp. 62-80; idem – “Sobre plastias dos lábios - Notas de técnica operatória (continuação).” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), pp. 162 e seguintes.

⁷⁵¹ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 84.

dos melhores especialistas na área, e que nela trilharam carreira académica, casos como os de José Conde⁷⁵² e Lima Basto.

O caso de Lima Basto é paradigmático da prevalência e proeminência da prática cirúrgica no tratamento do cancro, tendo-se tornado num destacado modernizador da cirurgia oncológica portuguesa. Médico no IPO desde 1937, foi com recurso a um estágio em Inglaterra nos anos 1939/40 que introduziu no nosso país algumas técnicas inovadoras, quer ao nível da cirurgia plástica reparadora, quer ao nível da cirurgia cardíaca, sem esquecer o desenvolvimento e implantação de uma técnica pessoal de gastrectomia total por via torácica e transdiafragmática, que resultou de uma série de estudos laboratoriais, clínicos e experimentais. Em suma: transportou para o Instituto uma preparação cirúrgica que contribuiu não só para o desenvolvimento das técnicas, mas também para estimular a preparação de outros médicos no campo da cirurgia de correcção.⁷⁵³

A construção do Bloco hospitalar em 1948, serviu igualmente para marcar uma mudança em termos de uso de equipamentos cirúrgicos e afins, desta feita construídos no país. Com efeito, toda a aparelhagem de esterilização e cirurgia deste novo hospital fora concebida e executada em Lisboa.⁷⁵⁴ Dependente até então de materiais e instrumentos provenientes, na sua quase totalidade, da França ou Alemanha, a indústria portuguesa alargava-se a áreas novas, o que revela a importância do plano de construções hospitalares entretanto colocado em marcha pelo poder político.

Em termos globais, os médicos do Instituto acompanharam muito de perto as mais recentes técnicas e inovações cirúrgicas, imbuídos de uma necessidade de investimento constante nessa matéria. Os mais promissores avanços da cirurgia geral, acabavam inexoravelmente por ser os mesmos da cirurgia oncológica, numa altura em que o centro anticanceroso se tornara a referência dos cuidados médicos e da formação dos cirurgiões. O equipamento dispendioso e variado disponibilizado desde a década de 30, incluía salas operatórias electrificadas, mesas operatórias controladas electricamente, ar condicionado e outras ajudas técnicas em uso corrente a partir do pós-guerra.

⁷⁵² Cf. CONDE, José – *Ressecções da mandíbula: contribuição pessoal na cirurgia dos tumores da cabeça e pescoço*. Dissertação de doutoramento em Medicina (Cirurgia), apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: J. Conde, 1971.

⁷⁵³ Os 42 artigos publicados por Lima Basto estão compilados em RODRIGUES, Álvaro – “O Professor Lima Basto, sua obra e personalidade.” *Arquivo de Patologia*. Suplemento Especial (Fevereiro de 1972).

⁷⁵⁴ Cf. “Foi inaugurado o novo e imponente Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 62 a 64 (Abril a Junho de 1948) p. 62.

Ao mesmo tempo que se apurava, a cirurgia partilhava agora o seu lugar proeminente com uma quimioterapia cada vez mais intrusiva, ameaçando destronar a prazo o lugar da cátedra curativa. Em 1964 houve mesmo lugar à criação de um serviço de cirurgia especial, destinado ao estudo e aplicação de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica oncológica, que numa fase inicial se dedicou ao uso das técnicas de linfografia (desenvolvidas desde os anos 30 por Álvaro Rodrigues, Sousa Pereira e Hernâni Monteiro, no Porto) e quimioterapia intra-arterial.

Mas enquanto a cirurgia se sedimentava, a radioterapia evoluíra, tendo-se tornado a segunda principal arma terapêutica, de eleição em cada vez mais casos.

4.2.2 – A radioterapia

A radioterapia é actualmente um método terapêutico que aproveita as propriedades das radiações, que podem ser infravermelhas, ultravioleta, raios X, raios gama, ou as emissões de rádio, cobalto 60 ou outros radionuclídeos. Mas quando falamos de radioterapia na primeira metade do século XX, convém distinguir dois momentos: um primeiro que fazia uso dos raios X, e outro que fazia uso das emissões de rádio (radium).

Por homenagem ao seu descobridor, William C. Röntgen, a aplicação terapêutica dos raios X ficou a ser conhecida por röntgenterapia, da mesma maneira que a aplicação do rádio foi denominada curieterapia, por homenagem a Pierre e Marie Curie. Ambos métodos ficariam a ser englobados na designação genérica de radioterapia, e é sob essa cobertura semântica que nos referimos no decorrer deste capítulo.

Os trabalhos sobre radiobiologia e a proliferação de aparelhos destinados a produzir ou dominar as radiações electromagnéticas de uso terapêutico, conduziu a uma rápida difusão do uso dos raios X na prática médica. Quase de imediato, levaram também ao estabelecimento de um outro método de tratar a doença oncológica, destruindo-a sem intervenção directa, aproveitando a selectividade das radiações ionizantes para as células neoplásicas.

O desenvolvimento dos raios X enquanto elemento diagnóstico singular, aportou alguns dos mais significativos aparelhos tecnológicos em uso na prática médico. Foi introduzido em quase todas as especialidades, incluindo a ortopedia, a medicina interna, neurologia, gastroenterologia, cardiologia, e, por inerência do cancro a todas as especialidades, incluindo à oncologia. Uma especialidade nova foi instituída, cujos

praticantes dependiam mais do seu equipamento radiológico do que os médicos de outras especialidades.

No início do século XX, pouco tempo depois da radiação X começar a ser utilizada para diagnóstico e tratamento, constatou-se mais tarde que esse método tanto podia causar cancro, como curá-lo. As perspectivas dos pioneiros da radioterapia não conduziram a resultados satisfatórios imediatos do ponto de vista clínico. Os efeitos da radiação eram também desconhecidos. Para muitos dos primeiros radiologistas, não era incomum que estes usassem a pele dos seus próprios braços para testar a potência da radiação utilizada nos aparelhos de röntgenterapia, aferindo a dose que produzia um eritema cutâneo que se assemelhava a uma queimadura solar. Chamavam-lhe a “dose do eritema,” e era considerada a adequada para determinar a dose diária de radiação. Muitos desses médicos desenvolveram mais tarde leucemia.⁷⁵⁵

A leucemia foi igualmente uma das doenças primeiramente testadas para o uso dos raios X, patologia que até então se considerava como irremediavelmente mortal. Tanto nos EUA como na Europa, a aplicação de raios X na região esplénica, no esterno e nas epífises dos ossos longos, permitiu obter alguns resultados animadores, que pressagiavam os benefícios posteriores desta promissora técnica terapêutica.

O uso de tais técnicas em Portugal não foi imediato, apesar das vantagens terapêuticas referidas na literatura científica da época. O primeiro gabinete de radiologia foi estabelecido em Lisboa, no Hospital Real de S. José, por Feyo e Castro. A clínica privada levou a dianteira, de tal modo que a radiologia também era praticada no Instituto Pasteur do Porto, onde uma das suas três secções estava dedicada exclusivamente aos raios X.⁷⁵⁶ Em 1902 seria a vez de Coimbra, em contexto universitário, desta feita por António Pádua.

Uma análise da publicidade nos periódicos médicos de início do século permite encontrar algumas (muito poucas) instalações de raios X, inseridas no contexto da medicina privada. É o caso do *Instituto Dermotherapico do Porto*, dirigido por José Joaquim Vieira Filho, que entretanto complementara a sua formação em Paris e Viena. Em 1904, as poucas instalações de röntgenterapia que existiam resumiam-se na sua

⁷⁵⁵ Sendo actualmente enquadrável na categoria dos tumores líquidos, a leucemia nem sempre foi considerada doença oncológica. Em 1929, figurava ainda no rol das doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos. Cf. *Nomenclaturas nosológicas das causas de morte adoptadas pela Convenção Internacional de 1929*, anexa à Portaria nº 6 983, de 12 de Dezembro de 1930.

⁷⁵⁶ O Instituto Pasteur, fundado em 1896, dispunha de três secções: preparação de soros, análises e raios X. Cf. “O Instituto Pasteur do Porto.” *Medicina Moderna* (1909), p. 25.

quase totalidade à clínica privada. O número de técnicos com formação na área era ainda exíguo, e na região norte a inexistência de equipamentos desta natureza em contexto hospitalar constituía motivo de desabafo:

“ (...) a radiotherapia, que se tinha já acreditado triunphantemente no tratamento de certas doenças cirurgicas, principalmente nos epitheliomas, vae estendendo cada vez mais as suas indicações. Chega a ser vergonhoso que o Hospital de Santo António, [Porto] que tem de acudir á população d`esta cidade e a grande parte da dos districtos do norte do paiz, não possua ainda uma installação de raios X, nem de phototherapie.”⁷⁵⁷

O Hospital de Santo António no Porto não veria tal equipamento senão em Abril de 1908, pela mão de António d`Andrade Júnior, com a inauguração do Gabinete de Radiologia e Radioterapia.

Para todos os efeitos, era uma área ainda demasiadamente nova, cujo futuro promissor dependia de uma maior sedimentação e aferição das metodologias empregues. Em 1907, no primeiro tratado de radioterapia francês reconhecia-se que se tratava com um agente que se conhecia mal (radiações), uma doença de que nada se sabia (o cancro).⁷⁵⁸ O impacto das inovações radiológicas na clínica médica não foi uniforme. Se na Suécia e nos EUA se estabeleceram de imediato centros que combinavam a pesquisa experimental e actividade terapêutica, na Alemanha várias equipas de cirurgia estabeleceram uma colaboração estreita com os radioterapeutas, ao passo que em França a radioterapia permaneceu como uma disciplina quase exclusivamente teórica e de investigação laboratorial, apesar de ser utilizada em dermatologia. Mas foi neste último país que se produziram os maiores avanços em matéria de radiações.

De um modo algo empírico, mas com base na experimentação animal e na observação clínica, assiste-se durante os primeiros 30 anos do século XX a um aperfeiçoamento das técnicas de irradiação tumoral, em particular no Institut Curie em Paris, instituição que se torna a referência mundial nesta matéria, e cujos estudos eram

⁷⁵⁷ Cf. as diferentes experiências internacionais referenciadas em “Notas terapêuticas. Os raios X na leucemia e na pseudo-leucemia.” *Porto Médico*. 1º Ano. Nº 8 (1904) pp. 305-306.

⁷⁵⁸ Cf. TUBIANA, Maurice – *Radiothérapie*. In LECOURT, Dominique (dir.) – *Dictionnaire de la Pensée Médicale*. PUF : Paris, 2004, p. 942.

seguidos muito de perto por toda a parte e também em Portugal. Com o passar do tempo e a multiplicação das experiências, confirmou-se sensibilidade de uma célula para a irradiação é tanto maior quanto maior é o seu poder reprodutivo; a acção dos raios X manifesta-se com tanta ou maior intensidade quanto mais indiferenciadas se encontrassem as células, i.e, quanto menos específica seja a sua morfologia e a sua função definitiva. O emprego de doses fraccionadas de raios X ministradas ao longo de um espaço alargado de tempo, foi outra das inovações técnicas de origem francesa com aplicação imediata na terapêutica radiológica do Instituto.⁷⁵⁹

O uso da radioterapia, fosse ela röntgenterapia ou curieterapia, exigiu desde o seu começo uma complementaridade de esforços com a cirurgia, sem a qual os bons resultados iniciais da primeira (redução tumoral, diminuição da dor local, etc) podiam rapidamente ser votados ao fracasso. Para a radioterapia, a aliança com a cirurgia conferiu-lhe inicialmente um papel subsidiário, limitado nos primeiros tempos aos casos inoperáveis. Mas também possuía algumas contra-indicações, que nem sempre se mostravam fáceis de destringar. No caso do cancro, a associação de técnicas terapêuticas mostrou-se desde logo a melhor opção, afastando-se rapidamente as prerrogativas de exclusividade da prática médica de oitocentos. Chegara-se ao tempo da conjugação interdisciplinar de esforços. A bem das boas práticas, recomendava-se que *“O cirurgião não deve fazer sempre cirurgia, nem o radiotherapeuta radiotherapia, nem o médico sempre curetagem.”*⁷⁶⁰

O uso inicial do rádio em Portugal fez-se pela mão da iniciativa privada de alguns médicos, que obtiveram o dispendioso produto em doses mínimas, como foi o caso de Arantes Pereira, director do Instituto Pasteur do Porto que terá adquirido alguns decigramas por volta de 1903, utilizando-o em alguns estudos que realizou, mas também em aplicações dirigidas a patologias oncológicas, como nos mostra o testemunho de Francisco de Sousa em 1904, ao referir o uso da substância em epitelomas mamários, linguais e da região frontal, alguns previamente sujeitos à acção de raios X. Os resultados eram variáveis mas promissores.⁷⁶¹ Era o dealbar de uma nova era, de potencialidades aparentemente infinitas e potenciadora de estudos atrás de

⁷⁵⁹ Cf. os resultados da aplicação polifracionada de raios X em fibromiomas uterinos em NUNES, Irene – “A Roentgenterapia nos fibromiomas uterinos.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 10 (1938), pp. 351-366.

⁷⁶⁰ “Os perigos da radiotherapia nos epitheliomas da pelle.” *Porto Médico*. 3º Ano. Nº 1 (1906), p. 20.

⁷⁶¹ Cf. SOUZA, Francisco Mendonça Pinto de – *Breve estudo sobre o radio*. Porto: Typographia Minerva, 1904, p. XVIII e 73.

estudos, o que muito entusiasmou a aplicação algo indiscriminada do produto radioactivo em quase todas as patologias conhecidas:

*“Varias teem sido as experiências do radio applicado como agente therapeutico; impossível nos é citalas a todas, pois que os clinicos, desanimados com os antigos processos therapeuticos na cura de muitas doenças chronicas e seduzidos pelas maravilhosas propriedades do metal conjugal, phantasiavam já encontrar n'elle a esperança que se lhes havia apagado, ensaiando por isso a sua acção sobre todas ellas.”*⁷⁶²

O cancro não deixou de ser igualmente alvo de uma esmagadora quantidade de trabalhos, revelando potencialidades até aí inauditas. Mas se os efeitos terapêuticos do radium sobre os tumores eram conhecidos desde 1903, incluindo o seu particular poder analgésico,⁷⁶³ parece que no nosso país apenas começaram a ter aplicação terapêutica em maior escala desde 1912 nas dependências do Hospital de Santa Marta, no contexto do tratamento de doentes cancerosos na 1ª Clínica Cirúrgica.⁷⁶⁴ A aplicação do material radioactivo fez-se com recurso a rádio emprestado pela Casa Burnay, por intervenção directa de amigos pessoais de Gentil: Dr. Baltasar Cabral e Demoustier, para o que também contribuiu o apoio do filantropo Carlos Empis.

A aplicação em consultórios privados também surgiu, apesar das evidentes constricções associadas ao elevado preço do material radioactivo. Também sabemos que se procedeu ao uso ainda limitado e incipiente da radiumterapia no Hospital de Santo António, entre os anos 1908 e 1916, inserido num contexto mais lato que incluía as radiografias, radioscopias, rádio e radiumterapia e electroterapia.⁷⁶⁵ De acordo com uma dissertação de licenciatura de 1925, o seu uso na cidade do Porto acabaria por se alargar

⁷⁶² SOUZA, Francisco Mendonça Pinto de – *Breve estudo sobre o radio*. Porto: Typographia Minerva, 1904, p. 70.

⁷⁶³ “*Todos os autores concordam no extraordinário poder analgésico do radio, tão grande que às vezes basta uma só applicação para calmar as dôres intoleráveis do cancro.*” In LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 449.

⁷⁶⁴ Cf. as afirmações de Gentil a este respeito, em GENTIL, Francisco – “O Instituto Português do Cancro” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), pp. 12-13.

⁷⁶⁵ Cf. CARVALHO, Luis de – “As origens da Radiologia no Hospital Geral de S. António” *Arquivos do Hospital Geral de Santo António*. 2ª Série. Vol. 1. Nº 1 (2005), p. 29.

ao hospital privado do Terço durante essa década, em semelhança com o hospital da Misericórdia.⁷⁶⁶

Como se pode verificar pela existência de publicidade em revistas de grande divulgação, como era o caso da *Ilustração Portuguesa* a partir de 1918, as possibilidades terapêuticas apresentadas eram vastas, mas a tónica era sempre colocada ao nível das doenças oncológicas. (Ver figura 12) A aura curativa que nessa altura envolvia o radium, também era habitualmente utilizada na publicidade de algumas águas minerais portuguesas, ávidas por fazerem valer os hipotéticos poderes curativos da radioactividade contida no seu produto natural.⁷⁶⁷

Medico DECIO FERREIRA

Tratamento e cura pelo **RADIUM** do **cancro** (Eptellomas, sarcomas e carcinomas). Cancroides. Queloides e cicatrizes viciosas. Anglomas. Nevos vasculares e pigmentares, *manchas de vinho*. Tuberculose cutanea, mucosa, ossea, ganglionar e articular. Pruridos, névrodermites, acne, eczemas. Fibromas e hemorragias uterinas. metrites. Uretrites cronicas. Blenorragia e suas complicações
Manifestações terciarias da sífilis, etc



Antes **Depois**

Raios X e electricidade na gota, reumatismo, coração, pele, nevralgias, paralisias, tumores, etc.

Consultorio: **Rua Garrett, 61, 1.º (Chiado)** — Telefone 2.570, LISBOA

⁷⁶⁶ Cf. PINTO, João Victor de Macedo – *Generalidades sobre a Curietherapia do Cancro*. Tese de Doutoramento. Porto: Typographia Central, 1925, p. 18.

⁷⁶⁷ Cf. a publicidade à água do Alardo na *Ilustração Portuguesa*. IIª Série. Nº 550 (4 de Setembro de 1916), p. 202.

Figura 12 — Publicidade ao tratamento de múltiplas afecções através do rádio em consultório médico (1918). **Fonte:** *Ilustração Portuguesa*. IIª Série. Nº 641 (3 de Junho de 1918), p. 2.

Os primeiros trabalhos publicados sobre o uso do radium versaram exactamente o tratamento do cancro e desde o início se tornou evidente que os resultados variavam, de acordo com a dosagem e o tipo de tumores tratados. A diminuição tumoral era mais evidente em tumores de evolução rápida e parecia que as emanações de rádio se manifestavam sobretudo sobre células novas e de mais célere crescimento; nas células de crescimento mais lento, a acção do rádio mostrava-se diminuta, especialmente se se encontrassem rodeadas de tecido fibroso.

Os reflexos destes estudos faziam-se directamente nos periódicos médicos portugueses, que acompanhavam com interesse a evolução do uso desta técnica terapêutica.⁷⁶⁸ No seguimento de experiências realizadas com brometo de rádio em coelhos, em 1906 Schuking aplicou o mesmo agente terapêutico ao tratamento de um caso humano de cancro uterino inoperável, com resultados muito positivos e encorajadores da aplicação da braquiterapia. Os ecos dos resultados desta experiência correram rapidamente em todas as comunidades médicas europeias, pela sua natureza inovadora e altamente promissora. A descrição da metodologia utilizada era feita pela imprensa médica, com todo o pormenor:

*“A enferma, de 56 anos de idade, apresentava ao fundo da vagina uma massa dura, ulcerada no centro por degeneração saniosa, e a neoplasia tinha invadido parte da pelve. Schuking introduziu na vagina duas cápsulas de 1 e 2 miligramas de brometo de radium, fixando-as por meio de gaze iodoformada, renovada todos os dias. Ao mesmo tempo tinha o cuidado de mudar quotidianamente o ponto de aplicação do radium, e persistiu durante cinco semanas nas suas experiências. Ao cabo d`este tempo, demonstrou que toda a massa cancerosa fôra destruída n`uma profundidade de muitos centímetros; ao nível dos bordos do tumor esta destruição era total, e em seu logar appareciam outras granulações de bom aspecto, tendo cessado por completo a secreção cancerosa. Nove dias mais tarde, as partes restantes de granulações estavam cicatrizadas, e o resultado era bem superior ao que se obtem geralmente por raspagem e cauterização.”*⁷⁶⁹

⁷⁶⁸ Cf. “Publicações estrangeiras. Tratamento do cancro pelo brometo de rádio.” *Porto Médico*. 1º Ano. Nº 2 (1904), pp. 86-87.

⁷⁶⁹ “Influencia dos raios do radium sobre o cancro inoperavel – Schuking (Centralblatt für Gynäkologie)” *Porto Médico*. 3º Ano. Nº 6 (1906), pp. 184-185.

Sinal claro de tecnologia médica, o uso da radioterapia em Portugal foi simultâneo com o realizado em quase todo o mundo, em grande parte devido ao rápido alcance das publicações científicas no seio da classe médica, plasmando um sentido habitual de abertura à novidade e inovação. A especialidade médica que entretanto lhe estaria associada, a radiologia, formava a passos largos um corpo de saberes próprios, que lhe permitiriam reclamar para si a realização de práticas terapêuticas autónomas ou em parceria.

Em paridade com o rádio, os raios X também abriam janelas terapêuticas, mas foram sobretudo as diagnósticas que mais se evidenciaram no contexto científico português. No nosso caso, o uso dos raios X teve um impacto determinante no diagnóstico do cancro, mormente nos tumores cerebrais, problema em que se baseou o neurologista Egas Moniz ao querer colocar em evidência os vasos cerebrais desviados, comprimidos ou destruídos pela massa tumoral. Os resultados que publicou evidenciam uma especial atenção à doença oncológica, alavanca, aliás, de quase todo o seu trabalho ao longo dos anos 20.⁷⁷⁰ Após um ano de múltiplos ensaios experimentais em animais vivos, consegue aperfeiçoar em 1927 a sua técnica de angiografia cerebral, procedimento revolucionário para a imagiologia com base no raios X, e baseada na introdução de produto de contraste radiopaco. A técnica desenvolvida pelo futuro Prémio Nobel, utilizada pela primeira vez para detectar um tumor cerebral, foi descrita pelo próprio, com alguma emoção incontida:

“Naquela hora inesquecível, nessa tarde de 28 de Junho de 1927, todas as atenções se concentravam no exame da primeira arteriografia. E recordávamos com satisfação o trabalho dispendido, no alheamento de qualquer outra actividade mental; a condensação do pensar constante na realização de um programa pre-estabelecido que acabávamos de conseguir. No filme viam-se os vasos cerebrais, mas deformados, devido à presença do tumor. A carótida interna estava projectada para a frente, desfeito o sifão, tão nitidamente marcado nas arteriografias cadavéricas normais; o grupo sílvico deslocado na origem para a parte superior, mas podendo seguir-se, no seu percurso, as artérias que o constituem. Também as artérias cerebrais frontais, da parte externa do hemisfério, estavam bastante visíveis. Era mais do que uma promessa, era uma realidade feliz. Desde

⁷⁷⁰ Cf. o resumo de vários dos seu trabalhos em MONIZ, Egas – *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle*. Paris: Masson et Cie. Éditeurs, 1931.

aquele momento e depois do sucesso obtido, tínhamos a certeza – já não era presunção – de que se podiam ver as artérias cerebrais e notar as deformações produzidas pelas neoplasias intracranianas, podendo assim fazer a sua localização, o que devia concorrer para impulsionar a cirurgia cerebral, objectivo último do nosso estudo.”⁷⁷¹

Comentando estes trabalhos na Sociedade de Neurologia de Paris, Joseph Babinski (1858-1932) não deixou de afirmar que “As radiografias que Moniz acaba de apresentar são notáveis. Se as observações ulteriores estabelecerem definitivamente que as injecções às quais recorreu são inofensivas, todos os neurologistas ficarão reconhecidos ao nosso eminente colega por ter obtido um novo método que permite fazer a localização dos tumores intracranianos cuja sede é muitas vezes difícil de determinar.”⁷⁷² Com efeito, o uso da técnica desenvolvida por Egas Moniz permitiu clarificar radiologicamente a localização de tumores cerebrais, sobretudo os de pequenas dimensões, e a consequente melhoria do tratamento pela intervenção cirúrgica.⁷⁷³ Da mesma maneira se acreditava que o diagnóstico dos tumores ósseos pudesse ser aperfeiçoado pela mesma técnica, se bem que no início da década de 30 fosse ainda cedo para fixar regras a tal respeito, dada a escassez do número de observações entretanto realizadas.⁷⁷⁴

Apesar destes inegáveis avanços, o uso dos raios X como instrumento diagnóstico do cancro apresentava ainda muitas limitações. Se em 1930 se podia dizer que a radiologia possuía foros de “*poderosíssimo*”⁷⁷⁵ auxiliar na detecção do cancro ósseo, tanto nestes, como noutros casos, a distinção entre tumores benignos e malignos deveria

⁷⁷¹ MONIZ, A. Egas – *Confidências de um investigador científico*. Cap. VI, in *A primeira arteriografia no vivo*. Edições Ática, 1949, p. 64. Natural de Avanca, António C. de Abreu Freire Egas Moniz (1874-1955) foi médico neurologista e professor universitário em Coimbra. Foi um dos fundadores da Faculdade de Medicina de Lisboa em 1911. Descobriu a angiografia em 1927. Em 1935, vinte anos antes do advento dos psicofármacos, e em colaboração com Pedro Manuel de Almeida Lima (1903-1986), pensou e realizou a primeira leucotomia pré-frontal, abrindo caminho à psicocirurgia. Foi Prémio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949.

⁷⁷² MONIZ, A. Egas – *Confidências de um investigador científico*. Cap. VI, in *A primeira arteriografia no vivo*. Edições Ática, 1949, p. 87.

⁷⁷³ Cf. os casos relatados pelo próprio Egas Moniz em Março de 1930 na Academia das Ciências de Lisboa, reproduzidas in “Tumores cerebrais opacos aos raios X nos epilépticos.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 15 (13 de Abril de 1930), p. 137.

⁷⁷⁴ Cf. QUINTELLA, Luiz – “Patologia e diagnóstico dos tumores dos ossos.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 40 (5 de Outubro de 1930), p. 347.

⁷⁷⁵ CALDAS, J. Pereira; COSTA, G. da – “Considerações sobre o diagnóstico e classificação dos tumores ósseos.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 1 (5 de Janeiro de 1930), p. 1.

passar obrigatoriamente pela confirmação anátomo-patológica, sem a qual se poderiam cometer erros de diagnóstico crassos, comprometendo o sucesso do tratamento. Radiologicamente, havia casos em que o diagnóstico tumoral era evidente, mas noutros os raios X por si só eram insuficientes para a obtenção de um diagnóstico seguro, caso do cancro do pulmão, patologia que se tornava cada vez mais frequente, vindo entretanto a perder o seu carácter de afecção rara.

Como em tantas outras introduções tecnológicas na área da medicina, a radiologia funcionava como elemento diagnóstico por adição à observação clínica, e não por substituição, quando se pretendia efectuar um diagnóstico correcto. Mesmo assim estava indicada como método diagnóstico complementar, bem como ferramenta de tratamento – pelo menos paliativo – quando não existiam metástases. Da mesma maneira, se o tratamento pela röntgenterapia era eficaz em alguns tipos de neoplasias, noutros – caso dos sarcomas – estava muito longe de dar resultados satisfatórios, de tal modo que a cura radical do sarcoma pela radioterapia era uma raridade.⁷⁷⁶ Para todos os efeitos, a radiosensibilidade dos diferentes tipos de tumores era diferente, implicando um tratamento cuidadoso, muitas vezes experimental, com resultados tão variáveis quanto os métodos e as práticas dos médicos que as aplicavam:

“Há tumores cujas células são ultra-sensíveis às radiações, fundindo como manteiga, mesmo em poucas horas após uma aplicação de dose forte. E então a enorme inundação de toxinas e dos elementos residuais neoplásicos no organismo, a par de leucémia aguda, podem acarretar consequências rápidas e fatais. Outros são menos radiosensíveis; mas, quasi todos influenciados. (...) Mas havendo o receio de extrema rádio-sensibilidade e não podendo o diagnóstico clínico fornecer um ponto seguro de apoio para o cálculo da provável sensibilidade tumoral, há que orientar o tratamento com cuidado, em aplicações de pequenas doses iniciais de experiência, (...) não se cortando a possibilidade de se poder fazer depois um enérgico tratamento.”⁷⁷⁷

Mas era uma arma terapêutica sem paralelo, que podia fazer à distância aquilo que a cirurgia podia realizar apenas com uma intervenção invasiva, tantas vezes impossível.

⁷⁷⁶ Cf. TRINCÃO, Mário Simões – “Notas clínicas sobre um caso de sarcoma primitivo do mesentério.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLIX. Nº 9 (1 de Março de 1931), p. 76.

⁷⁷⁷ CALDAS, J. Pereira – “Tumor primitivo do pulmão.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLIX. Nº 30 (26 de Julho de 1931), p. 264.

Evitava as mutilações cirúrgicas, ou podia complementar o trabalho do bisturi, podendo torná-lo menos agressivo e até mais eficaz. Em termos paliativos, também podia ser contemplada como estratégia terapêutica de recurso, com efeitos muito positivos ao nível do controle da dor associada à compressão tumoral.

A aplicação da röntgenterapia profunda podia mesmo ser a única hipótese em alguns casos, vulgo o dos tumores da hipófise, feito através de uma técnica que se foi entretanto aperfeiçoando. Nos anos 30, reconhecia-se que neste caso o tratamento preferencial devia ser pelos raios X.⁷⁷⁸

A paridade da radioterapia face à cirurgia também se tornou mais evidente a partir da década de 30. Exceptuando alguns casos dermatológicos, onde se reconhecia um certo grau de eficácia desta especialidade até então complementar, os radioterapeutas permaneceram ainda sob o efeito da decisão suprema do cirurgião. A posição que poderíamos considerar marginal nas primeiras duas décadas do século XX, acabou por se diluir ao mesmo tempo que a mestria tecnológica se apurava e os procedimentos curativos da radioterapia se aferiam e sistematizavam. A partir daí, a colaboração interdisciplinar com a cirurgia tornou-se paritária na decisão terapêutica.

Com efeito, a radioterapia (röntgenterapia e curieterapia) ocupou progressivamente um lugar central na estratégia da luta contra o cancro, com consequências directas em matéria de pesquisa, inovação técnica e de estruturas hospitalares. Se por um lado o Estado fez esforços no sentido de estimular as pesquisas científicas através do Instituto, o essencial do financiamento foi colocado no apetrechamento dos equipamentos necessários ao tratamento directo da doença, e do qual se esperavam resultados imediatos, de acordo com o elevadíssimo investimento realizado.

Os estudos sobre radioactividade entretanto realizados por Manuel Valadares em Genebra, Paris e Turim entre 1929 e 1930, serviram o triplo propósito de se adestrar na montagem e funcionamento de uma instalação de colheita de radão e preparação de agulhas contendo esse gás, ao mesmo tempo que tomava conhecimento dos processos de medições radioactivas e das técnicas para a preparação de aparelhos contendo quer radão, quer rádio.⁷⁷⁹ A aferição dos procedimentos foi assunto que obrigou à criação de

⁷⁷⁸ Cf. DIAS, V. Sobral – “Quelques considérations sur les résultats éloignés du traitement roentgénéthérique des tumeurs de l’hypophyse.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 30 (23 de Julho de 1933) pp. 191-195.

⁷⁷⁹ Cf. VALADARES, Manoel José Nogueira – “Colheita e preparação do radão. Instalações técnicas. Relatório dos estudos sobre Radioactividade realizados em Genebra, Paris, Turim, de Novembro de 1929 a Julho de 1930.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 2 e 3 (1930), pp. 247-277.

tabelas próprias, que passaram a funcionar como elementos práticos de referência.⁷⁸⁰ Exigia-o a aferição e padronização das técnicas empregues no Instituto, mas também a preparação dos meios de radioterapia a utilizar no edifício que se preparava para entrar em funcionamento: o Pavilhão do Rádio.

A face mais visível do investimento da luta contra o cancro nos anos 30 foi o Pavilhão do Rádio, completado em 1933, e readaptado conforme as progressivas necessidades em termos de equipamentos. Mas a aplicação de radium em Portugal é muito anterior a essa data. Começou em 1912, no serviço do hospital escolar (Hospital de Santa Marta) sob a direcção de Francisco Gentil, com a colaboração do especialista em curieterapia Francisco Bénard Guedes. Utilizado quer em aplicações externas quer em rádio-cirurgia, os resultados eram variáveis, mas genericamente muito promissores. O sentimento expresso por Francisco Gentil reflecte os sucessos e reveses tão costumeiros quando se trilham caminhos ainda experimentais: “(...) *se obtivemos resultados impressionantes pelo êxito, casos houve que nos deixaram fortemente abalados quanto ao crédito do rádio como auxiliar terapêutico no tratamento do cancro.*”⁷⁸¹ Não existiam protocolos padronizados. Utilizavam-se as metodologias aprendidas por Bénard Guedes inicialmente em Gif, fazendo uso de técnicas de aplicação de material radioactivo em que a protecção dos profissionais e dos doentes não estava ainda definida e estabelecida por normas rígidas internacionais. O aperfeiçoamento fazia-se não só através de experimentação própria, mas também pela participação em congressos e encontros científicos europeus, eventos que nos anos 20 e 30 foram frequentados pelos principais colaboradores do Instituto, e em particular nos domínios da radioterapia, com o apoio da Junta de Educação Nacional.⁷⁸²

Ainda em 1927, quinze anos depois da introdução da curieterapia em Portugal, ao abrirem as primeiras instalações de Palhavã, ainda não tinha sido prevista a gravidade das consequências resultantes da ausência de protecção para os funcionários. Sem protecção geral, fazia-se apenas uso da protecção individual, considerada na altura suficiente para evitar as dermatites radiógenas.

⁷⁸⁰ Cf. FERREIRA, Amorim – “Tabelas para aplicação do radão.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 6 Nº 3 (1934), pp. 531-538.

⁷⁸¹ GENTIL, Francisco – “O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº36 (23 de Setembro de 1933), p. 261.

⁷⁸² Cf. GUEDES, Francisco. Bénard – “Relatório enviado ao Exmo Sr. Presidente da Junta de Educação Nacional” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 2 e 3 (1930), pp. 278 – 299.

O uso de radium continuou a fazer-se no IPO, com a inauguração do Pavilhão A em 1929 sob a direcção de Bénard Guedes, tendo posteriormente transitado para o novíssimo Pavilhão do Rádio em 1933, com a consequente melhoria no rendimento do trabalho, fruto das novas instalações, especificamente preparadas para o efeito, e com a questão da protecção já devidamente sanada.

No início da década de 1920, as técnicas de radioterapia registaram diferentes avanços, melhorando a sua eficácia: por um lado, a curieterapia, com o aperfeiçoamento das agulhas de rádio permitiram introduzir a fonte de irradiação nos tecidos tumorais; por outro, a röntgenterapia penetrante, assim chamada porque o afastamento da fonte de irradiação tornava possível a destruição de tecidos cancerosos profundos sem provocar tumores cutâneos. Contudo, estas inovações tiveram um custo sem paralelo. O radium negociava-se a preços astronómicos, que a tornavam na substância mais cara conhecida até então. Em 1933, era comercializado a 1 600 contos por grama, valor de custo que o IPO suportou por cada um dos dois gramas que possuía nessa data. A natureza preciosa do radium e a sua escassez foram factores importantes na centralização da radioterapia a vários níveis. Aos 1 800 mg de rádio inicialmente disponíveis, juntaram-se-lhe em 1934 mais 500 mg de radão, valor que mesmo assim era ainda considerado insuficiente.

Se bem que era prática habitual os responsáveis do IPO referirem que a dose era pouco menor do que a necessária ao número crescente de tratamentos, o volume de material radioactivo disponível era, de facto, consentâneo com as necessidades do Instituto. Nos finais dos anos 20, era inclusivamente igual ao do Centro de Villejuif em Paris, e bastante superior ao que se encontrava disponível na maior parte dos centros alemães para a mesma época.⁷⁸³

O mesmo já não sucederia em finais da década de 30, altura em que o aperfeiçoamento da aplicação do rádio à distância exigia o emprego de muitos gramas do produto. Em 1939, o mesmo centro parisiense dispunha já de 7 gramas, e havia

⁷⁸³ Em 1928 o Centro de Villejuif, em Paris, dispunha de 2 gramas de radium. Cf. este e outros valores de radium disponíveis nos vários centros anti-cancerosos franceses para mesma data in PINELL, P. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Éditions Métailié, 1992, p. 332. Para a mesma data, muito poucos centros alemães dispunham de mais de uma grama, cf. ATHIAS, M.; RAMOS, C. – “Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 2. Nº 1 (1930), p. 108. Muitos centros norte-americanos também se debatiam com o problema da quantidade de produto disponível, tanto mais que até 1945 a maior parte das áreas produtoras estavam sob o controle directo de potências europeias.

hospitais onde esse valor chegava aos 10 gramas de rádio. Nessa altura o preço da grama rondava umas exorbitantes 6 000 libras esterlinas.⁷⁸⁴

Esta dimensão económica do tratamento colocava questões novas. Os valores de um tratamento adequado eram proibitivos para o cidadão comum. O tratamento dos doentes pobres, maioritários na população portuguesa, mais do que um problema sanitário, tornou-se num problema político. Com efeito, a organização, à escala nacional da luta contra o cancro não era possível sem o financiamento do Estado. A implementação de uma rede de estruturas especializadas exigia-o, e o financiamento do IPO passou por este problema, com consequências directas ao nível da autonomização da radioterapia como especialidade médica. Em institutos anticancerosos centralizados, como era o caso português, cirurgias e radioterapeutas foram mais ou menos forçados a uma cooperação diária.

Os planos de equipamento concebidos no início dos anos 20 tinham definido os seus objectivos em função das técnicas de radioterapia então em curso. Nessa altura, aquando da fundação do Instituto em 1923, o estabelecimento anti-canceroso padrão era uma estrutura hospitalar com 100 ou menos camas, com secções de röntgenterapia penetrante, dispondo de um a dois gramas de radium fraccionado para a curieterapia. A ideia prevalente no projecto de Francisco Gentil, era a de um investimento financeiro progressivo e cumulativo feito pelos poderes públicos e privados, que a seu tempo cobriria todas as necessidades do país em termos de tratamento dos afectados pela doença. A aquisição da tecnologia afecta à terapia pelas radiações seguiria o mesmo caminho.

Mas esta estratégia de equipamento pressupunha a estabilidade das técnicas de radioterapia a médio prazo, o que não sucedeu. A situação altera-se quando em 1925 se aperfeiçoa a telecurieterapia na Fondation Curie de Paris. O novo método, reconhecidamente eficaz, estava baseado nas propriedades da irradiação do radium à distância, pelo uso de “bombas” contendo entre 4 a 5 gramas de produto radioactivo. O exemplo francês era a norma seguida, ou não tivesse sido nesse país que se tivessem formado a maior parte dos médicos encarregues da radioterapia do IPO:

“Presentemente, cada um arma-se segundo as suas possibilidades. No Centro Anticanceroso de Lille, onde dispomos de uma provisão importante de rádio, nós estaremos dentro em breve na posse dum aparelho contendo 4 gramas e doutro contendo 2 gramas

⁷⁸⁴ Cf. “A propósito do rádio.” *Boletim do IPO*. Vol. 6. Nº 12 (1939), pp. 6-7.

*de rádio (...) O aparelho de Madame Laborde, no Centro de Villejuif, é formado por uma bomba de chumbo que pesa 400 quilogramas e que contém 4 gramas de rádio.*⁷⁸⁵

Nos anos seguintes, a invenção da radioterapia ultra-penetrante revolucionou de novo a röntgenterapia. Esta técnica tornou-se possível graças ao fabrico de geradores de electricidade de muito alta voltagem (800 000 volts) e de tubos de radioterapia capazes de debitar mais de 600 000 volts. Nos anos 40, eram um assunto de grande discussão, e fonte de esperança renovada:

*“Os raios X estão em efervescência. As ampolas de 200.000 volts tornaram-se insuficientes; existem, agora, em França, mais aparelhos de 300.000 volts, e fala-se já de 400.000, de 600.000 e mesmo de um milhão de volts. Isto é duma enorme importância porque a acção dos agentes físicos depende directamente do seu potencial de irradiação.”*⁷⁸⁶

O volume da aparelhagem e os tubos de grande dimensão, que pesavam até duas toneladas, necessitavam da construção de locais especiais e de arranjos complexos que permitissem a sua manipulação. Nestas novas circunstâncias tecnológicas, as condições específicas de operação dos equipamentos de radioterapia condicionou e estimulou o estabelecimento de institutos centralizados para o tratamento do cancro, em paridade com a pesquisa oncológica. Em países como a França, Inglaterra, Suécia e EUA, esses centros anticancerosos já tinham sido estabelecidos nas primeiras décadas do século XX, maioritariamente apoiados por donativos privados.

No nosso caso, o Instituto Português de Oncologia seguiu os mesmos princípios, e, tal como os demais centros, reavaliou e reorientou a sua política terapêutica de acordo com as novas premissas tecnológicas da radioterapia obtidas nos anos 20, 30 e 40. Se o equipamento anticanceroso tinha colocado questões económicas desde o início, as bombas de rádio e a radioterapia ultra-penetrante introduziram uma mudança de escala económica, que representava um problema acrescido aos poderes públicos, com repercussões evidentes nas políticas de saúde do Estado face ao cancro.

Era necessário contornar os problemas do financiamento e aplicar as novas e mais dispendiosas tecnologias. Sendo uma instituição ligada ao mundo universitário, criada

⁷⁸⁵ “O problema do cancro” *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 8 (1940), p. 4.

⁷⁸⁶ “O problema do cancro” *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 8 (1940), p. 3.

com um triplo objectivo da investigação, ensino e assistência, o IPO distinguia-se, em parte, de outros centros anti-cancerosos europeus. Pela sua natureza centralizadora da luta contra o cancro, e portanto, de pendor mais generalista, tinha um papel menos produtivo que o ocupado por outros centros nos domínios da pesquisa e experimentação terapêutica. Mas em termos de tratamento, tinha de dar resposta às crescentes necessidades. Gentil saiu em defesa da aplicação destes métodos terapêuticos, referindo as consequências que daí poderiam advir em caso de desinvestimento público na matéria. Para todos os efeitos, a medicina científica associada à oncologia requeria investimentos que o Estado português não podia suportar se não concentrasse meios. E essa concentração fez-se no IPO, mercê de apoios estatais que viabilizaram a concentração do radium que era possível adquirir, e que cada vez mais estava longe de poder ser financiado por instâncias de ordem filantrópica.

Se em termos económicos a concentração do radium disponível numa única instituição foi benéfico, foi-o ainda mais em termos científicos para o Instituto, que pôde dispor dos mais avançados meios de tratamento radiológico desde o momento em estes se tornavam disponíveis.

Mas este processo não foi imediato. Ao contrário de países como a França, o Reino Unido, ou em especial a Alemanha,⁷⁸⁷ que viram o investimento em radium disperso por diversos centros, o domínio da prática cirúrgica no IPO contribuiu inicialmente para manter a radioterapia numa posição terapêutica complementar, anexa à cirurgia, mas com a vantagem de estar concentrada num único estabelecimento. A nível interno, a actividade deste sector fazia-se de uma forma algo dispersa, dividida entre a Radiologia Convencional, a Curieterapia Ginecológica (a cargo da ginecologia) e ainda a aplicação de radium intersticial, a cargo da Cirurgia. Era um trabalho de equipa, mas sempre umbilicalmente ligado à omnipresente cirurgia. Mas as possibilidades terapêuticas proporcionadas por equipamentos mais e mais potentes foi sempre aproveitada e introduzida na prática diária do IPO, desde o momento em que ficava demonstrada a sua real eficácia.

Neste sentido, disponibilizaram-se as somas necessárias à introdução de bomba de radium e ao financiamento das pesquisas sobre o cyclotron, futura etapa da radioterapia, mas numa fase já posterior à 2ª Guerra Mundial.

⁷⁸⁷ Sobre o caso alemão, particularmente descentralizado e institucionalmente conflituoso no uso da radioterapia veja-se HELVOORT, Ton Van – “Scalpel or Rays? Radiotherapy and the Struggle for the Cancer Patient in Pre-Second World War Germany” *Medical History*. 45 (2001), pp. 33-60.

Desde os anos 20 e até aos anos 50, o tratamento oncológico fazia-se maioritariamente em associação terapêutica, com recurso a diferentes métodos de intervenção. No IPO, a radioterapia, fosse ela a curieterapia e/ou a röntgenterapia, eram quase sempre associadas à cirurgia, aplicadas antes ou depois do acto cirúrgico:

*“Quando a lesão não é do domínio da cirurgia, podem ainda associar-se no seu tratamento os raios X e o rádio, ou então duas modalidades dos raios X como, por exemplo, a Roentgenterapia profunda e o método de Chaoul, este em determinada lesão ulcerada e superficial, e aquela num grupo ganglionar profundo.”*⁷⁸⁸

Regra geral, esta associação de métodos conferia resultados superiores aos obtidos pelo emprego isolado de cada um, ao tornar possível utilizar as vantagens de cada um dos diferentes tipos de tratamento sobre as localizações primitivas e secundárias dos carcinomas, variando igualmente a acção terapêutica com a sensibilidade celular e todos os demais elementos que faziam variar tanto o prognóstico como o tratamento.

Ainda nos anos 30 procedeu-se à introdução e estreia de outros métodos e/ou variações da aplicação dos raios X: teleröntgenterapia e método de Chaoul.

A teleröntgenterapia, também conhecida por röntgenterapia à distância, era conhecida desde 1932 e foi usada pela primeira vez em Portugal no Instituto, acrescentando novas possibilidades terapêuticas a partir de 1937. Actuando sobre a totalidade ou sobre uma grande extensão do organismo, não visando a destruição do tumor à custa da energia absorvida por ele, mas procurando antes a sua “esterilização neoplásica”, pelas modificações do meio humoral, ou seja, a composição do sangue e outros líquidos do organismo. Visto mais como um método de tratamento geral e não local, tinha indicações precisas para ser utilizada apenas nos cancros generalizados, caso das metástases múltiplas ou das hemopatias oncológicas, como eram as leucemias, casos em que a cirurgia era inútil e/ou impraticável.⁷⁸⁹

O método e aparelhagem de Chaoul, desenvolvido para irradiar lesões superficiais ulceradas, pouco profundas e pouco extensas, foi igualmente usado no IPO desde 1937, e posteriormente avaliado como sendo particularmente vantajoso, sobretudo em ginecologia. Chegados a 1951, na véspera da introdução do tratamento pela bomba de

⁷⁸⁸ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 101.

⁷⁸⁹ Sobre a introdução e usos da Teleroenterapia no IPO, veja-se RAPOSO, C. Paiva; OLIVEIRA, Idílio de – “Teleroentgenterapia” *Arquivo de Patologia*. Vol. 9. Nº 2 e 3 (1937), pp. 215-332.

Cobalto, a terapêutica pelas radiações era garantida por 8 unidades de röntgenterapia profunda de 200.000 V cada, um aparelho de Chaoul, 2 gramas de rádio em tubos ou agulhas, 500 mg de radão, tendo-se adquirido ao Radium Belge mais 2,63 gramas de rádio, e prevendo-se para 1952 uma bomba de 30 gramas de rádio.⁷⁹⁰

O amadurecimento da radioterapia portuguesa teve no IPO um ambiente de subalternidade face à cirurgia, que mesmo assim não impediu – antes fomentou – a progressiva autonomização da especialidade quando as condições tecnológicas evoluíram. O progresso decisivo da radioterapia dar-se-ia depois da 2ª Guerra Mundial, graças à utilização de cobalto radioactivo - fabricado em reactores nucleares - e aos aceleradores de partículas. Se a energia dos raios X mal atingia 100 000 V no início do século, e os 200 000 V em 1930, passa para 1 000 000 V com o cobalto radioactivo e os 25 000 000 V com os aceleradores. Desde 1955-60, a irradiação dos tumores torna-se muito mais selectiva, incrementando consideravelmente a percentagem de cura.

Em Portugal, o acompanhamento destas tecnologias emergentes foi imediato, se bem que a introdução da cobaltoterapia tivesse sido muito ponderada, e não fosse isenta de dúvidas.⁷⁹¹ Mesmo assim, em 1958 é instalada no IPO a primeira Bomba de Cobalto da Península Ibérica, no Pavilhão de Cobalto. O pavilhão passou a chamar-se Jaime Thompson em homenagem ao benemérito que suportou os custos da aquisição e instalação desse dispendioso equipamento, em paridade com a LPCC. É neste momento que se individualiza o Departamento de Radioterapia, serviço que no dizer de Silveira Botelho foi o local “(...) *por onde passaram, ao longo dos anos, quase todos os médicos que se dedicaram a esta especialidade.*”⁷⁹²

Muito se esperava da telecobaltoterapia, embora nessa altura não existisse ainda a experiência suficiente para determinar, com segurança, os seus efeitos curativos nos diferentes tipos de tumores. Mesmo assim, era indubitável o potencial terapêutico no domínio dos tumores profundos como os do esófago, brônquios, cérebro, útero, etc. A aposta nesta tecnologia continuou, seguindo-se em 1964 a introdução da Bomba de

⁷⁹⁰ Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº11-12 (1951), p. 22.

⁷⁹¹ Cf. as dúvidas e receios de Francisco Gentil face à comercialização de uma tecnologia ainda pouco testada e carente de aprovação noutros centros internacionais de referência, in “GENTIL, Francisco – “Como utilizar os serviços do IPO. II - Isótopos” *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 8 (1953), pp. 1-2.

⁷⁹² BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 78.

Césio, com uma potência de 2000 curies, numa altura em que a utilização deste isótopo contava pouco mais de quatro anos.

A sedimentação da radioterapia no contexto do centro anticanceroso português permitiu produzir afirmações tão adequadas em 1961 como o são hoje:

“O conhecimento cada vez mais perfeito das radiações, das suas condições físicas de difusão e de penetração, das suas acções específicas sobre os diversos tumores, o estudo físico da dosimetria das radiações, o conhecimento da dose tumor, das doses de radiações que actuam sobre os tecidos sãos, da acção das radiações, da distribuição das doses no espaço e no tempo, exigem do radiologista, ou melhor do radioterapeuta uma especialização absolutamente indispensável para a obtenção de resultados curativos e não uma terapêutica que pode ser prejudicial ao doente (...) Encarando ainda o a aspecto terapêutico das doenças oncológicas, pelo que diz respeito às radiações, afirmamos constituir este tipo de tratamento uma autêntica especialização dentro da própria especialidade, pois se assim não for esta utilíssima arma de defesa pode transformar-se num autêntico instrumento de agressão.”⁷⁹³

4.2.2.1 – Desafios de protecção e segurança

A radioterapia motivou igualmente regras muito próprias no respeitante à segurança dos seus utilizadores. A protecção dos funcionários do IPO relativamente às radiações, foi, aliás, matéria de contínua pertinência e visibilidade na imprensa médica. A protecção dos funcionários, nascida da observação de casos graves, foi beneficiada pelo ulterior conhecimento da acção do radium e da possível selectividade das suas radiações pela técnica de aplicação. Nos tempos iniciais da vida do Instituto chegaram a ter lugar alguns casos graves de acidentes provocados pela exposição ao radium, mas o seguimento dos que trabalhavam nessa secção, feita com recurso a análises sanguíneas periódicas, permitiu evitar a existência de casos mortais.

Em 1928 trabalhava-se no IPO com protecção insuficiente, mas fazia-se o exame sistemático do sangue daqueles que manipulavam o radium.

“Todo o pessoal que privava mais de perto com estes doentes era submetido a análises de sangue periódicas, e isso permitiu verificar o aparecimento de anemias, em médicos,

⁷⁹³ *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 5 (1961), p. 13.

*no pessoal auxiliar e até numa preparadora que fazia longo estágio em sala próxima daquela em que permaneciam os doentes com rádio. A situação do pessoal agravava-se, a acção à distância das radiações emitidas pelos aparelhos aplicados aos doentes era comprovada pela alteração que os objectos de vidro sofriam, pela acção exercida sobre os silicatos, e a Comissão Directora foi obrigada a suspender os tratamentos pelo rádio.*⁷⁹⁴

Como resultado das análises efectuadas, introduziram-se algumas mudanças: transferiu-se pessoal auxiliar, afastaram-se dois médicos desse serviço, e em Dezembro de 1930 a secção do rádio foi encerrada até se obter junto dos poderes públicos os meios financeiros adequados à resolução do problema. Foram desde logo suspensos os tratamentos, até se poder isolar os doentes e funcionários em condições de segurança contra as irradiações secundárias. Se bem que o Governo tivesse financiado pouco depois a imediata construção de um estabelecimento para conservação do radium através de 300 contos provenientes do Ministério do Comércio, a questão da protecção contra as radiações permaneceu no cerne das preocupações dos responsáveis do IPO.

Mais do que proporcionar um impacto terapêutico, este ramo da medicina veio reforçar a necessidade de protecção especial dos profissionais de saúde. Pelos efeitos nefastos que podia provocar nos seus utilizadores, esta tecnologia teve repercussão na produção legislativa destinada à protecção laboral dos técnicos que trabalhavam na sua dependência directa. Em meados da década de 1930, pouco tempo depois da inauguração do novíssimo Pavilhão do Rádio (1933), surge a proposta legislativa sobre acidentes de trabalho, que incluía no quadro das doenças profissionais as investigações sobre as substâncias radioactivas e raios X nos laboratórios, as aplicações de raios X nos gabinetes médicos e dentários, casas de saúde e institutos anticancerosos.⁷⁹⁵

Isso não significa que se tivessem introduzido atempadamente medidas profiláticas nesta área, e a prová-lo está o cuidado posto na elaboração das protecções das estruturas do Pavilhão do Rádio, numa altura em que imperava um desconhecimento sobre os efeitos do radium, até mesmo pela própria classe médica. Em 1936, a alusão publicitária a produtos com radioactividade como a tonificante e terapêutica “*Agua Radium*” de Caria, – “*A única até hoje conhecida que mais rádio contém em dissolução,*

⁷⁹⁴ “O rádio no Instituto.” *Boletim do IPO*. Vol. 1. Nº 1 (1934), p. 2.

⁷⁹⁵ Cf. *Diário das Sessões*. Nº 50, Ano 1935, de 10 de Dezembro, p. 32.

conservando a sua radio-actividade por tempo indefinido” –, estava presente em vários números do periódico *A Medicina Contemporânea*, sendo esclarecedora da ausência de informação sobre os potenciais efeitos nefastos da radioactividade, mesmo em contexto médico.

Também o efeito potencialmente nefasto das radiações era sobejamente negligenciado pelos próprios médicos. Muitos dos que faziam uso regular de aparelhos de raios X na clínica privada viram amputados os dedos das mãos ou algumas das extremidades dos mesmos, fruto de radiodermites. Ao relembrar Carteado Mena, um dos pioneiros do uso dos raios X na cidade do Porto, António Coimbra recorda-nos esse mesmo aspecto:

*“Pessoalmente dele me recordo por me ter tratado em criança, por volta de 1936, (...) A mim e aos outros miúdos que então aguentaram com as injeções, impressionou-nos o facto de o Dr. Carteado Mena exhibir mutilações em vários dedos das mãos, fruto dum labor radiológico de perto de 40 anos.”*⁷⁹⁶

Em 1939, era o próprio administrador Mário Neves quem reconhecia o carácter insalubre do trabalho com radiações, pelo que se requisitava ao Governo um quadro legislativo mais apertado nas medidas de protecção, capaz de impor normas concretas de defesa do pessoal mais sujeito a tão perigoso trabalho, quadro esse que passaria pelo aumento do pessoal, de modo a reduzir os tempos de exposição:

*“A dedicação do pessoal, que nunca será demais exaltar, pois que por vezes tem o carácter de verdadeiro sacrifício, tem, porém, limites naturais e não é com ela que se poderá suprir o esgotamento físico que resulta do meio insalubre em que se vive, em certas secções do Instituto. (...) Conseguido o reconhecimento da justiça das reclamações, o Instituto obteve também a promessa de promulgação dum decreto que virá, em grande parte resolver o problema, pois estabelece normas concretas de defesa do pessoal sujeito ao perigo das radiações.”*⁷⁹⁷

⁷⁹⁶ COIMBRA, António – “A modernização da medicina portuense na primeira metade do século XX (continuação)” *Norte Médico*. Nº 38 (Janeiro-Março de 2008), p. 30.

⁷⁹⁷ PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, pp. 28.

Nos anos 40 era ainda inexistente um quadro legislativo nacional capaz de funcionar como elemento profilático do cancro das radiações. Este aspecto foi sublinhado por Marck Athias, num discurso eivado de profilaxia do cancro profissional, a par de algum desencanto com a morosidade legislativa na matéria:

*“O cancro das radiações tem sido cruel para os médicos e para os seus auxiliares directos, e embora as precauções derivadas dos conhecimentos actuais reduzam o perigo, deveria adoptar-se a lei, noutros países existente, de todo esse pessoal só trabalhar 5 horas por dia, 5 dias por semana, 5 meses por semestre. Seria isso possível entre nós? Mas o uso de substâncias fracamente radioactivas na indústria e na medicina, tanto no diagnóstico como na terapêutica, acarreta perigos já hoje bem demonstrados e a que é forçoso atender. (...) Não merece a pena insistir mais sobre estas modalidades de profilaxia do cancro porque, se muitas neoplasias se evitam pelo difundir de conhecimentos, muitas outras só com medidas legislativas se podem afastar.”*⁷⁹⁸

Com base nos conhecimentos médicos de então, a legislação dos anos 30 acabaria ser o pródromo de outras medidas, estas de segurança mais apertada, quando em 1946 Hermann Joseph Muller demonstrou a acção mutagénica dos raios X.

A prevenção do cancro passava também pela protecção daqueles que directamente trabalhavam com material radioactivo, assunto que teve no IPO um dos estabelecimentos mais activos na delimitação de metodologias de protecção dos seus funcionários.

4.2.3 – A quimioterapia

A quimioterapia citostática consiste na utilização de substâncias químicas com actividade citotóxica, com o objectivo de tratar doentes com doença oncológica. Pretende-se assegurar que cada célula tumoral seja destruída, pela exposição a um fármaco, em tempo e dose suficiente para a destruir. Actualmente, são mais de sessenta os agentes quimioterapêuticos utilizados.

Em certa medida, a história da descoberta de medicamentos anti-cancerosos reflecte uma evolução que passou das abordagens empíricas, baseadas no teste de substâncias seleccionadas ao acaso que pudessem ser activas contra o cancro visível nos seres

⁷⁹⁸ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 105-106.

humanos, testando-se mais tarde as mesmas substâncias em animais de laboratório, como aconteceu no caso da leucemia nos murganhos.⁷⁹⁹ Daqui se passou para outra mais corrente, focada no teste de produtos naturais, agentes sintetizados ou produtos biológicos, reconhecidos como activos contra tipos de cancro humano bem definidos, alvos moleculares ou ambos.

Em 1846, Walshe, professor de anatomia patológica do University College em Inglaterra, admitia que não se possuía qualquer medicamento específico para a cura do cancro, ou mesmo para modificar a sua marcha, mas nenhuma razão havia para não admitir que algum dia se viesse a encontrar um. Se bem que desde meados do século XIX e ao longo do século XX continuassem a surgir outras propostas terapêuticas baseadas em regimes dietéticos específicos, vitaminas, enzimas, hipertermia induzida ou compostos tópicos, esses métodos nunca chegaram a constituir alternativas curativas globalmente aceites pela classe médica, nem aplicados em larga escala pelos centros anticancerosos.⁸⁰⁰

O teste experimental de substâncias recentemente obtidas era prática habitual, como aquele que aconteceu com o soro antidiftérico em finais do século XIX: mal se sintetizou, foi desde logo testado tanto nos portadores da egrégia tuberculose, como nos que padeciam do emergente cancro.⁸⁰¹ Experimentavam-se compostos conhecidos, por vezes tentando aplicar ao cancro alguns já reconhecidamente eficazes contra outras doenças. O caso da quinina é um bom exemplo disso, utilizada e aconselhada por alguns médicos portugueses em casos de doentes cancerosos, pelo menos na primeira década do século XX,⁸⁰² mas tão ineficaz para o cancro quanto eficiente para a malária.

Os primeiros ensaios de uma terapêutica química anticancerosa parecem ter sido os de Henrich Lissauer (1861-1891) que em 1865 administrou a um doente leucémico o denominado licor de Fowler (arseniato de potássio), introduzido pelo médico inglês Thomas Fowler no século XVIII para o tratamento do paludismo. Mas este primeiro

⁷⁹⁹ Pequeno mamífero insectívoro, também conhecido por rato-musgo e musaranho. Cf. as entradas “Murganho” e “Musaranho” no *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora, 2003, p. 1148.

⁸⁰⁰ Sobre estas terapias alternativas veja-se FERRELL, Vance – *Alternative Cancer Remedies. Facts for Historians and Medical Researchers*. [s.l]: Pilgrims Books, 1998.

⁸⁰¹ Cf. os “Efeitos favoráveis ao soro antidiphtherico na tuberculose pulmonar e no cancro”, artigo da *La Semaine Médicale*, referido em *A Medicina Moderna*. Vol. II (Janeiro de 1898), pp. 113-115.

⁸⁰² Cf. a recomendação de Oliveira Lima em 1907 para o uso de quinino em doentes oncológicos em LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907.

ensaio de uma terapêutica química anticancerosa teve de aguardar pelos desenvolvimentos da biologia moléculas para se encontrarem compostos realmente eficazes e com menor toxicidade.

Isto não significa que tivesse entrado em desuso – muito pelo contrário – continuou a ser utilizado com bastante frequência na segunda metade do século XIX, e na primeira década do século XX o licor de Fowler continuava ainda a ter os seus defensores, sendo aplicado em casos seleccionados, sobretudo nas manifestações de hipertrofia ganglionar associadas ao linfadenoma (linfoma de Hodgkin). Fazia-se a aplicação do composto ingerido, injectado directamente no tumor ou através de uso tópico por pincelagem, com aparente sucesso local, mas sem constituir tratamento definitivo, tanto mais que nunca se conseguiu um único caso inequívoco de cura confirmada. O seu eventual valor terapêutico continuou em alta, apesar dos insucessos apazados.

O exemplo de aparente sucesso obtido por José Rocha em 1904 não pôde ser confirmado, tanto mais que o dente em causa não continuou a ser seguido.⁸⁰³ De facto, o licor de Fowler apenas conseguia promover, se bem que temporariamente, a redução da manifestação local da doença. Como referia Pires de Lima nesse mesmo ano, após aplicação do medicamento:

*“A hypertrophia e a ulceração amygdaliana, bem como as tumefacções ganglionares, começaram a desaparecer sucessiva e rapidamente com este tratamento, e a 10 de março, todas estas lesões tinham quasi desaparecido: ficára d’ellas apenas uma leve erosão na amygdala esquerda, e uma insignificante polymicroadenite do pescoço.”*⁸⁰⁴

Outros compostos foram experimentados no caso do linfoma de Hodgkin, como o benzol, o Novarseno-benzol, as injeções de extracto ganglionar, e de soro e linfogranulatomatosos irradiados. Sem resultado. Na década de 30, as maiores remissões desta doença eram obtidas com a radioterapia, que permitia apenas diminuir as tumefacções ganglionares, a febre e melhorar o estado geral do doente, mas sem cura.⁸⁰⁵

⁸⁰³ Cf. ROCHA, José da – *Breve estudo sobre lymphadenoma*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904.

⁸⁰⁴ LIMA, Pires de – “Notas clínicas. Um caso de lymphadenoma do pescoço curado pelo licor de Fowler.” *Porto Médico*. 1º Ano. Nº 1 (1904), p. 11.

⁸⁰⁵ Cf. PEREIRA, João José Martins – “Doença de Hodgkin.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLIX. Nº39 (27 de Setembro de 1931), pp. 341-353.

O diagnóstico do linfoma de Hodgkin também nem sempre era consensual; considerada doença oncológica ou doença inflamatória de acordo com as diferentes teorias. Se neste dealbar do século XX continuava a existir uma fronteira ainda pouco nítida entre os dois processos, inflamação e tumores, ainda menor o era quando se tratava de hipertrofias ganglionares. Do mesmo modo, o uso do licor de Fowler recolhia diferentes opiniões entre os médicos portugueses sobre o seu uso no tratamento do cancro, sendo ainda de uso obrigatório por alguns, ou liminarmente rejeitado por outros.

Genericamente, o seu uso era mais consentâneo no seio de uma terapêutica declaradamente paliativa, em paralelo com analgésicos, adstringentes tópicos e/ou antisépticos de aplicação local.⁸⁰⁶

Outros compostos resultaram ainda de falsas premissas sobre a própria natureza do cancro, como o caso da *cancroina* de Albert Kiewicz, professor na Universidade de Cracóvia. Contrariando a doutrina de Virchow, e partindo do pressuposto que a célula cancerosa era um protozoário, como pensou ter provado em 1890, este membro correspondente da Academia de Medicina de Paris propôs em 1903 o uso da *cancroina*, substância injectável que o próprio entretanto preparara a partir de uma “toxina” cuja acção era equiparada à do oxihidrato de trimetil-vinil-amónio.⁸⁰⁷ A confiança do autor era tanta que não se eximiu de referir três anos mais tarde que “*Há hoje um material clínico, conhecido em todas as línguas, que comprova plenamente a curabilidade do cancro por meio da cancroina. (...) O facto da curabilidade do cancro está liquidada, como fica dicto; (...)*”⁸⁰⁸ Contudo, a firme convicção do médico polaco esbarrou com recidivas, falhanços e reveses. Se ao tempo o tema da *cancroina* causou celeuma e agitação, logo caiu no rol dos já habituais fracassos terapêuticos baseados em agentes químicos.

A busca de um agente químico eficaz dependia de um factor: ter especificidade face às células cancerosas, mas sem apresentar sinais de toxicidade intolerável para as células saudáveis. O problema parecia insolúvel e assim permaneceu por longos anos.

⁸⁰⁶ Veja-se o caso dos tumores inoperáveis da laringe: “Tratamento médico dos tumores malignos da larynge.” *Porto Médico*. 5º Ano. Nº 9 (1908), pp. 280-281.

⁸⁰⁷ Sobre as premissas e a muito contestada teoria do protozoário de Albert Kiewicz veja-se a sua obra, intitulada *A cura do cancro*: KIEWICZ, Albert Adam – *Die Heilung des Krebses*. Wien: Braumüller, 1903.

⁸⁰⁸ “Tratamento do cancro em tecido conjunctivo sob a influência da cancroina.” *Porto Médico*. 4º Ano. Nº 3 (1907), p. 69.

Apesar de se testar uma miríade de produtos naturais ou compostos sintéticos, os resultados foram nulos.

*“Não se conhecem remédios específicos do cancro, nem tisana, nem xarope, nem pomada, nem injeções sub-cutâneas de sosro ou de vacina, nem aplicação de gás ozono nem circuito magnético que destruam especialmente as células cancerosas. Dentre as plantas, o condurango, a quinquina, quelidônia, erva das verrugas (Euphorbia) e tantas outras foram utilizadas sem resultado. Dentre os minerais, o cobre, o arsénio, o bismuto, o chumbo, o magnésio foram sucessivamente preconizados. Mas foram reconhecidos impotentes. (...) O veneno da cobra não faz senão abrandar as dores e, mesmo isto, nem sempre.”*⁸⁰⁹

Neste contexto de falibilidade de uma quimioterapia sistémica, desde finais de oitocentos até meados da década de 1940 as principais armas utilizáveis na luta contra o cancro eram apenas duas: a cirurgia e a radioterapia. No início do século XX, os únicos cancros com garantia de cura eram os de pequena dimensão e localizados em local compatível com a abordagem cirúrgica. Pouco tempo depois, a radioterapia passou a ser utilizada após a cirurgia para controlar pequenos crescimentos tumorais localizados, impossíveis de ser removidos cirurgicamente.

O moderno tratamento sistemático do cancro por agentes químicos mergulha as suas raízes no trabalho de Paul Ehrlich, que introduziu o termo *quimioterapia*. A partir dos inícios de 1900, o uso de sistemas de teste de fármacos com base em roedores vivos, levou Clowes e os seus colegas do Roswell Park Memorial Institute, a desenvolver linhagens de roedores com tumores transplantáveis, para testar potenciais medicamentos potencialmente anticancerosos.⁸¹⁰

Algumas descobertas realizadas na década de 30 mostraram que a doença podia ser igualmente vulnerável a agentes químicos alquilantes, caso do gás mostarda, dando-se início à era da quimioterapia, introduzida para destruir tumores que estivessem além do alcance dos clássicos métodos de tratamento.⁸¹¹

⁸⁰⁹ “O tratamento do cancro.” *Boletim do IPO*. Vol. 4. Nº 6 (1927), p. 7.

⁸¹⁰ Cf. MARCHALL, E. K. Jr. – “Historical perspectives in chemotherapy.” *Advanced Chemotherapy*. 1 (1964), p. 1.

⁸¹¹ Cf. ADAIR, C. P. J.; BOGG, H. J. – “Experimental and clinical studies of the treatment of cancer by dichloroethylsulfide (mustard gas)” *Annals of Surgery*. 93 (1931), p. 190.

Ao mesmo tempo que se procurava aperfeiçoar secretamente armas químicas para o conflito mundial, descobriu-se nos EUA o potencial da mostarda nitrogenada, dando-se conta alguns anos mais tarde que este composto podia ser eficaz no tratamento de alguns tipos de linfomas: o primeiro uso clínico da mostarda nitrogenada foi realizado em doentes com doenças do foro hematológico, incluindo o linfoma de Hodgkin e linfomas linfocíticos.⁸¹² Elaborada com base na investigação subsequente a um episódio ocorrido durante a guerra, quando alguns marinheiros foram acidentalmente expostos a gás mostarda desenvolvendo depressão medular severa, a mostarda nitrogenada é um exemplo de investigação dirigida em tempo de guerra com efeitos benéficos em tempos de paz. Este agente alquilante pressagiava o arsenal crescente de medicamentos quimioterapêuticos que até hoje têm sido desenvolvidos. Desde essa altura que se estabeleceram vastos programas de pesquisa com o intuito de identificar novos compostos químicos com utilidade prática no tratamento da doença, posteriormente testados para avaliar do seu valor curativo.

O sucesso da penicilina nos anos 40 reforçou a ideia que seria possível encontrar algum medicamento “milagroso” que pudesse conduzir ao tratamento eficaz de todas as grandes patologias – infecciosas ou não –, incluindo o cancro. Mas ao contrário das bactérias, células invasoras provenientes do exterior do organismo, as células cancerosas provêm de dentro, proliferando e invadindo o tecido são, colonizando áreas distantes do corpo. Os efeitos secundários dos variadíssimos compostos químicos entretanto testados, eram mais nocivos do que terapêuticos. Apesar disso, a investigação continuou e em 1947, o bioquímico, Subba Roy, e o patologista Sidney Farber, descobriram a actividade antitumoral dos antifolatos, o que viria a facilitar a descoberta do metotrexato.

Em contraste com a cirurgia e as radiações, começou a investigação em larga escala da quimioterapia. Desde o surgimento da mostarda nitrogenada, seguiram-se progressivamente cinco tipos de estruturas químicas, tornadas rapidamente disponíveis ao uso clínico: as mostardas azotadas (mecloretamina, ciclofosfamida, clorambucil,

⁸¹² Cf. RHOADS, C. – “Nitrogen mustards in treatment of neoplastic disease.” *JAMA*. 131 (1946), p. 6568, GOODMAN, L. S.; *et al* – “Use of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride for Hodgkin`s disease lymphosarcoma, leukemia.” *JAMA*. 132 (1946), p. 126, e ainda JACOBSON, L. P.; *et al* – “Studies of the effect of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride on neoplastic diseases and allied disorders of the hematopoietic system.” *JAMA*. 132 (1946), p. 263.

ifosfamida, melfalan), as etilenoiminas, (tiotepa), os alquilsulfonatos (busulfano), os nitrosoureas (carmustina, lomustina, estreptozocina) e os triazenos (dacarbazina).⁸¹³

Em 1950, o uso destes agentes era ainda experimental, e como tal, restrito à investigação, sem certezas de conduzirem a uma cura definitiva. No IPO o seu uso era ainda uma hipótese a considerar, mas faltavam ainda provas evidentes dos benefícios terapêuticos, feitos em ensaios clínicos.⁸¹⁴ A opinião geral era que os recursos da quimioterapia não substituíam ainda a cirurgia e as radiações, mas o interesse na mostarda nitrogenada no tratamento da doença de Hodgkin foi assunto de uma das conferências semanais do Instituto em Janeiro de 1951, e publicada na *Clínica Contemporânea*.⁸¹⁵

Outros agentes químicos entretanto surgidos foram testados no IPO, caso do Frenantol nos anos 50, mas tratavam-se de ensaios limitados, e cujos resultados não se mostraram animadores.⁸¹⁶ Apesar de acreditarem nas possibilidades quase ilimitadas, dos agentes químicos entretanto testados, os médicos do Instituto admitiam que o valor prático da quimioterapia estava ainda confinado à palição de leucemias, linfomas e alguns cancros da próstata, mama, pulmão e ovário. Nesse sentido, as remissões conseguidas temporariamente nos caso das leucemias conferiu motivo de forte esperança e interesse na quimioterapia.

A primeira cura de um cancro metastático com a recurso a este tipo de medicamentos remonta a 1956, quando o metotrexato foi usado para tratar um coriocarcinoma metastático. Seguiram-se outras substâncias, introduzidas na cancerologia, sector da patologia cujos fundamentos biológicos permaneceram durante várias décadas imprecisos, os mecanismos de controle desconhecidos, e os tratamentos aleatórios. Desde a criação nos EUA do CCNSC (Cancer Chemotherapy National Service Center) em 1955, um vasto programa de investigação permitiu sintetizar sete fármacos nos onze anos seguintes: a vincristina, a vimblastina, a citarabina, a

⁸¹³ Sobre a introdução destes e de outros medicamentos anticancerosos veja-se CHAST, F. – *Histoire contemporaine des médicaments*. Paris: La Découverte, 1995.

⁸¹⁴ Cf. DIAS, M. T. Furtado – “Reportagem americana sobre o cancro destinada à Europa.” *Hospitais Portugueses*. Nº 8 (1950), pp. 62-68. Também reproduzido no *Boletim do IPO*. Vol.17. Nº 8 (1950), pp. 9-11.

⁸¹⁵ Cf. “Instituto Português de Oncologia. Ano académico 1950-1951” *Boletim do IPO*. Vol. 18. Nº 2 (1950), p. 4, e BRANCO; F. – “A terapêutica da doença de Hodgkin-Sternberg. Mostarda Nitrogenada; R-84 trietilenamelamina.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 5 (1951), p. 187.

⁸¹⁶ Cf. o *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 7/9 (1952), p. 3.

daunorrubicina, a bleomicina, o fluorouracilo e a cisplatina. A década de 60 caracterizou-se igualmente pela descoberta da eficácia de vários regimes ou protocolos politerapêuticos, caso do MOPP, utilizado pela primeira vez em 1964 para o tratamento do linfoma de Hodgkin. A esta quimioterapia de combinação, seguiu-se a quimioterapia adjuvante, inicialmente referida por Farber os seus colaboradores.

Se o impulso do pós-guerra foi importante para o desenvolvimento de agentes quimioterapêuticos, desde 1971 que essa “guerra” se potenciou, apesar de os efeitos ao nível do tratamento dos tumores sólidos ser reduzido. Foi-o mais significativo ao nível da melhoria radical do prognóstico das leucemias nas crianças.

Mesmo assim, houve um período relativamente longo de sedimentação de práticas, que levaram a quimioterapia e a hormonoterapia a ter um lugar adjuvante, utilizadas apenas enquanto meios de tratamento complementar, e muitas vezes paliativo, por ser ainda experimental. Durante toda a década de 50, foi esta realidade no IPO, e a primazia dos métodos tradicionais da cirurgia e radioterapia mantiveram-se quase inalterados nas suas potencialidades curativas.

Contudo, o uso de agentes quimioterapêuticos no Instituto ao longo dos anos 50 e 60 levou ao desenvolvimento fulgurante da Oncologia Médica portuguesa. Como noutros centros especializados no tratamento do cancro, também o IPO aderiu aos ensaios e testes clínicos de novas substâncias, dada a elevada população de doentes e equipas de especialistas que possuía. Inserido numa rede mais vasta de testes promovidos por empresas farmacêuticas a nível internacional, o estabelecimento de Palhavã participou no estudo de pelo menos 25 substâncias químicas com potencial quimioterapêutico, em colaboração com os serviços do Chester Beatty Institute de Londres, dos laboratórios Wellcome, Bayer, Lilly, Roche e até de um laboratório húngaro.⁸¹⁷ O impacto foi tão significativo que houve necessidade de proceder à criação de um pavilhão de medicina, entretanto inaugurado em Junho de 1971, em paridade com a reorganização do centro de Lisboa. Associada à radioterapia e à cirurgia em esquemas curativos, esta moderna terapêutica exigia um novo conjunto de competências e a cooperação ainda mais estreita das diversas disciplinas já existentes. Seria apenas a partir da década de 70 que a quimioterapia, em conjugação com outras áreas nascentes, seriam encaradas como a base do futuro da luta contra a doença.

⁸¹⁷ *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 5 (1961), p. 13.

“(...) necessitamos de urgentemente estarmos preparados não só para uma maior eficiência nos métodos de diagnóstico, mas também para acompanharmos os dois métodos terapêuticos, um nascente, a imunoterapia, o outro ainda jovem, a quimioterapia, que vão ser chamados a tomar um lugar importante e provavelmente fundamental na luta contra as doenças neoplásicas.”⁸¹⁸

Assente na tribuna da introdução de mais uma arma terapêutica, foram enviados bolsheiros do IPO aos EUA, visando ampliar conhecimentos para a possibilidade de uma utilização regular das novas substâncias citotóxicas que estavam directamente dependentes do National Cancer Institute, órgão responsável pela maior parte da investigação sobre o cancro naquele país.⁸¹⁹ Os contactos pessoais desenvolvidos no decorrer destas visitas e na participação em ensaio clínicos, permitiram a recepção e uso de substâncias citotóxicas em fase experimental, directamente dependentes do NCI. Sendo enviadas directamente dos EUA e sem encargos, aos médicos portugueses correspondia o envio de informações sobre os efeitos nos doentes escolhidos, aos que correspondia a aplicação de protocolos anteriormente programados.

O estabelecimento destas bases de colaboração entre o NCI e o IPO foram particularmente importantes nos ensaios clínicos, mas também na aferição de protocolos. A introdução de protocolos terapêuticos de quimioterapia desenvolvidos no outro lado do Atlântico, desde os considerados clássicos aos experimentais, colocaram o Instituto ao mesmo nível do que entretanto se realizava nesse país, cuja experiência e metodologias se tornaram a referência em termos de aplicação da quimioterapia. Os estudos resultantes da aplicação destes protocolos nos tumores sólidos e líquidos começou a surgir em 1974, numa altura em que a quimioterapia se tornava no mais promissor dos meios anti-cancerosos.⁸²⁰ A fé nas possibilidades destes agentes permitiam afirmações plenas de esperança, como eram as de José Conde, cirurgião que via na quimioterapia a nova fronteira da terapêutica anti-cancerosa :

⁸¹⁸ GAMA, Marques da – “O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro.” *O Médico*. Vol. 59. Nº 1023 (1971), p. 150.

⁸¹⁹ Cf. PEREIRA, J. Carmo - “Impressões de uma visita de estudo a centros oncológicos dos EUA.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 45. Nº 1 (1973), pp. 73-82.

⁸²⁰ Cf. os vários artigos sobre a aplicação de protocolos de quimioterapia no IPO, a par dos artigos de Georges Brule sobre o estado e perspectivas da quimioterapia no tratamento do cancro, in *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 2 e 3 (1974).

*“A quimioterapia que se encontra já nos caminhos da solução final do cancro, começa a ser associada à cirurgia e ou às radiações nos esquemas terapêuticos por definição curativos. Por isso a apontamos fora do tratamento paliativo dos casos tidos incuráveis pelas armas chamadas clássicas, na convicção de que, no futuro, há-de condicionar uma cirurgia de tumores residuais, com propósitos curativos.”*⁸²¹

4.2.4 – Radioisótopos

No devir da *Era Atómica*, não houve sector da medicina que não tivesse sido influenciado pelo emprego de rádio-isótopos. Desde o final da 2ª Guerra Mundial que um grande número de países passou a empregar os radioisótopos nas pesquisas relacionadas com o cancro, e Portugal não foi excepção, tendo recebido 5 carregamentos provenientes dos EUA até ao final de 1953.⁸²²

Os tratamentos mostraram-se mais eficientes nos casos de leucemia crónica e outras desordens sanguíneas, mas também no cancro da tiróide, de tal modo que o uso de soluções de iodo radioactivo se tornou prática rotineira na determinação do estado funcional da tiróide.⁸²³

Desde finais de 1950 que o IPO se preparava para introduzir os tratamentos pelos radioisótopos, com recurso a elementos fornecidos pelo Royal Cancer Hospital e pela comissão de energia atómica britânica. A vinda de alguns cientistas britânicos a Lisboa em 1952, serviu para realizar demonstrações e palestras sobre o seu uso.⁸²⁴ Por sua vez, o oportuno legado de Abílio Lopes do Rego permitiu concretizar o projecto.

A introdução desta nova “arma terapêutica” teve honras de inauguração formal, onde não faltou a presença do patriarcado, em paridade com os habituais representantes políticos das obras públicas: “*O sr. Cardeal Patriarca visitou o IPO onde procedeu à*

⁸²¹ CONDE, José – “Ressecções da mandíbula.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 44. Nº 1 (1972), p. 12.

⁸²² Cf. “A aplicação mundial dos radioisótopos.” *Hospitais Portugueses*. Nº 40 (Abril de 1955), pp. 38-46.

⁸²³ Cf. “Hospitais dos E.U.A usando terapêutica atómica como prática rotineira.” *Hospitais Portugueses*. Nº 57 (Janeiro de 1957), pp. 22-23.

⁸²⁴ Cf. “Mestre Francisco Gentil fala dos radioisótopos e da sua aplicação no tratamento de certos tumores cancerosos.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 7/9 (1952), pp. 27-28.

sagração da capela. Seguiu-se a inauguração do Laboratório de Isótopos Radioactivos, a que presidiu o sr. Subsecretário de Estado das Obras Públicas.”⁸²⁵

O emprego da novíssima arma radioactiva fez-se no Pavilhão de Radioisótopos, entretanto denominado Laboratório Abílio Lopes do Rego, e inaugurado a 27 de Abril de 1953. A preparação técnica do pessoal ia-se aperfeiçoando em contacto com os diferentes problemas estudados, de tal forma que o Laboratório de Física do IPO prestou a sua colaboração ao Instituto de Alta Cultura (IAC) para a realização do primeiro curso teórico e experimental da Física Nuclear que se realizou no país. Mas apesar de promissora, era uma área ainda jovem, carecendo-se de conhecimentos mais aprofundados sobre os seus mecanismos de acção. Constituindo-se como um verdadeiro filão para a investigação biológica na medicina em geral, era no cancro que se esperava obter melhores resultados.

Os métodos de uso e aplicação descritos até então, não satisfaziam os clínicos, havendo necessidade de modificá-los. Daí que fosse necessário estabelecer uma especialização nesse domínio, algo de radicalmente novo e inexistente em Portugal. Como referiu Lima Basto, “*O director desta casa viu, logo de início, que o emprego dos radioisótopos só seria possível desde que houvesse uma especialização médica nesse sentido e que, ao mesmo tempo e em íntima colaboração com os médicos, houvesse um corpo de físicos devidamente habilitados e especializados em física nuclear.*”⁸²⁶

Numa área em que a melhoria dos métodos e dos resultados dependia de forma quase exclusiva do desenvolvimento de investigação primária, os resultados obtidos pelo grupo de investigadores deste laboratório foi essencial para o devir das aplicações clínicas, mas também para a introdução de novas medidas de controlo das radiações recebidas pelos funcionários em contacto com rádio, raios X e radioisótopos.

O conhecimento das doses recebidas pelo pessoal mais directamente exposto passou a fazer-se pela utilização sistemática de dosímetros, técnica aferida pelo laboratório e assente no aperfeiçoamento da técnica da dosimetria fotográfica, que permitia avaliar de forma simples e económica as doses de radiações recebidas pelo pessoal, fazendo igualmente a sua discriminação quantitativa. Em paridade, fez-se uma doutrinação dos

⁸²⁵ Cf. *Hospitais Portugueses*. N° 22 (Março-Abril de 1953), p. 50.

⁸²⁶ BASTO, E. Lima – “O Pavilhão dos Isótopos do Instituto Português de Oncologia.” *Jornal do Médico*. 26 (1955), p. 669.

funcionários sobre os riscos de sobreexposição a material radioactivo, assim como das medidas a tomar para a evitar.

Os trabalhos da Secção de Física do Instituto, orientados no sentido do apuramento de técnicas e de preparação do pessoal tiveram início alguns anos antes, em 1950, prevendo-se, desde o início, os problemas da protecção dos profissionais e doentes, evitando a aplicação de radioisótopos “(...) como infelizmente já no nosso País tem sido realizada, sem um controle físico perfeitamente consciente, (...)”⁸²⁷ Transformou-se o Pavilhão A, onde se instalou o novo laboratório, de molde a agrupar num mesmo edifício as instalações para os doentes e os laboratórios de física necessários à manipulação dos radioisótopos, aplicação e medidas. Outro dos objectivos desta concentração foi o de conferir as condições de segurança ao pessoal e aos doentes, evitando de igual maneira a contaminação dos esgotos pela urina dos doentes tratados através pelo processo. A divisão estrutural do edifício fez-se com ênfase particular na questão da segurança, matéria em que o IPO continuava a manter uma política rigorosa:

“Estas dependências foram estudadas por forma evitar contaminações e procurando um isolamento tanto quanto possível perfeito dos doentes que tenham grande radioactividade. Assim, os quartos dos doentes têm pavimentos facilmente laváveis; os doentes estão confinados ao quarto e em caso de necessidade prevê-se o seu isolamento com biombos de chumbo. Todos os cuidados de enfermagem e de higiene dos doentes são feitos dentro do quarto. As arrastadeiras com os excreta, urinas e fezes, são colocados em cacifos especiais com sinalização luminosa, por forma a permitir serem retiradas sem necessidade de entrada do pessoal no quarto do doente. No serviço de higiene faz-se a reunião dos excreta e é medida a sua radioactividade. Nos casos em que a quantidade de radiação o permite, segundo os «standards» internacionais, e de acordo com as possibilidades de esgoto (Volume de água a adicionar às substâncias radioactivas, possibilidade em calibre do esgoto do instituto Português de oncologia, etc.) são os excreta lançados no esgoto. Caso contrário são guardados até que a quantidade de radiação ou as condições gerais do esgoto permitam o seu despejo. Nos casos em que a substância radioactiva existente nos excreta, em especial na urina, o aconselha, faz-se a sua recuperação num pequeno laboratório, em comunicação directa com o serviço de higiene. A recepção do material faz-se por uma porta especial, como foi dito, e entra

⁸²⁷ BASTO, E. Lima – “O Pavilhão dos Isótopos do Instituto Português de Oncologia.” *Jornal do Médico*. 26 (1955), p. 669.

*numa pequena sala onde está colocado um cofre especialmente preparado com protecção de chumbo.*⁸²⁸

Os trabalhos de investigação entretanto desenvolvidos sob a orientação de Júlio Palácios, mostraram-se inovadores, permitindo a recolha de uma quantidade assinalável de dados, melhorar métodos e criar novos processos de aplicação e doseamento dos radioisótopos. Um desses casos foi o do iodo radioactivo, aplicado ao diagnóstico das doenças da tiróide. Palácios e a sua equipa, estabeleceram um novo método de base teórica, matemática, pelo qual os resultados eram superiores aos obtidos por outros métodos utilizados até então.⁸²⁹ Se bem que foi o mais amplamente utilizado na investigação clínica e experimental, o iodo (I ¹³¹) não foi o único radioisótopo estudado, estendendo-se ainda ao ouro coloidal em infiltrações locais e intracavitárias, e estudaram-se aplicações do tântalo e fósforo radioactivos, em aplicações locais, intersticiais e superficiais.

De 1950 a 1955, a enorme quantidade de artigos científicos publicados pela equipa multidisciplinar físico-clínica do Laboratório de Radioisótopos revela o entusiasmo suscitado por uma área altamente promissora na luta contra o cancro, e onde o IPO desenvolvia um trabalho laborioso e extensivo, para o qual contribuíram todos os seus serviços, e que nele mostravam grande interesse. Esparsos por um conjunto alargado de publicações nacionais e estrangeiras, (*Arquivo de Patologia, Jornal do Médico, Clínica Contemporânea, Medicina Moderna, Revista da Faculdade de Ciências de Lisboa, Nature, Revista de Física e Química, British Journal of Radiology*, etc.) os artigos são sintomáticos de um labor de investigação pioneiro e multidisciplinar.⁸³⁰

Na parte clínica, todos os serviços colaboravam com o Laboratório, e este a todos servia nas aplicações clínicas específicas a cada secção, desde a endocrinologia à urologia, passando pela hematologia e cirurgia. Enquanto o serviço de endocrinologia preparou um trabalho muito desenvolvido de estudo crítico dos métodos utilizados no diagnóstico das doenças da tiróide, abrangendo o estudo clínico e laboratorial de mais

⁸²⁸ BASTO, E. Lima – “O Pavilhão dos Isótopos do Instituto Português de Oncologia.” *Jornal do Médico*. 26 (1955), p. 669.

⁸²⁹ Cf. PALACIOS, Julio – “Modo de averiguar la energía liberada en la glandula y en el plasma sanguíneo por el iodo 131.” *Clinica Contemporânea*. Vol. 7 (1953), idem – “Integration of the equations describing the iodine metabolism and new techniques for the diagnosis of thyroid diseases with radioactive iodine.” *Clinica Contemporânea*. Vol. 8 (1954).

⁸³⁰ Cf. os vários trabalhos executados em 1952-53 citados em “A contribuição do IPO no problema da terapêutica pelos isótopos” *Boletim do IPO*. Vol. 20. Nº 12 (1953), pp. 1, 2 e 7.

de 1000 casos, os serviços de urologia, ginecologia e hematologia prepararam outros não menos interessantes, demonstrando a grande actividade científica impulsionada pelo novo laboratório.

4.3 – Os desafios da formação científica e profissional

*“E como não há arte de cura sem oficiais do seu ofício, vá de plantar de a raiz do ensino científico da enfermagem numa terra onde tal mester era desvalioso (...); vá de distribuir pelas capitais da oncologia os que, depois de adestrados, viriam a enriquecer a turma de médicos, de cirurgiões, de radioterapeutas, de investigadores e técnicos, às vezes em disciplinas desdenhadas na nossa praça, investindo fé e dinheiro naquilo que a um povo mais rende: a sabedoria; vá de chamar aos quadros do Instituto bom número dos que têm honrado a nossa medicina deste último quarto de século.”*⁸³¹

Fernando Namora

4.3.1 – Reformar a medicina através do exterior

A formação médica do século XIX fazia-se em contexto hospitalar, aproveitando-se as ligações singulares entre a Faculdade de Medicina de Coimbra e o hospital da Universidade, ou, desde 1825, a das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto a hospitais como o de São José ou Santo António, respectivamente.

Os hospitais forneciam as enfermarias para as clínicas escolares e os professores escolhiam entre os doentes das demais enfermarias os que lhes pareciam mais adequados ao ensino, sendo igualmente utilizados para a realização de exames e concursos. Os estudantes frequentavam as enfermarias, chegando a criar-se para eles, na última década do século XIX, o internato e externato. Por seu turno, a quase totalidade dos docentes eram igualmente médicos e cirurgiões do próprio hospital, alguns deles aproveitando para exercerem parte da actividade docente nas enfermarias que regiam. Do abundante material cadavérico disponível era ainda possível efectuar o ensino da anatomia normal e patológica.

A reorganização administrativa dos hospitais civis de Lisboa elaborada por Curry Cabral, estruturada de molde a disciplinar os serviços hospitalares, também introduziu modificações e limitações ao ensino clínico dos médicos, reduzindo a interpenetração entre os hospitais e as régias escolas médico-cirúrgicas. A solução encontrada em 1910 para remediar as lacunas de uma formação mais adaptada às necessidades de uma medicina em transformação de paradigma, foi transferir a Escola Médico-Cirúrgica para

⁸³¹ BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978, p. 10.

o Hospital de Santa Marta, que passou a ser hospital escolar com a instalação das enfermarias escolares, também designadas por clínicas. Mantiveram-se, contudo, alguns inconvenientes, sobretudo a desconexão entre o ensino laboratorial e o clínico, dividido entre São José e Santa Marta. Para além disso, em comparação com o Hospital de São José, as instalações de Santa Marta eram nitidamente insuficientes. No dizer de Celestino da Costa, todo o hospital “(...) *é deficiente, mal concebido, mal realizado, apenas sofrível nas clínicas cirúrgicas, péssimo nas clínicas médicas e neurológica, sem serviços gerais, sem instituto anátomo-patológico, com uma única clínica especial, sem bons serviços de fisioterapia e de raios X, sem uma cozinha que preste, etc.*”⁸³² Impunha-se, para quase todos os responsáveis do ensino médico lisboeta, a construção de um novo hospital escolar onde a Faculdade de Medicina pudesse exercer a sua actividade formativa em contexto de modernidade educativa e assistencial. Por analogia, no Porto a construção de uma estrutura da mesma natureza era igualmente solicitada, com base no mesmo tipo de reivindicações.

Era este o quadro geral das estruturas de formação médica lisboeta, quando em 1927 se transferem as insuficientes instalações da 1ª Clínica Cirúrgica de Francisco Gentil em Santa Marta para o primeiro pavilhão do Instituto Português para o Estudo do Cancro, entretanto construído em Palhavã.

O emergente paradigma da medicina que entretanto se formara colocava exigências formativas diferentes, insuficientes para o projecto do IPO, carente de técnicos de saúde preparados e imbuídos do sentido de modernidade científica da nova instituição.

Em 1935, acompanhado por Mário Neves, futuro administrador do IPO, Francisco Gentil fez uma viagem de estudo por vários países europeus, onde pôde sedimentar o projecto de renovação hospitalar que entretanto o governo lançara, tanto para os futuros hospitais escolares, como para o “seu” Instituto de Oncologia. No respectivo relatório, fez uma referência particular à indispensável formação dos médicos e enfermeiros, sem os quais seria impossível dar corpo a um esforço coerente de luta contra o cancro e de investigação oncológica, onde a ligação universitária era a pedra de toque.

Mas a ligação do IPO ao seio universitário é anterior, tal como fora desde 1923, bem explicitada no decreto que lhe deu corpo, 60 anos antes da União Internacional

⁸³² COSTA, A. Celestino da – “Considerações sobre o ensino na Faculdade de Medicina de Lisboa.” *Lisboa Médica*. Ano 2. Nº 2 (1925), p. 536.

contra o Cancro e da Organização Mundial de Saúde o terem recomendado a nível internacional.

Integrado desde o início na Universidade de Lisboa, e em cujo meio se personificou, o Instituto era um estabelecimento de ensino especialmente dedicado à pós-graduação assistencial de profilaxia e tratamento de doenças neoplásicas ou que em tal pudessem via a degenerar. O facto da cúpula dirigente ser formada por professores universitários da Faculdade de Medicina de Lisboa, ou por clínicos em funções no IPO que nela passaram, exercendo funções docentes e/ou de investigação, permitiram dar aos novos alunos que entretanto se formavam, uma visibilidade maior para o problema do cancro. A chefia de muitos dos seus laboratórios de investigação esteve sempre confiada a professores da faculdade, que em alguns casos também chegavam igualmente a constituir a comissão directora. Neste ambiente favorável e centralizado, o conteúdo da formação médica relativa à oncologia modernizou-se progressiva e rapidamente, e na pior das hipóteses, despertou junto das novas gerações médicas uma preocupação muito maior pelo diagnóstico precoce. Na verdade, fez muito mais do que isso.

Se por um lado o IPO se tornava num exemplo claro de modernidade tecnológica, tal circunstância implicava de um modo muito directo um novo sentido de modernidade profissional entre todos os técnicos de saúde que nele trabalhavam ou simplesmente aprendiam.

As iniciativas filantrópicas e governamentais possibilitaram não só a organização da LPCC, mas também o envio de médicos ao estrangeiro, onde lhes foi possível ampliar os seus conhecimentos científicos, confirmando o interesse que o assunto da luta contra o cancro suscitava na sociedade. A maior parte dos especialistas bebia de estágios no estrangeiro o grosso da sua formação oncológica. Sendo-lhe recomendados, ou escolhidos em larga maioria pelo próprio Francisco Gentil, muitos dos médicos do IPO realizavam estágios em Inglaterra, França, Itália, EUA, Suíça, Suécia e Espanha, sempre no sentido da aprendizagem de novas técnicas, mas também de desenvolvimento de projectos de investigação. Como se verá adiante, o papel das bolsas entretanto concedidas no âmbito do IAC não é de menosprezar, tendo sido um dos esteios desta formação obtida além-fronteiras.

Por outro lado, promoveu-se a partir de Novembro de 1942 a realização de conferências semanais, que tinham lugar todas as sextas-feiras. Tais encontros, que se contaram pelas centenas nos anos que se seguiram, reuniam sobretudo os médicos da casa, mormente a equipe do laboratório de oncologia experimental, mas também outros

clínicos, aos quais ainda se juntavam outros formandos. Estes incluíam médicos, que na década de 50 realizavam estágios ocasionais solicitados à instituição pelos próprios interessados. Da electrocirurgia à estatística, passando pela radioterapia e aos diferentes resultados experimentais entretanto obtidos dentro de portas, abordava-se de tudo um pouco, estimulando-se a formação contínua e a manutenção de um trabalho constante de actualização na área da oncologia, em todas as suas vertentes.

A formação de peritos nas muitas áreas que se abrigavam sob a designação genérica de “oncologia”, beneficiou do apoio das instituições governamentais que entretanto se estabeleceram para financiar a investigação científica em Portugal. De 1929 em diante, o IPO esteve incluído na linha da frente do projecto global de modernização científica do país.

Os primeiros passos dados na direcção da promoção da investigação científica em Portugal foram trilhados na década de trinta, altura em que a comunidade científica portuguesa assistiu a um conjunto de iniciativas estatais, particularmente propícias ao despertar desta tendência.

No processo de implantação do Estado Novo deu-se corpo à formação de novos organismos de coordenação e financiamento da investigação. Nesse sentido, foi criada em Janeiro de 1929 a Junta de Educação Nacional (JEN),⁸³³ no âmbito do Ministério da Instrução Pública. Entre outras missões, estava-lhe atribuída a formação avançada de bolseiros, a do auxílio e fomento da investigação científica e a da expansão cultural e intercâmbio intelectual. Outros objectivos incluíam subsidiar investigações de carácter científico em Portugal, nas colónias e no estrangeiro, promovendo ainda o intercâmbio intelectual, a expansão da cultura portuguesa e a representação em congressos e outras reuniões científicas no país e fora dele.

A criação deste organismo provinha da constatação que em Portugal escasseavam a investigação e o contacto com os meios científicos internacionais. Havia, contudo, algumas excepções a este quadro genérico, tido, ao seu tempo, como muito negativo. Em alguns sectores tomaram-se medidas que permeabilizaram a universidade portuguesa a alguns domínios de investigação, caso das ciências físico-químicas, caso das pesquisas sobre a radioactividade aplicada às ciências médicas. Este domínio atraiu

⁸³³ Cf. o DL nº 1 638, de 29 de Janeiro de 1929. Acerca da JEN, veja-se COSTA, A. Celestino da – *A Junta de Educação Nacional*. Lisboa: Tipografia Seara Nova, 1934, e MONTEIRO, Hernâni B. – *A Junta de Educação Nacional. Sua história, seus fins, suas realizações principais*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1936.

ao estrangeiro um conjunto de jovens investigadores que se viriam a destacar no seio universitário nos anos 30 e 40. Este conjunto de bolsiros da JEN, desenvolveram trabalho científico de certa nomeada, apresentando as suas teses de doutoramento em consagradas universidades estrangeiras, e contactando com o que de mais actualizado existia em termos de produção científica. Na década de 30, na área da Física, o centro mais frequentado foi o laboratório de Madame Curie, em Paris, onde se prepararam alguns dos mais directos colaboradores do IPO na área da física nuclear, e das suas aplicações ao tratamento e estudo do cancro.

No seguimento do regresso de vários bolsiros formados no estrangeiro, deu-se início aos primeiros esforços para criar equipas de investigação e centros próprios onde esta fosse possível. Organizaram-se seminários e conferências sobre novas teorias em vários domínios da ciência, publicaram-se livros e artigos, traduziram-se tratados, supervisionaram-se jovens investigadores e estabeleceram-se contactos com cientistas estrangeiros. Se bem que algumas destas novas iniciativas tivessem o claro apoio governamental, no seu conjunto apenas se concretizaram graças ao entusiasmo e perseverança de alguns jovens licenciados e ao apoio de alguns prestigiados académicos.

No que ao IPO diz respeito, o facto de Luís Simões Raposo ser na altura o primeiro secretário-geral do Ministro da Instrução Pública era a garantia de um apoio político próximo a Francisco Gentil. O ministro era Gustavo Cordeiro Ramos,⁸³⁴ e da sua direcção inicial faziam parte os médicos Marck Athias e Augusto Pires Celestino da Costa⁸³⁵, ambos da Faculdade de Medicina de Lisboa e investigadores renomados no domínio da histologia, duas das excepções do débil panorama da investigação universitária portuguesa.

Os fundos alocados pela JEN ao IPO, que totalizaram um subsídio de 10 000\$00, serviram para melhorar as instalações da secção experimental e aquisição de equipamentos, bem como de literatura e tratados da especialidade. O grupo de médicos

⁸³⁴ Professor universitário e político, nasceu em Évora em 08/03/1888 e faleceu em Lisboa em 13/11/1974. Frequentou o curso de letras de Lisboa onde chegou, posteriormente, a Professor Catedrático na secção de Filologia Germânica. Foi Ministro da Instrução Pública de 1928 a 1933 e o primeiro presidente do Instituto para a Alta Cultura, sendo-lhe, posteriormente, conferido o título de seu Presidente Honorário.

⁸³⁵ Nasceu em Lisboa a 16/04/1884. Histologista e embriologista, ocupou diversos cargos, tais como o de professor de Histologia e Fisiologia da EMCL, director do Aquário Vasco da Gama, director da Faculdade de Medicina de Lisboa e vogal da Junta de Educação Nacional. Foi afastado das funções docentes em 1947, por suspeita de participar na preparação de um golpe para derrubar o governo.

e cientistas entretanto contratados, constituíam uma pequena equipa escolhida de dez assistentes ligados à química, física, radiologia, patologia e raios X. Este seria o núcleo de investigadores que teria seu cargo uma parte muito significativa da investigação oncológica produzida no Instituto: nos raios X estavam Maria José Monteiro Ventura, Eulália Celeste Soares Proença, Augusto António da Rocha Machado e Costa; na química: João Avelar Maia Loureiro, Silvério Ferreira Gomes da Costa, Maria Teresa Furtado Dias; na patologia: Luís Roberto Simões Raposo, Manuel Dâmaso Prates; na física: Manuel José Nogueira Valadares, e no rádio: Manoel Raimundo Proença F. de Mendonça Corte Real.

Em Abril de 1936 a Assembleia Nacional decreta a remodelação do Ministério da Instrução Pública, que passa a denominar-se Ministério da Educação Nacional (MEN)⁸³⁶ tendo sido nomeado como ministro António Faria Carneiro Pacheco.⁸³⁷ Em simultâneo, é criado sob dependência hierárquica desse Ministério, o Instituto para a Alta Cultura que tinha por missão “*o estudo de todos os problemas que interessam à formação do carácter, ao ensino e à cultura.*” Sucedendo à JEN, este Instituto iria manter a sua designação até Março de 1952, altura em que passaria a denominar-se Instituto de Alta Cultura (IAC).⁸³⁸

Como primeiro presidente foi nomeado Celestino da Costa, muito ligado à investigação nas áreas da histologia e embriologia. No ponto VII da Lei nº 1941 pode ler-se que “*são criadas condições para a efectiva utilização dos bolseiros do Estado e impostas a estas obrigações que assegurem (...) a sua integração na ordem social constitucionalmente estabelecida e o rendimento do sacrifício com eles feito.*”⁸³⁹

Até 1950 o IAC havia criado 29 Centros de Estudo, dos quais 7 no Porto, 7 em Coimbra e 15 em Lisboa. A sua dotação para a investigação científica foi de cerca de

⁸³⁶ Lei nº 1941, de 11 de Abril de 1936.

⁸³⁷ Político e Jurista. Nasceu em Santo Tirso em 14-11-1887 e faleceu no Estoril em 21-11-1957. Foi professor catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra tendo-se transferido para a Universidade de Lisboa em 1922. Criou, entre outros organismos, a Junta Nacional de Educação, o Instituto para a Alta Cultura, a Mocidade Portuguesa, a Obra das Mães pela Educação Nacional e o Instituto Nacional de Educação Física. Foi ainda embaixador no Vaticano e em Madrid.

⁸³⁸ Decreto nº 38 680, de 17 de Março de 1952. Sobre o IAC veja-se RAMOS do Ó, Jorge – *Instituto de Alta Cultura*, in ROSAS, Fernando; BRITO, J. M. Brandão de – *Dicionário de História do Estado Novo*. Vol. 1. Lisboa: Bertrand Editora, 1996, pp. 482-483.

⁸³⁹ Cf. COSTA, A. Celestino da Costa – *O problema da investigação científica em Portugal*. Coimbra: 1939.

3030 contos em 1951 e em 1960 já rondava os 12 500 contos.⁸⁴⁰ Este aumento considerável de verbas foi principalmente canalizado para estudos de energia nuclear.

Um desses centros de investigação era o IPO, que por estar adstrito à FMUL, captava as verbas necessárias à formação de bolseiros, muitas vezes realizadas no estrangeiro. O resultado do envio desses bolseiros fez-se no seguimento de uma política de formação médica iniciada desde os primeiros anos de vida do IPO. Os frutos dessa aposta permitiram que em 1952 alguns deles pudessem confirmar o lugar de ponta ocupado pelo centro anticanceroso português, tanto em termos cirúrgicos quanto de radioterapia. Aquando da realização de uma extensa viagem de estudo pelo continente europeu, José Conde afirmava que o contacto com a realidade de países como o Reino Unido, a Holanda e a Alemanha, lhe reforçara a ideia de paridade técnico-científica experimentada pelo IPO:

“(...) e que nos permitiu apreciar quanto nos devemos congratular pelas extraordinárias condições de trabalho que possuímos e pelos métodos usados no Instituto Português de Oncologia, que, em confronto com o que observámos nesta viagem, nos permitiu concluir que acompanhamos o que de melhor e mais eficiente se realiza lá fora.”⁸⁴¹

Noutros campos nascentes da medicina, o caminho foi o mesmo. A emergência da energia nuclear no pós-guerra, e as suas aplicações à medicina, acabaram por ter influência directa na própria evolução do IPO como centro de investigação nessa matéria.

Com o final da II Guerra Mundial e por altura dos testes nucleares em Alamogordo, começava a irromper em Portugal alguma investigação em Física, Química, Biologia e Medicina, nomeadamente sobre as potencialidades e aplicações das radiações ionizantes. Em Outubro de 1945, Lisboa chega mesmo a acolher uma reunião dos directores dos laboratórios do IAC onde é debatido o conteúdo do Relatório Smith, intitulado *“A general account of the development of methods of using atomic energy for military purposes under the auspices of the United States Government, 1940-1945”*.⁸⁴²

⁸⁴⁰ Cf. TAVARES, Amândio – *O Instituto de Alta Cultura e a Investigação Científica em Portugal. 2 vols. (1951-1960)*. IAC. Lisboa: 1962. O volume 2 diz respeito ao período entre 1951 e 1960.

⁸⁴¹ CONDE, José – “Relatório da viagem de estudo realizada de 29 de Agosto a 10 de Outubro de 1952 com equiparação a bolseiro pelo Instituto de Alta Cultura.” *Boletim do IPO*. Vol. 19 Nº 12 (1952), p. 8.

⁸⁴² Portugal, por ser o terceiro produtor de concentrados de óxidos de urânio no mundo ocidental (a produção era assegurada desde 1929 por um grupo luso-britânico, Companhia Portuguesa de Radium,

Em Outubro de 1952, formou-se no âmbito do IAC a Comissão Provisória de Estudos de Energia Nuclear (CPEEN) que começou a criar centros de estudos dedicados à investigação científica, junto das universidades. Assim, ainda em 1952, são criados em Lisboa, o Centro de Estudos de Física Nuclear de Lisboa, com sede no IPO; o Centro de Estudos de Química Nuclear (no IST) e ainda o Centro de Estudos de Mineralogia e Geologia.

Em paridade com a criação deste laboratório de física no Instituto, criou-se igualmente um sector de protecção contra as radiações, de âmbito nacional, que aproveitou a experiência entretanto adquirida nas instalações de Palhavã. Pela multiplicação dos trabalhos de rotina e dos programas de investigação entretanto desenvolvidos, o denominado Serviço de Protecção contra Radiações teve necessidade de incrementar o seu número de colaboradores, o que mostrava bem a dinâmica desta nova valência.

Embora mantendo uma estreita relação com a Junta de Energia Nuclear, a CEEN foi consolidando as actividades de investigação dos Centros entretanto criados o que veio reforçar a investigação sistemática anteriormente iniciada nalgumas universidades portuguesas.

Sem desperdiçar as benesses provenientes de um centro de investigação de ponta nas suas instalações, Francisco Gentil vê o espaço do Instituto tornar-se o local de trabalho privilegiado de uma área científica completamente nova no país, e que mais tarde se designaria por Medicina Nuclear. Apesar de já se desenvolverem trabalhos de investigação e aplicações médicas com material radioactivo, a localização do Laboratório de Física Nuclear no campus do Instituto Português de Oncologia, deveu-se, por um lado à insuficiência de espaço no Laboratório de Física da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa (FCUL) e por outro à existência de um pavilhão desocupado no IPO que veio a ser cedido pelo director do Instituto. A partir de 1950, investigadores como António Manuel Baptista passam a desenvolver estudos de Física Nuclear aplicada à Medicina no IPO, tendo sido um dos criadores do Laboratório de Isótopos Abílio Lopes do Rego, em parceria com Francisco Gentil.

Lda, que explorava as minas da Urgeiriça, depois de adquiridas todas as concessões ao Banco Burnay de Lisboa) exportando principalmente para o Reino Unido e EUA, começa a mostrar algum interesse neste campo, apesar de até essa data estar vedado aos poucos laboratórios de investigação existentes a aquisição de concentrados de óxidos de urânio. A este respeito veja-se OLIVEIRA, Jaime da Costa – *A Energia Nuclear em Portugal. Uma Esquina na História*. Editora o Mirante, 2002.

Num golpe de oportunidade, o director do IPO convida de imediato o professor espanhol Júlio Palácios,⁸⁴³ então exilado em Portugal, para primeiro director desse laboratório; os frutos do trabalho de investigação não tardam em surgir, sobretudo na forma de artigos científicos publicados no *Arquivo de Patologia*, mas também na revista *Nature*.⁸⁴⁴ Os primeiros trabalhos de Júlio Palácios e António Manuel Baptista referiram-se à solução do problema da protecção dos trabalhadores do IPO relativamente às radiações ionizantes. Durante o período inicial, tinham trabalhado neste sector os Prof. Amorim Ferreira, Manuel Valadares e Armando Gibert, detentores da cadeira de Física na FCUL.

Por iniciativa e indicação de Júlio Palácios, e de molde a completarem a sua formação, alguns jovens cientistas foram enviados para o estrangeiro como bolseiros do IAC, entre os quais se podem enumerar o próprio António Manuel Baptista,⁸⁴⁵ Fernando Carvalho Barreira⁸⁴⁶ e Manuel Fernandes Laranjeira.⁸⁴⁷

No seu regresso Manuel Laranjeira elabora a proposta para a criação de um laboratório de Espectrometria de Massa, submetendo-a com sucesso à Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) que concedeu para tal concedeu um subsídio. Uma vez que a relação entre Francisco Gentil e o então presidente da FCG, Azeredo Perdigão, não era a melhor, e foi necessária toda a diplomacia de Júlio Palácios para que o projecto não se

⁸⁴³ Júlio Palácios, casado com uma portuguesa, foi professor catedrático na Faculdade de Ciências de Madrid onde conferiu um forte impulso ao desenvolvimento da cristalografia física com raios X. Doutorou-se na Holanda, sob a orientação de Kammerlingh Onnes, encontrava-se no exílio em Portugal por oposição ao regime do General Franco quando foi convidado por Leite Pinto, em 1947, para dirigir o departamento de Física da FCUL, após o afastamento de vários docentes universitários por razões políticas.

⁸⁴⁴ Em 1953 António Manuel Baptista e Júlio Palácios publicam um artigo na prestigiada revista *Nature*. Cf. BAPTISTA, A. M. – *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa. Classe de Ciências*. T. XXXI (1990-91), p. 617.

⁸⁴⁵ António Manuel Baptista licenciou-se em Física na FCUL, sendo imediatamente contratado por esta Faculdade como assistente do Prof. Júlio Palácios. Trabalhou na área da electroquímica no Centro de Estudos de Física do IAC, e no Centro de Física Nuclear de Lisboa, no IPO. De entre outras actividades podem enumerar-se a de professor na Academia Militar, divulgador de assuntos científicos, e ainda professor convidado de medicina nuclear na Universidade de Michigan. Cf. BAPTISTA, A. M. – *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa. Classe de Ciências*. T. XXXI (1990-91), p. 617.

⁸⁴⁶ Professor de Física da FCUL.

⁸⁴⁷ Nasceu em 1928 em Cabanas de Viriato, mas viveu a sua infância e adolescência em Torres Vedras. Em 1951 licenciou-se em Ciências Físico-Químicas na FCUL. Estagiou no Laboratorium voor Massaspectrografie, predecessor do FOM Institut Voor Atoom-en Molecuulfysica em Amesterdão, na Holanda, e aí obteve o grau de “Doctorandus” em 1958. No ano seguinte obteve o doutoramento em Física e Matemática, sob orientação do Prof. Jaap Kistemaker. Foi Professor Catedrático de Física, Professor Decano e Reitor da Universidade Nova de Lisboa. Faleceu em Lisboa em 2003.

visse comprometido. Nesse sentido, para além da ajuda financeira para a construção e arranque do Laboratório de Espectrometria de Massa no Instituto Superior Técnico (IST), a FCG participou financeiramente na construção do Pavilhão das Clínicas e no Laboratório de Isótopos do IPO.⁸⁴⁸ Com esta negociação, o director do IPO não só conseguiu manter o laboratório de radioisótopos, como conseguiu um financiamento muito necessário à ampliação das instalações do Instituto.

No rescaldo desta mudança, alguns dos colaboradores, tanto investigadores como pessoal técnico, transitaram do IPO para o novo laboratório no Campus do IST. Entre eles estavam Manuel Laranjeira, Fernando Barreira, Augusto Moutinho, Brito Carvalho e Maria Áurea Cunha, os técnicos Victor Xavier, João Casaca, Diamantino Nuno e Henrique Nuno.

Mesmo assim, permaneceram Júlio Palácios e António Baptista, a quem se lhe juntariam Maria Augusta Perez Fernandez e Maria Luza Martins, ambas físicas de formação, no novo Laboratório de Isótopos que entretanto se fundava. A criação do Laboratório de Isótopos Abílio Lopes do Rego em 1953, o primeiro do país, constituiu um novo passo para a autonomização do IPO na área da física nuclear, sobretudo pela realização de variados estudos com recurso a iodo radioactivo (I^{131}). A patologia tiroideia, muito numerosa na altura, serviu de mote a uma série de estudos sobre o diagnóstico e terapêutica da patologia da glândula tiróide.

“O iodo radioactivo I^{131} sob a forma de iodeto de sódio foi o elemento inicialmente utilizado no diagnóstico das disfunções e alterações morfológicas da glândula. A terapêutica com I^{131} tinha como objectivo o hipertiroidismo e o carcinoma da tiroideia, particularmente o adenocarcinoma. Foram feitos vários estudos sobre o metabolismo do iodo: eliminação do iodo pela urina, pela saliva, pelo leite materno, pelas lágrimas e o seu metabolismo ao nível de estômago. Publicaram-se também trabalhos referentes à

⁸⁴⁸ Em 1961 foi criado o Instituto Gulbenkian de Ciência, em Oeiras. No ano seguinte inicia-se a construção do Laboratório Calouste Gulbenkian de Espectrometria de Massa e Física Molecular, no IST, com uma área de 650 m², dividida por piso e meio, inaugurado em 1964. Incluía um laboratório de radiometria e isótopos. Tudo foi financiado pela FCG, tanto o edifício, como o equipamento (que contemplava o primeiro espectrómetro de massa instalado em Portugal, um MS2 da AEI) e ainda a verba de arranque. Na cave instalaram-se a secretaria da CEEN, e uma das primeiras oficinas de Mecânica e de Vidro dedicadas à investigação na área de Lisboa, bem como uma instalação para a produção de azoto líquido.

fracção orgânica no plasma e a sua relação com a função tiroideia e estudos dos compostos iodados após terapêutica.”⁸⁴⁹

Estes estudos revelam uma das facetas mais visíveis da investigação realizada no IPO no período do pós-guerra, mostrando igualmente a aposta realizada num domínio altamente promissor para o cancro. Com efeito, os resultados foram palpáveis, tanto mais que permitiram a introdução de metodologia inovadora no tratamento do hipertiroidismo, que consistia na determinação do cálculo da dose de radioactividade a administrar, com base na massa da tiróide, determinada por um método concebido por Hugo Franco e Mário Gentil Quina (pneumotiroideia). Mais tarde, o mesmo cálculo passou a realizar-se a partir de imagens gamagráficas, mais simples de obter, e não parou por aí, dando origem a uma multiplicidade de estudos e experiências de imagiologia por gamagrafia numa série de tumores em diferentes órgãos.⁸⁵⁰

Era um sector de ponta, que reunia o trabalho conjunto de médicos e físicos, numa altura em que a Medicina Nuclear ainda não existia como especialidade autónoma, mas é certo que a actividade contínua deste laboratório se tornou uma mais-valia para a sedimentação e posterior institucionalização da mesma. A bibliografia relativa aos trabalhos deste laboratório é numerosa, denotando uma vitalidade expressa na quantidade de conferências, reuniões científicas e congressos onde apresentavam as conclusões e resultados obtidos.

Mas nem só de vida laboratorial vivia a actividade científica do IPO. A formação contínua teve um papel relevante, com cursos regulares que incluíam demonstrações técnicas (diagnósticas, anatómicas, cirúrgicas, patologia experimental, radioterapia, isótopos) plasmados nos cursos sobre o cancro de 1963, mas também nas Semanas do Cancro iniciadas em 1964, projecto que se veria continuado nos três anos seguintes, e antecedendo as actuais semanas da Europa Contra o Cancro. As conferências decorrentes destes encontros continuaram a reunir vários especialistas estrangeiros, em paridade com conferencistas portugueses, estes últimos adstritos ao Instituto, ou pelo menos com trabalho nele realizado.

⁸⁴⁹ BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 68.

⁸⁵⁰ Cf. os 15 trabalhos de estudo e diagnóstico assentes na gamagrafia publicados no *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 1 (1974).

E se a classe médica se preparava sobretudo no exterior para complementar e prosseguir o seu aperfeiçoamento em áreas de ponta da oncologia, como sejam a cirurgia oncológica, a radioterapia ou – no futuro – da medicina nuclear, um outro grupo de técnicos paramédicos encontraria na planificação do Instituto um lugar de singular relevo para a sua formação e afirmação profissional: as enfermeiras.

4.3.2 – A refundação da enfermagem portuguesa e a Fundação Rockefeller

Reconhecendo a eminente necessidade de dotar o novo hospital com um corpo de enfermagem qualificado e cientificamente preparado, Gentil tornou-se desde o início como o seu principal impulsionador. Havia sobretudo a preocupação de assegurar a existência de profissionais em número suficiente, mas igualmente competentes no exercício das suas funções, em conformidade com as futuras necessidades dos hospitais escolares, em fase de projecto desde os anos 30.

A ideia surgira-lhe em 1935 ao visitar uma escola de enfermagem em Lyon, criada pela Fundação Rockefeller e ligada ao hospital da Granje Blanche (Hospital Herriot), junto da faculdade de medicina, também feita pela mesma fundação.⁸⁵¹ O contacto entre Gentil e a Fundação não era novo, tendo-se iniciado alguns anos antes com o apoio dado à colocação de Georg Ettisch nos laboratórios de físico-química do IPO.

Convém referir que até ao início dos anos 30 a formação específica do pessoal de enfermagem passava em larga medida pelas pouquíssimas escolas públicas entretanto criadas desde o início do século XX. A primeira delas foi criada em 1901, a Escola Profissional de Enfermeiros, a funcionar em dependências do Hospital de São José. Seria reorganizada e renomeada em 1930,⁸⁵² passando a chamar-se Escola de Enfermagem Artur Ravara. Também no início do século, e quase em simultâneo, surgiu no Porto a Escola de Enfermagem de Santo António, e posteriormente em Coimbra, a Escola de Enfermagem da Universidade, secundada pela Escola de Enfermagem da Rainha Santa Isabel. Todas criadas no âmbito do sistema hospitalar e à sombra tutelar dos mesmos.

⁸⁵¹ Cf. o “Discurso do Sr. Prof. Dr. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na sessão em que foram entregues diplomas às primeiras enfermeiras da sua Escola Técnica.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945), pp. 198-200.

⁸⁵² Decreto nº 19 060, de 29 de Novembro de 1930.

Com raras excepções, eram estas as instituições públicas onde se efectuava a formação da enfermagem portuguesa. Mas era uma formação insuficiente e desigual, sem que os diplomados pudessem sequer fazer uso exclusivo do título, tanto mais que pululava uma multiplicidade de pseudo-enfermeiros sem habilitações. O pessoal de enfermagem dos pequenos hospitais de província era geralmente improvisado, ensinado, o melhor que as circunstâncias permitiam, pelos médicos locais. Casos havia, de alguns enfermeiros se transformarem em curandeiros, perante a indiferença ou inacção dos mesários, provedores e até médicos das Misericórdias. A insignificância dos ordenados auferidos justificava quase sempre estas situações.⁸⁵³

O corpo de enfermagem do recém-formado IPEC pertencia inicialmente ao Hospital escolar de Santa Marta, mas foi posteriormente remodelado de acordo com as necessidades do Instituto. Na década de 30 dispunha de um corpo de enfermagem bastante heterogéneo, com várias profissionais estrangeiras, incluindo inclusive algumas norueguesas. Possuíam hierarquia e eram residentes, realizavam registos de ocorrências e a duração do trabalho diário era determinado pelas necessidades dos doentes, nunca sendo inferior a 12 horas. A insuficiência de enfermeiras era habitual e a necessidade de captar novas candidatas tornou-se um desafio premente, entretanto sanado pela possibilidade de se criar uma escola de enfermagem adstrita ao Instituto.

Os contactos que Gentil estabeleceu com Rolla Hill, médico representante da Rockefeller Foundation em Portugal, viabilizaram o projecto, através da concessão de um forte apoio financeiro, subsidiando-a durante alguns anos. A chegada de uma enfermeira inspectora da Fundação, Miss Elisabeth Crowell, serviu para supervisionar a instalação dos serviços escolares, e da própria construção do edifício.

Instituída legalmente em 1940, a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) do Instituto Português de Oncologia, directamente adstrita à instituição que dava nome, fazia parte do projecto inicialmente elaborado para o conjunto de edifícios que constituiriam o núcleo lisboeta do IPO. Ao tempo da sua criação, esta escola surge numa altura em que se pretendia igualmente elevar o nível de uma profissão em Portugal, à qual faltavam ainda a afirmação científica e o reconhecimento sociopolítico da sua importância enquanto verdadeiros agentes sanitários.

⁸⁵³ Cf. CORREIA, F. da Silva – “Alguns aspectos do problema hospitalar em Portugal.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 17 a 19 (Junho a Setembro de 1944), pp. 203-206.

O preâmbulo do decreto é bem explícito na explanação da nova matriz cultural e técnica que lhe estava subjacente, ao considerar que “(...) a enfermeira, para poder eficazmente trabalhar nas instituições de combate ao cancro, precisa de ter uma cultura superior, não apenas no que diz respeito às ciências naturais e à saúde pública em geral, mas sobretudo no campo da física das radiações, que não cabe no âmbito necessariamente limitado dos cursos de enfermagem actualmente existentes em Portugal (...)”⁸⁵⁴

O facto de ter vindo a incluir formadoras e formandas provenientes da elite social do seu tempo, algumas com relações familiares a elementos da própria comissão directora do Instituto, conferiu-lhe desde logo um lugar de relevo de particular elitismo entre as demais escolas que entretanto surgiram a partir dos anos 40.⁸⁵⁵ Numa altura em que o exercício da enfermagem ainda se pautava em larga medida por um amadorismo tradicionalmente tolerado, e até informalmente promovido, a introdução de jovens mulheres de nível social elevado na profissão foi elemento diferenciador da nova enfermagem portuguesa. Não é de estranhar que é também nos anos 30 e 40 que se assiste a um redesenho do papel da mulher portuguesa, agora chamada para uma área onde se podia evidenciar no exercício de um novo papel social.

Mas este não foi o único elemento diferenciador. Foi a introdução dos mais modernos e revolucionários conceitos relativamente à formação em enfermagem no nosso país. A qualidade da formação ministrada, algo de rasgadamente novo dentro das orientações formativas preconizadas para a enfermagem nacional, tornou-a durante muitos anos na mais prestigiada escola de enfermagem. Apadrinhada pela colaboração técnica e assistência financeira da Fundação Rockefeller, a sua tutela pertenceu desde logo ao Ministério da Educação Nacional ao invés da habitual tutela do Ministério do Interior, uma novidade para a altura, mas igualmente o indício do novo tipo de escola que se estava a formar. A autonomia pedagógica estava garantida sob a orientação da Comissão Directora do Instituto, cabendo ao respectivo presidente o cargo de inspector de ensino.

⁸⁵⁴ Decreto n° 30 447, de 17 de Maio de 1940.

⁸⁵⁵ Como exemplo refiram-se apenas dois nomes: Maria Angélica Lima Basto e Alice Gentil da Silva Martins. A primeira era irmã do médico Lima Basto e a última era neta do próprio Francisco Gentil, tendo terminado o curso em 1953. Ainda em 1963 é possível encontrar os nomes das alunas Maria da Conceição Lopo Bénard Guedes e Maria Isabel da Gama Empis, que nos remetem de imediato para o mundo da comissão directora e da filantropia da LPCC.

As habilitações exigidas ultrapassavam largamente as normalmente exigidas para a admissão das futuras enfermeiras: era exigido como habilitação mínima o 2º ciclo liceal (correspondendo ao actual 3º ciclo do ensino básico), e o curso contava com três anos de duração. Como exemplo, refira-se que só a partir de 1947 se passa a exigir aos enfermeiros a instrução primária, sendo a formação de um ano para o *curso ordinário*, e de dois anos para o *curso completo*.⁸⁵⁶ É também nesta época que se procede à reforma do ensino e da prática da profissão, sendo regulamentados os cursos de especialidades de enfermagem, através de uma reforma que impunha, no entanto, a proibição do casamento às enfermeiras, medida inspirada no modelo fascista italiano, e que apenas seria revogada em 1963.⁸⁵⁷ E se com a legislação de 1947 se levantou o nível da enfermagem portuguesa, foi só com a legislação de 1952 (Decreto-Lei nº 38 884) que se procurou colocar a enfermagem ao nível daquela já exercida no Instituto desde 1940.

A matriz exclusivamente feminina associada à profissão era elemento sujeito à legislação, à qual não faltava a exigência de “(...) *conhecida idoneidade moral*.”⁸⁵⁸ O que tornava esta actividade numa “*profissão para raparigas*”⁸⁵⁹, assunto recorrente na propaganda do *Boletim do IPO*, numa altura em que o papel profissional da mulher portuguesa não estava ainda definido nem normalizado. Mantinham-se, contudo, algumas das premissas que desde sempre condicionaram mentalmente o acesso à actividade. Escolhia-se a profissão “*Por razões humanitárias, baseadas no amor ao próximo e desejo de ser útil. (...) Por razões de ordem moral, baseadas no amor de Deus e na trática da caridade.*” mas também por novos motivos: “*Por razões pessoais, baseadas no desejo de procurar um modo de vida.*”⁸⁶⁰ Da enfermagem como vocação passou-se a estar perante de uma enfermagem como profissão. E no caso da oncologia, com um lugar novo, delimitado pelo papel que podia desempenhar na luta contra a doença mais preocupante do pós-guerra.

⁸⁵⁶ Cf. o DL nº 36 219, de 10 de Abril de 1947.

⁸⁵⁷ Cf. os DL nº 32 612, de 31 de Dezembro de 1942 e DL nº 44 923, de 18 de Março de 1963.

⁸⁵⁸ Decreto nº 30 447, de 17 de Maio de 1940. Artigo 4º.

⁸⁵⁹ Cf. “A mais bela profissão feminina.” *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 6 (1940), p. 1, “Uma profissão para raparigas.” *Boletim do IPO*. Vol. 7. Nº 6 (1940), pp. 3-6.

⁸⁶⁰ “Porque se escolhe Enfermagem” *Boletim do IPO*. Vol. 30. Nº 6 (1963), p. 10.

A qualidade do corpo de profissionais entretanto formado permitiu que a Comissão Directora remetesse de imediato às alunas finalistas, todos os serviços de enfermagem do recém inaugurado Pavilhão D, em 1943.

Com efeito, a ETE dotou não apenas o IPO, mas também o país, com técnicas de saúde altamente qualificadas, que em muitos casos constituíram de imediato as cúpulas das chefias de enfermagem em diferentes serviços, ou mesmo dos organismos directivos de enfermagem em vários hospitais afectos ao sistema de saúde nacional. Esta escola, mais do que a imagem transmitida por um edifício novo e moderno, deu corpo inicial a uma mudança formativa que marcaria significativamente o nível de preparação científica da enfermagem portuguesa, associada aos paradigmas da Fundação Rockefeller.

Esta realidade foi bem expressa por Beatriz Corrêa, na monografia em que não deixa de recordar esse apoio:

“ (...) a Fundação Rockefeller representou, certamente, o papel do “Abre-te sésamo!”. Serviu de motor de arranque para um projecto que carecia, tal como hoje acontece com muitos outros, do apoio e experiência da competência estrangeira, além de que, em termos económico-finaceiros representava uma garantia não apenas de concretização, mas de concretização imediata.”⁸⁶¹

Enquanto instituição voltada para a formação técnica de profissionais de saúde especializados em oncologia, o IPO beneficiou das conexões que Francisco Gentil desenvolvera junto da Fundação Rockefeller, instituição que desde os anos 40 voltara o seu foco de actuação em particular para o ensino médico. Fazia parte de um pequeno conjunto de agências fundadas no começo do século XX que se pautavam pela doação, sem fins lucrativos, com vista à promoção de actividades científicas, em universidades e institutos de pesquisa, em face do crescimento da importância e das necessidades da ciência e da tecnologia de determinado país.⁸⁶²

⁸⁶¹ CORRÊA, Beatriz de Mello – *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988*. Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa, 2002, p. 62.

⁸⁶² No início do século XX, a família Rockefeller (John D. Rockefeller e Rockefeller Jr.) decidiu criar uma organização que incorporasse as instituições pertencentes à família – *Rockefeller Institute for Medical Research, General Education Board e Sanitary Commission for the Eradication of Hook-worm* – dando origem à Fundação Rockefeller, em 1913. Nessa época, a fortuna dos Rockefeller tinha sido estimada em cerca de 1 000 milhões de dólares, metade representada pelo valor negociável de algumas de suas acções das minas de ferro no Minnesota e de carvão no Colorado, além de acções pertencentes a várias linhas de caminho de ferro. Inicialmente, a Fundação pretendeu dar continuidade à tarefa de

Esta instituição norte-americana, que desde o início do século XX alargara pelo mundo um programa próprio de apoio à formação e desenvolvimento académico, pautava-se por um modelo de “filantropia em larga escala”, que compreendia sobretudo a actuação nas áreas das ciências naturais, saúde pública e ensino superior, domínios considerados fundamentais para o desenvolvimento das sociedades modernas ou em vias de modernização. Uma das suas prioridades era a concessão de bolsas de estudos nas áreas da medicina e da saúde pública, leccionadas nas universidades dos Estados Unidos, constituindo-se como um dos mais salientes aspectos da sua política científica. Este acesso ao mundo universitário norte-americano foi aproveitado tanto pelos profissionais da área biomédica quanto, mais tarde, por cientistas que actuavam no campo da genética, da física, da biologia, da zoologia e da agronomia.⁸⁶³

Uma das áreas em que as contribuições deste organismo foram mais significativas foi a biomédica. Entre os anos de 1920 e 1960, ajudou a construir e implantar uma extensa rede de instituições científicas que propiciaram a difusão e a consolidação de um modelo de ciência, incentivando a criação de faculdades médicas, de novas disciplinas nas áreas da patologia, anatomia, histologia e microbiologia, e ainda de institutos de higiene, escolas de saúde pública e de enfermagem.

O apoio às ciências biomédicas prolongou-se por várias décadas e foram vários os países que receberam recursos financeiros e humanos para a montagem de serviços de saúde, formação profissional e campanhas sanitárias. A ampla dimensão das suas

erradicação da ancilostomíase, empreendida desde 1909 pela *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm* no Sul dos Estados Unidos. A partir de 1916 a experiência adquirida nesta região foi importante para organizar mais tarde as actividades implementadas em diferentes países da Ásia, Europa e América Latina. No caso europeu, as actividades estenderam-se-lhe no período entre as duas guerras: a Inglaterra, logo após o fim da Primeira Guerra, e em seguida outros países, como a Albânia, França, Espanha e Portugal. À escala global, é possível identificar dois momentos distintos na actuação da Fundação: o primeiro, iniciado em 1913, colocava a ênfase na medicina e acções de saúde pública. Durante as décadas de 1920 e 1930, a Rockefeller redireccionou-se para a pesquisa e controle de doenças infecciosas como a ancilostomíase, a febre-amarela e a malária. Num segundo momento, que se consolidou em finais da década de 40, ligou-se ao desenvolvimento do ensino médico, das ciências físicas e biológicas, e ainda da agricultura. Para uma visão alargada sobre os princípios orientadores e actividade filantrópica da Fundação Rockefeller a nível mundial veja-se COLLIER, Peter; HOROWITZ, David – *The Rockefellers: An American Dynasty*. Broadway, New York: New American Library, 1976.

⁸⁶³ Sobre a dimensão sanitária da Fundação Rockefeller, o trabalho mais recente é o estudo de FARLEY, J. – *To cast out disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford: OUP, 2004. Cf. ainda HANSON, E. – *The Rockefeller University Achievements. A Century of Science for the Benefit of Humankind 1901-2001*. New York: Rockefeller University Press, 2000; LÓWRY, I.; ZYLBERMANN, P. – “Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation. 1913-1945.” *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 31 (2000), pp. 365-379, e HOWE, Barbara – “The Emergence of Scientific Philanthropy, 1900-1920: Origins, Issues and Outcomes”, in ARNOVE, R. F. (ed.) – *Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad* (2ª ed.). Bloomington: Indiana University Press, 1982, pp. 25-54.

actividades permitiram-lhe desdobrar-se em acções diferenciadas em vários continentes, conforme os seus interesses e a correlação de forças internas nos países onde interveio, apesar do apoio técnico e financeiro se basear num aparente pragmatismo apolítico.

Entre 1916 e 1940, além de promover campanhas sanitárias de combate às endemias, actuou também na promoção do ensino médico. Tal como noutras regiões do mundo, a Fundação Rockefeller aportou um significativo suporte técnico e financeiro à formação de profissionais médicos e de enfermagem no contexto português, onde estes eram insuficientes ou careciam da formação científica adequada.

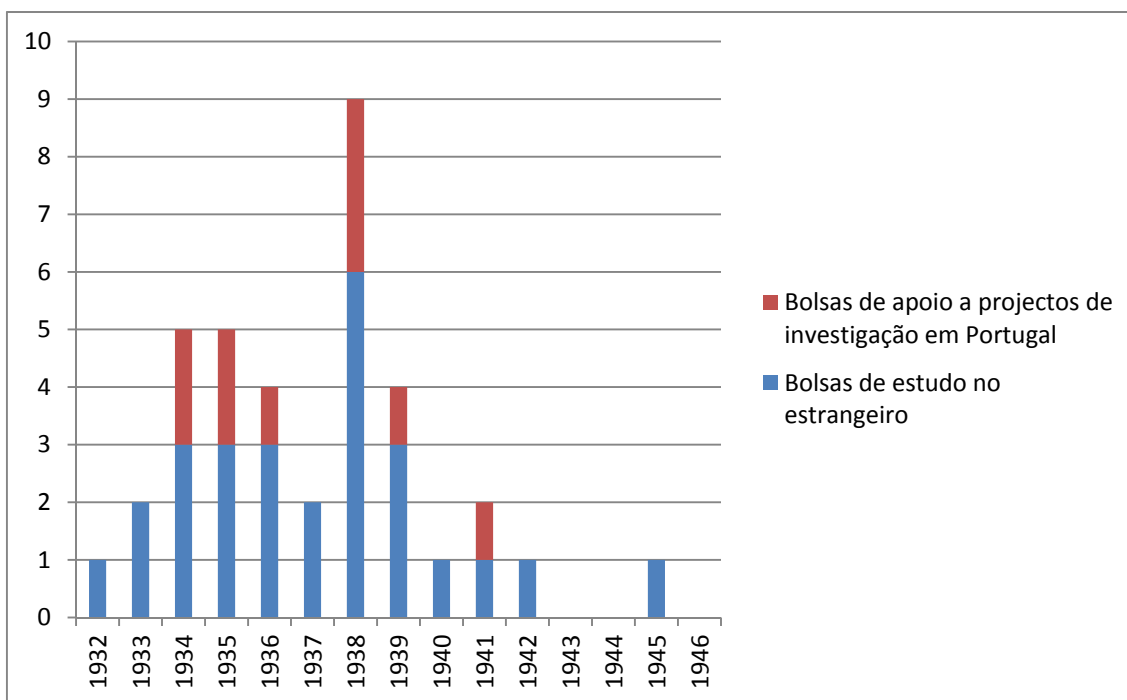
Se bem que tivesse começado a actuar em Portugal desde 1920, poucos anos após ser constituída, foi a partir dos anos 30 que o papel da Fundação se tornou mais evidente, e as somas investidas maiores. Durante este período, os apoios eram atribuídos exclusivamente nas áreas da ciência médica, educação para a saúde pública, combate ao sezonismo, e enfermagem de saúde pública.

Inicialmente, Portugal recebeu apenas literatura científica, sob a forma de assinaturas de periódicos médicos. O apoio na obtenção de literatura médica foi inicialmente tomado como medida de emergência depois de 1918. Realizada em países europeus com baixas taxas de câmbio, e onde a pesquisa e ensino médico foram duramente atingidos, particularmente em instituições incapazes de adquirir os periódicos estrangeiros que os colocavam em contacto com os recentes desenvolvimentos da medicina. No caso português, este apoio durou de 1920 a 1930, apesar de ter sido descontinuado na maior parte dos países europeus desde 1927. Em todo o caso, era um apoio residual e quase insignificante; basta referir que em 1922, das 1323 assinaturas remetidas a 216 bibliotecas médicas em 12 países europeus, apenas duas delas eram portuguesas.⁸⁶⁴

Será apenas em 1932 que se tomam os primeiros passos preliminares para estender a cooperação sanitária no nosso país. É a partir dessa altura que a cooperação da Fundação com a Direcção Geral de Saúde se torna regular. A concessão de várias bolsas, fossem de apoio a projectos de investigação em Portugal, ou destinadas a estudo no estrangeiro, eram disso um bom exemplo. (Ver gráfico 11)

⁸⁶⁴ Cf. THE ROCKEFELLER FOUNDATION. *Annual Report*. New York: The Rockefeller Foundation, 1922, p. 37.

Gráfico 11 - Bolsas de estudo e de investigação atribuídas em Portugal pela Fundação Rockefeller (1932-1946)



Fonte: extraído e condensado de THE ROCKEFELLER FOUNDATION. *Annual Reports*. 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959.

O apoio à pesquisa e combate da malária foi alvo de um financiamento particular, tendo-se realizadas várias experiências, num esforço de promover um controle satisfatório da endemia nos arrozais portugueses. As primeiras tentativas foram realizadas no sentido providenciar barreiras formadas por animais, de modo a atrair os mosquitos e proteger as populações, mas tal expediente não teve o sucesso pretendido.⁸⁶⁵ Em 1936 realizaram-se novas experiências conjuntas sobre a drenagem intermitente com vista ao controle da procriação de mosquitos, conduzidas com a ajuda do director da estação de agricultura experimental de Coimbra. De modo a conferir os meios para investigar e promover o combate ao sezonismo, três anos mais tarde, e em parceria com a DGS, construiu-se um novo laboratório em Águas de Moura, que se expandiu para o Instituto de Malariologia. Estabeleceram-se outras estações de pesquisa em locais estratégicos de prevalência da doença, para um mais adequado estudo do mosquito *Anopheles* endémico no território nacional. Continuaram as experiências com

⁸⁶⁵ Acreditava-se que a espécie local de mosquito *Anopheles* preferia alimentar-se em locais abrigados, do que em espaços abertos, sendo essa uma das razões pela qual essas barreiras – constituídas por coelhos e porcos – conferiam pouca ou nenhuma protecção.

a irrigação intermitente dos arrozais, em paridade com a pesquisa para encontrar um insecticida menos dispendioso.

De facto, os anos de 1933-39 foram de particular focalização na área da maláriologia, mas houve outros projectos financiados, como o caso da bolsa de 1000 dólares atribuída a Celestino da Costa, do Instituto de Histologia e embriologia de Lisboa, para o estudo das glândulas endócrinas e a sua relação com o sistema nervoso central. Também se atribuíram outras bolsas na área da medicina e da enfermagem, com o intuito de preparar pessoal sanitário para lugares específicos em serviços de saúde governamentais. Desde 1937, e com vista ao melhoramento dos programas de treino dos profissionais na educação para a saúde pública, o apoio redireccionou-se para institutos de higiene e escolas de enfermagem.

As actas da comissão directora do Instituto revelam que os contactos com o médico Rolla B. Hill, representante da Fundação Rockefeller, tinham começado em Outubro de 1936, altura em que Francisco Gentil manifestou a sua satisfação em ver concretizado o projecto de uma escola de enfermagem ligada ao IPO. O projecto estaria concluído em 1939, altura em a criação da escola é autorizada pelo ministro da educação, mas a construção do edifício estaria terminada apenas em 1944. Isso não impediu que o curso começasse a ser ministrado em instalações provisórias na Avenida da República, em Lisboa.

A guerra, que entretanto espoletara, afectou radicalmente as actividades da Fundação no exterior dos EUA. Em Junho de 1940 o gabinete de Paris foi encerrado, tendo-se procedido de imediato à abertura de um outro em Lisboa, que seria por sua vez encerrado em Julho do ano seguinte. Apesar de efémero, aos cerca de 12 meses da permanência deste gabinete temporário aproximaram ainda mais a Fundação da realidade sanitária portuguesa, ao mesmo tempo que permitiram um contacto mais directo entre os seus delegados e os responsáveis políticos da saúde.⁸⁶⁶ Houve uma mudança considerável na direcção geográfica das ajudas providenciadas, e também na ênfase conferida aos problemas imediatos levantados pela guerra, que em certa medida beneficiaram Portugal, um dos pouquíssimos países europeus que continuou a beneficiar dos fundos da Rockefeller durante a guerra.

⁸⁶⁶ Levanta-se aqui uma linha de investigação ainda não trilhada em Portugal: o apoio deste gabinete da Rockefeller à fuga de vários cientistas para os EUA. De acordo com o descrito em alguns relatórios da Fundação, as instalações do gabinete temporário de Lisboa foram engenhosamente usadas para agendar e preparar a saída de vários académicos europeus foragidos à guerra.

Após um período de expansão na Europa, a fundação viu-se na contingência de descontinuar a maioria das actividades nesse continente, devido à impossibilidade de manter o seu pessoal em condições adequadas de segurança. Apesar de contribuir com um programa de emergência relacionado com a guerra em várias partes do mundo, o fulcro do apoio sanitário deslocou-se quase inteiramente para a América do Sul.

Em 1941, os únicos projectos ainda activos em território europeu eram cinco, a esmagadora maioria deles em Portugal. Permaneciam activos três projectos: a investigação sobre malária, o apoio ao Centro de Saúde de Lisboa, e o financiamento da Escola Técnica de Enfermagem do IPO. Os dois restantes dividiam-se entre Madrid e Londres, mas sem o peso do financiamento atribuído aos projectos portugueses. Em 1942, o único programa de educação para a saúde pública no activo em todo o território europeu era o da ETE.

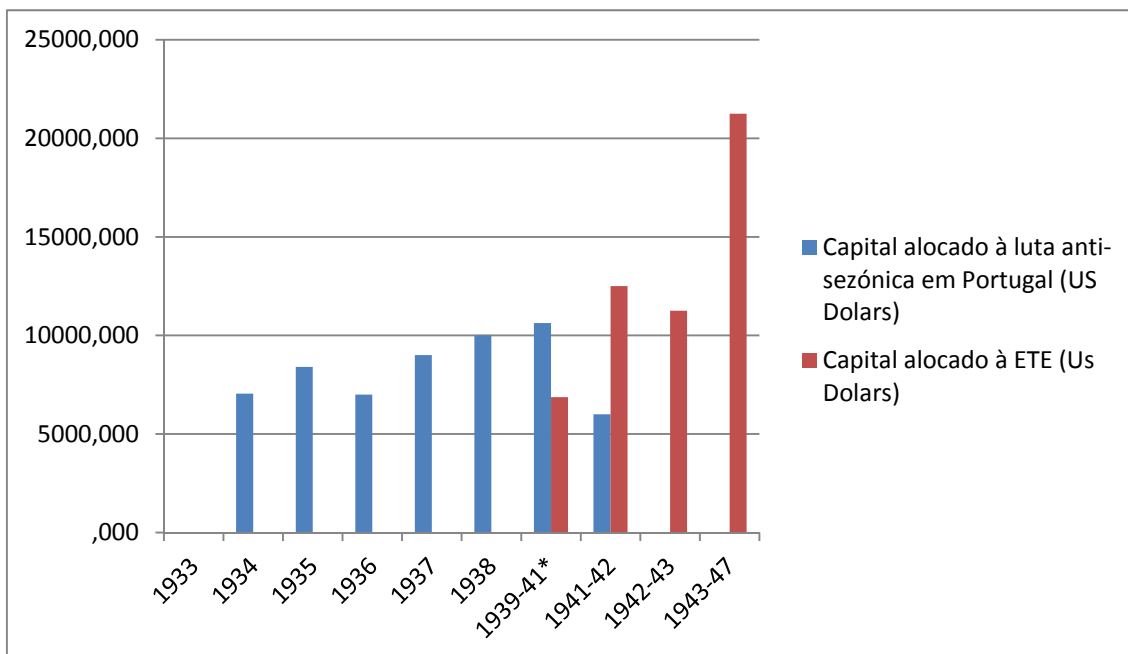
Em cooperação estreita com a Fundação Rockefeller, Francisco Gentil incentivou e promoveu directamente a criação de cursos e escolas, mormente a ETE de Lisboa, que em breve canalizaria a maior fatia dos apoios da Rockefeller em Portugal. O fulcro de actuação alterou-se significativamente, de tal forma que a alocação de recursos se viu totalmente condicionada pelo novo projecto educativo.

A partir de 1941, a criação da escola de enfermagem ligada ao IPO começou a absorver uma parte muito considerável das contribuições financeiras da Fundação ao nosso país, tornando-se mesmo no projecto com maior volume de capital atribuído desde o início da década.

Os fundos que desde 1933 foram investidos na luta anti-sezonática, grave problema endémico em algumas regiões do país, foram progressivamente descontinuados, dando lugar a um novo projecto de preparação de profissionais de saúde, também eles muito voltados para as áreas da saúde pública.

Com efeito, o estabelecimento da ETE foi uma das acções mais importantes do IPO, realizado sob a égide da Fundação Rockefeller. (Veja-se os gráficos 12 e 13)

Gráfico 12 – Comparação entre os fundos alocados pela Fundação Rockefeller à luta anti-sezonalítica e à Escola Técnica de Enfermeiras (1933-1947)

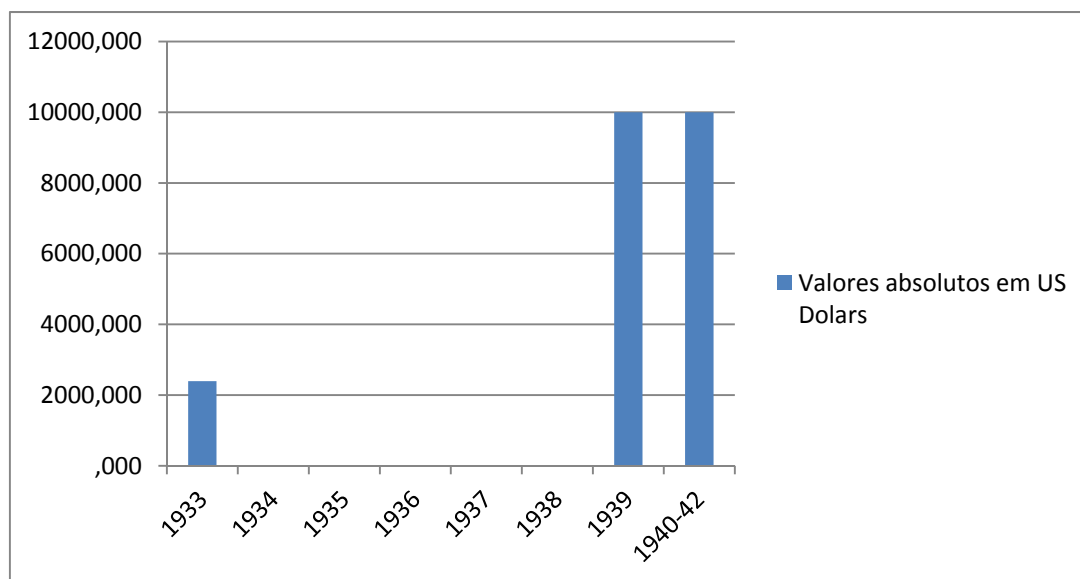


Os valores referem-se apenas à luta anti-sezonalítica e à Escola Técnica de Enfermagem de Lisboa.

*O capital alocado à ETE corresponde apenas ao ano de 1941.

Fonte: extraído e condensado a partir de THE ROCKEFELLER FOUNDATION. *Annual Reports*. 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959.

Gráfico 13 – Fundos alocados pela Fundação Rockefeller à Direcção-Geral de Saúde (1933-1942)



Alocação de fundos da Fundação Rockefeller à Direcção-Geral de Saúde (1933-1942). Os valores relativos ao triénio 1940-42 correspondem ao capital total acumulado para esse período.

Fonte: extraído e condensado de THE ROCKEFELLER FOUNDATION. *Annual Reports*. 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959.

É inegável que o apoio desta fundação teve um papel determinante na nova identidade profissional da enfermagem portuguesa. Aspectos determinantes dessa mudança são a qualidade da formação, o cuidado colocado na selecção das candidatas e a resultante nova credibilidade da profissão. A escola modelo que se criou foi fortemente influenciada pelo modelo norte-americano, fosse ao nível da organização e funcionamento, fosse ao nível do currículo adoptado. Com efeito, o modelo era semelhante ao implantado na Universidade de Toronto, no Canadá. Em paridade, a Rockefeller imprimiu-lhe a sua orientação pedagógica, marcada por critérios universalistas, dedicação integral dos professores, ênfase na pesquisa, definição de padrões técnicos de trabalho para a enfermagem hospitalar e de saúde pública, a par da difusão de um enfoque operacional para a organização das campanhas sanitárias.

Na dependência directa do Instituto, a ETE tinha por objectivo preparar um corpo e enfermagem para o IPO, mas também enfermeiras de saúde pública, tendo continuado a receber apoios financeiros da Rockefeller durante os anos 40 e 50, que incluíram várias bolsas nos EUA, e inclusive uma bolsa de formação para a nova directora da escola, ao mesmo tempo que uma enfermeira norte-americana assegurava o lugar durante a ausência da candidata. As bolsas de estudo atribuídas durante os anos 50 para o aperfeiçoamento de algumas graduadas da ETE na América do Norte, a par da utilização dos programas de formação da escola portuguesa em projectos da OMS, são um sintoma do salto qualitativo da enfermagem promovida no seio do IPO.

A inauguração do edifício da escola em Maio de 1944 era a marca visível de um processo que mudaria a face da formação da enfermagem portuguesa, imagem plasmada no sentido de modernidade científica e profissional do próprio IPO, e devedora do habitual apoio do Governo à causa da luta contra o cancro: *“Ao espírito de iniciativa, à persistência e à preocupação pelos interesses dos doentes que têm presidido à execução da obra do Instituto Português de Oncologia e à ajuda e compreensão que os poderes públicos lhe têm dispensado, se deve mais esta realização, de uma enorme importância para a solução da nossa assistência médica, criando as possibilidades de se formar um corpo de enfermagem digno das actuais exigências hospitalares.”*⁸⁶⁷

Assente num programa de estudos recomendado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras e pela Liga de Educação de Enfermeiras, a directora da escola, Maria Angélica Lima Basto Hansen, não deixou de referir o salto qualitativo que a nova

⁸⁶⁷ *Boletim do IPO*. Vol. 11. N° (1944), p.

formação conferia: “*Passaram estas senhoras atravez de todas as fazes que o nosso curso lhes oferece, desde o primeiro período dedicado ao estudo das ciências básicas (...) que compreende o estudo das ciências biológicas, sociais e arte de Enfermagem, prepararam-se teoricamente e fizeram os seus estágios hospitalares de oito horas diárias em tudo o que respeita a enfermagem médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica, de doenças mentais e infecto-contagiosas, tiveram a sua educação teórica e prática sobre enfermagem de saúde pública e por fim tiveram o necessário treino em administração e ensino nas enfermarias.*”⁸⁶⁸

Dez anos após a inauguração, muitas das enfermeiras diplomadas acabaram por ser absorvidas pela instituição, principal beneficiada com um trabalho de enfermagem muito diferente daquele percebido até então:

*“Ora, nós temos de reconhecer que até há pouco tempo as exigências dos hospitais portugueses em matéria de enfermagem eram modestas. Os hospitais de provincia consideravam o diploma dos enfermeiros como luxo desnecessário. Mesmo nos hospitais das maiores cidades os médicos atribuam aos enfermeiros uma função predominantemente de vigilância sobre os doentes. A intervenção deste pessoal no tratamento dos enfermos era limitadíssima. Em 1940 iniciou-se entre nós um novo ciclo do ensino da enfermagem com a abertura da Escola do IPO. Não obstante o alto nível técnico, único entre nós, é certo que as dimensões reduzidas desta escola e as grandes despesas pessoais e orçamentais a que obrigou e obriga não lhe permitiram influir, como seria de desejar, na assistência pública. As enfermeiras ali diplomadas, em número reduzido, têm ficado, na sua maior parte, ao serviço do IPO. Só uma ou outra tem vindo servir em estabelecimentos exteriores.”*⁸⁶⁹

Apesar de um novo sentido de autonomia profissional e formativa que se pretendia ver associado à enfermagem, no caso da ETE manteve-se quase sempre uma visão hospitalocêntrica da profissão, a par de uma permanente tutela médico-hospitalar da enfermagem. Prova disso é o papel desempenhado pela comissão directora do IPO, totalmente constituída por médicos, que indicavam os professores e prelectores da escola, mesmo que a direcção da ETE os pudesse substituir por quem e quando entendesse. Por outro lado, o facto de existirem ligações familiares directas entre

⁸⁶⁸ *Boletim do IPO*. Vol. 11. Nº (1944), p.

⁸⁶⁹ CC, 1954.

elementos destacados da comissão directora do Instituto e da direcção da ETE nos seus primeiros anos, prefigura igualmente a existência de estratégias de poder dentro de uma estrutura escolar que se manteve longo tempo sob a alçada directa da comissão directora do Instituto.

Em suma, era um espaço académico, dedicado à formação de novos profissionais de saúde, sendo ao mesmo tempo um campo onde conviviam competências profissionais diversas, mas complementares, num espaço que também era um lugar de concorrências.

É possível encontrar nas origens e premissas de funcionamento desta escola os sinais de um poder simbólico, assente no pensamento de Pierre Bourdieu. Neste sentido, trata-se de um lugar onde se produz a identidade de um grupo, tanto profissional quanto cultural, e onde a relação que se estabelece entre o espaço académico e a sociedade configura a existência de um campo de relações entre competências profissionais, conhecimento leigo e ideologias da época.⁸⁷⁰ O caso da ETE é singular: durante longo tempo a enfermagem do IPO manteve uma posição distinta das demais instituições, regendo-se por normas e tomadas de decisão internas, fosse no respeitante ao recrutamento das profissionais, na sua promoção e acesso a cargos de chefia, ou ainda no referente às condições de trabalho.

A autonomização da enfermagem dentro do Instituto tomou nova forma a partir de 1957, quando é criado um órgão de direcção presidido por uma enfermeira que detinha a competência para decidir sobre todos os actos e actividades próprias dos profissionais. A nova figura criada, a Superintendente de Enfermagem, foi mais um passo na autonomização da classe dentro da estrutura hospitalar do Instituto.

A formação contínua, que continuou a ser valorizada e subsidiada com estágios e cursos de especialidade em centros norte-americanos, permitiram manter um elevado grau de preparação das profissionais, vista acima de tudo como uma missão institucional. Os programas de aperfeiçoamento individual, solicitados à ETE por enfermeiras nacionais ou estrangeiras, quase sempre a título institucional (OMS British Council, Escolas de enfermagem, etc) espelham a existência de um lugar de proeminência formativa na enfermagem portuguesa.

Com efeito, o resultado da ETE encontra-se plasmado no lugar de destaque que muitas das suas formandas entretanto passaram a ocupar nos 25 anos seguintes à inauguração da escola, em particular nas chefias de enfermagem quer em hospitais

⁸⁷⁰ Cf. BOURDIEU, Pierre – *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

públicos como privados, e ainda a actividade desenvolvida no estrangeiro ocupando cargos em organizações internacionais, nomeadamente na OMS. Não tendo inicialmente a pretensão de preparar enfermeiras para posições de chefia ou ensino, o facto é que muitas delas foram chamadas a ocupar posições desse tipo, razão pela qual nos anos 60 era designada oficiosamente como “Escola de Monitoras.”

4.4 – Especialização oncológica e valorização de um saber

Enquanto especialidade medicamente diferenciada e oficialmente reconhecida, a Oncologia trilhou um percurso próprio, que não se desliga de uma linha de força mais lata, mas que apresenta especificidades próprias. A especialização dos profissionais de saúde, que se acentuou particularmente desde o período entre guerras, é, em parte, o resultado da introdução de instrumentos tecnológicos e/ou técnicas específicas, acentuando a necessidade de uma maior divisão do trabalho médico.

Com efeito, a ciência médica explodiu e fragmentou-se. Deixa-se de poder contar com o generalista ou clínico geral para cuidar de todos os tipos de problemas sanitários, e como consequência, desenvolve-se uma tendência no sentido da divisão de competências e responsabilidades, feita cada vez mais na senda de uma maior diferenciação profissional dentro da própria classe.⁸⁷¹

Embora esta tendência para a especialização se começasse a desenhar desde meados do século XIX, altura em que surgem as primeiras especialidades, é a partir da 2ª Guerra Mundial que a delimitação de áreas de competência exclusiva se acentua de modo ainda mais evidente.

Geralmente melhor remunerados e com um maior prestígio dentro da própria classe, os médicos especialistas exercem um papel progressivamente mais proeminente na mentalidade e imaginário populares, bem como na escolhas dos jovens que ingressam no curso de medicina.⁸⁷²

Esta pulverização de competências dentro do mesmo grupo profissional pode ser vista como resposta natural ao progresso da ciência e técnica médica, mas também como resultado de uma crescente procura dos serviços de saúde por parte da população, ou mesmo como o reflexo da luta de interesses dos médicos pelo monopólio da

⁸⁷¹ Lyons e Petrucelli apontam três razões principais para a divisão do trabalho em medicina, de acordo com a lógica dominante imposta à produção industrial sob o impulso do desenvolvimento do capitalismo. São elas: o enorme incremento da informação e do conhecimento (veja-se o caso da patologia), sob o impulso da revolução bacteriológica; o aparecimento de técnicas sofisticadas que requerem uma experiência específica (urologia, laringologia, cirurgia plástica), e por fim, a produtividade, que se traduz em menos horas de trabalho, mais honorários e mais prestígio. Cf. LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. – *Historia de la medicina*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1991, p. 538.

⁸⁷² Cf. MENDES, Abílio T. – “Os jovens e a medicina geral.” *O Médico*. Nº 1018 (4 de Março de 1971), p. 818. O mesmo autor recorda-nos com algum humor as palavras de um ignoto médico que resumia nas seguintes palavras a dicotomia entre o médico especialista e o generalista: “*Pois é! Nós fazemos o diagnóstico, aguentamo-los até à mesa de operações, seguimo-los na convalescença e quem os salvou foi o cirurgião.*”

profissão. Esta nova procura não seria apenas uma resposta a necessidades objectivas, mas sim o fruto de uma transformação social das necessidades, da qual resultaria uma decisiva participação do grupo profissional interessado.⁸⁷³

Nos anos subsequentes ao pós-guerra, havia mesmo quem encarasse este processo de especialização como um elemento reducionista e compartimentador da acção médica, mormente pelo mero funcionalismo a que poderia ficar votada, mas também pela eficácia dos novos modelos organizacionais em que se passava a basear a prática da medicina.⁸⁷⁴ Temia-se inclusive que o âmago filantrópico da própria medicina se desvirtuasse e esbatesse no seio de tal explosão tecnológica, defendendo acaloradamente os princípios morais que desde sempre nortearam o acto terapêutico e simbólico praticado pelo médico.⁸⁷⁵ Estes “temores” não deixaram de ser igualmente partilhados por uma parte significativa e proeminente da própria classe, ciente do crescente realce da técnica e da especialização do trabalho médico no devir do pós-guerra.⁸⁷⁶

Mas mais do que uma especialização médica que podia ser encarada como redutora, assiste-se sobretudo a uma *industrialização* da produção hospitalar. O acto médico, conjunto até então indivisível do diagnóstico, decisão terapêutica e tratamento,

⁸⁷³ Tomando como exemplo a Noruega, o sociólogo Hofoss discute estas hipóteses de explicação do processo de especialização médica, concluindo que o processo de especialização médica e muito em particular do pessoal paramédico (que constituiu o grosso da especialização no sector da saúde norueguês, a seguir à II Guerra Mundial) não pode ser visto apenas como um produto de estratégia profissional ou mero reflexo directo do desenvolvimento científico e técnico, mas também como um fenómeno induzido pela procura. Esses dois primeiros factores influenciaram seguramente a especialização, mas o processo de especialização acaba por ser primordialmente induzido pela procura e, no caso específico da Noruega, pode ser visto como uma série de soluções de circunstância para os problemas críticos de falta de pessoal. Veja-se HOFLOSS, D. – “Health professions: the origin of species.” *Social Science & Medicine*. Vol. 22. Nº 2 (1986), pp. 201-209.

⁸⁷⁴ “A acção médica foi organizada como empresa, graças à separação dos meios da propriedade e da livre disposição do indivíduo. Clínicas, caixa de previdência, laboratórios de investigação colocam-se de premeio entre médico e doente. Gera-se um mundo que possibilita um fazer médico imensamente intensificado na sua eficácia, mas que, em seguida, reage contra a condição médica. Os médicos convertem-se em funções: como médicos de clínica geral, médicos especialistas, médicos de hospital, técnicos especializados, médicos de laboratório, radiologistas.” In JASPERS, Karl – *O Médico na Era da Técnica*. Lisboa: Edições 70, 1986, p. 43. Conferência proferida no 100º Congresso da Sociedade Alemã de cientistas da natureza e médicos em Wiesbaden no ano de 1958.

⁸⁷⁵ “Pertence à sua essência tratar filantropicamente, inclusive onde não pode curar, e assistir ainda ao doente sem esperança. O médico manifesta ao doente (...) uma atitude que lhe ordena dar ainda o máximo de responsabilidade ao infeliz que ele não pode sarar, honrar ainda nele o homem”. In JASPERS, Karl – *O Médico na Era da Técnica*. Lisboa: Edições 70, 1986, p. 16.

⁸⁷⁶ Veja-se o resumo do discurso do eminente médico Vallery-Radot na “Festa da consagração da Medicina.” *O Século* (5 de Dezembro de 1954).

passa a ser dividido em várias intervenções complementares efectuadas por pessoal médico e paramédico especializado no seio de unidades, também elas, tecnicamente diferenciadas. As diferentes sociedades e associações médicas que entretanto emergem, são também a manifestação prática desta fragmentação de saberes, ao procurarem autonomizar-se e desenhar um espaço próprio de actuação e acreditação. Em 1952, Portugal contava pelo menos 20 organizações desta natureza, entre sociedades e associações, quase todas dedicadas a uma especialidade médica.⁸⁷⁷

O caso da luta contra o cancro e o desdobramento das abordagens terapêuticas que se lhe vão associando, servem para fazer destacar os profissionais médicos que a ele se dedicam e incluí-los num nicho de especialização próprio, distinto dos demais por se realizar enquanto especialidade de grupo e não enquanto especialidade individual. O papel desempenhado pela tecnologia e os processos de negociação informal com outros ramos da medicina, permitiram garantir a posse de um monopólio terapêutico próprio.

Estabelecida de modo paralelo com as demais campanhas sanitárias desenroladas na primeira metade do século XX, como eram a sífilis, a tuberculose, e a saúde materno-infantil, a luta contra o cancro contribuiu não só para a institucionalização da oncologia nacional, mas também para a formação de áreas de especialização dentro da própria oncologia, particularmente no caso da radioterapia. Trata-se de um processo convergente à demais medicina portuguesa do primeiro terço do século, onde a especialização médica encontrou nas campanhas sanitárias uma forma de fortalecimento dos seus interesses profissionais, contribuindo para o enquadramento da procura de determinados serviços médicos, e, em paralelo, para a consolidação institucional de novas áreas.

As campanhas sanitárias de inícios do século XX são coincidentes com a aparição de áreas médicas pouco consolidadas, pouco definidas ou de definição recente, o que equivale a dizer que coincidem com o surgimento de mercados médicos inexistentes ou de concepções disciplinares ainda incipientes, de que é exemplo maior a cancerologia.

O exemplo do percurso português da oncologia, mostra que a individualização de uma nova especialidade médica depende de vários factores. Se por um lado a aparição de novos meios técnicos justifica a existência de profissionais para os manusear, é ainda necessário dispor de um número suficientemente alargado de doentes a tratar. A

⁸⁷⁷ Cf. estas diferentes associações em COSTA-SACADURA, Sebastião Cabral da – “Para a História das Sociedades e Revistas Médicas Portuguesas.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 116. Nº1-3 (1952), pp. 17-22.

especialização resulta de conhecimentos ao mesmo tempo favorecedores e enriquecidos pela experiência acumulada, criando informação suficientemente vasta que justifique o processo de especialização. Estas evoluções dependem igualmente de um contexto médico e social favorável à promoção da saúde das populações, bem como ao trabalho dos que exercem a prática da medicina.

Como resultado da nítida progressão no diagnóstico e tratamento do cancro, o ensino diferenciado e individualizado da oncologia em contexto universitário tornou-se frequente a nível internacional, sobretudo nos EUA, mas também noutros países, sobretudo europeus.⁸⁷⁸ A própria sub-especialização tornou-se uma realidade, e já não eram só a radioterapia e a medicina nuclear que se autonomizavam no seio da oncologia. Em 1972, a *American Board of Internal Medicine* reconhecia a oncologia médica como uma sub-especialidade, criando tensões entre a oncologia e a hematologia, quando cada uma das disciplinas defendia a sua identidade.

Nos finais dos anos 50, e em consonância com o que acontecia um pouco por todo o globo, a oncologia firmou-se enquanto disciplina médica reconhecida, tornando-se ainda mais diferenciada nos anos 60. Em finais da década de 50 estava em franco crescimento o número de Faculdades de Medicina que incluíam no seu ensino disciplinas de cancerologia, assistindo-se a uma multiplicidade cada vez maior de cursos de especialização no mesmo ramo. Na Inglaterra, a par do ensino de base de cancerologia, passou mesmo a existir ensino pós-graduado para manter os médicos a par dos progressos e terapêutica do cancro e ainda um curso superior que assegura a formação de cirurgiões, radioterapeutas e médicos que se quisessem especializar no tratamento do cancro.

No caso português, a especialização oncológica foi potenciada pelo contexto médico-sanitário internacional coevo. Desde 1932 que o título de médico especialista se encontrava regulamentado por legislação própria,⁸⁷⁹ que previa 12 especialidades, obtidas em contexto universitário, mas dependentes de um estágio de três anos em serviços da respectiva especialidade. Este estágio, tanto podia ser realizado em Portugal como no estrangeiro, terminava com avaliação feita pelo director do respectivo serviço clínico. A oncologia, ou cancerologia como era habitual dizer-se, não fazia parte do rol

⁸⁷⁸ A criação de uma cadeira de oncologia na Faculdade de Medicina de Paris em 1950, é um desses exemplos do pós-guerra. Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 17. Nº 4 (1950), p. 4.

⁸⁷⁹ Cf. Decreto nº 21 580, de 10 de Agosto de 1932.

dos 12 títulos atribuíveis. Apesar de haver especialidades especificamente ligadas a doenças prevalentes, caso da Tisiologia (tuberculose) e da Dermatologia e sífiligrafia (sífilis), no caso do cancro não estava prevista a criação de uma categoria nova de especialidade, apesar de os médicos em estágio no IPO conduzirem o seu trabalho como especialistas nessa área do saber médico, nas suas diferentes vertentes.

Apesar disso, nos anos 30 a oncologia, era vista pela generalidade dos médicos como um domínio de especialização. Muito própria e interdisciplinar, mas uma área que se autonomizava a passos largos, criando campos diversos de micro-especialização que de futuro acabariam por se tornar elas próprias, especialidades de pleno direito. As várias vertentes do saber médico que nela se conjugavam conferiam-lhe um cunho muito próprio, diferente de todas as demais especialidades tidas por tradicionais até então. Num discurso claramente imbuído dos novos desígnios da medicina e da formação médica, Jaime Salazar de Sousa traçou claramente esta visão de uma especialidade oncológica em 1932:

*“O cancro é hoje uma especialidade, está na ordem do dia, e já aludi aos progressos que, pelo estudo bioquímico e físico-químico, vai fazendo o seu conhecimento. O alargamento que a anatomia patológica tem adquirido neste ramo é enorme: seria uma larga citação para a qual aliás a minha competência é muito limitada. O tratamento pelas radiações são quasi uma especialidade dentro da especialidade, (...)”*⁸⁸⁰

Em Portugal, o ensino da cancerologia foi sempre visto num patamar pós-graduado de natureza complexa, e para o qual a ligação do Instituto de Oncologia à Universidade era encarada como fundamental. Os conhecimentos básicos sobre o cancro eram lecionados nas três faculdades de medicina desde 1911, encontravam-se dispersos pelos conteúdos de várias cadeiras. A primazia era dada à cirurgia, e só mais tarde passou a incluir as esperanças terapêuticas das radiações, que exigiam formação em contexto extra-nacional, obrigando a estágios noutros países, sobretudo em França. A radioterapia, enquanto proposta terapêutica e foco de especialização médica, consolidou-se graças à luta contra o cancro, e ao papel que sempre desempenhou no IPO. O custo elevado das instalações, dos equipamentos, e a necessidade de realizar estudos experimentais em grande número de doentes, fez do Instituto o lugar ideal para a implantação dos novos

⁸⁸⁰ SOUSA, Jaime Salazar de – “Necessidades actuais do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano L. Nº 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 385.

recursos. Por conseguinte, o número de doentes submetidos às diferentes técnicas de radioterapia foi crescente, multiplicando-se com o passar dos anos, e com as progressivas melhorias das condições físicas entretanto disponibilizadas pelos investimentos.

Para todos os efeitos, a especialização em oncologia era muito particular, constituindo-se como especialidade «de grupo». Cada especialista, qualquer que fosse o seu ramo de especialidade geral, tinha de possuir uma formação oncológica, que só tinha possibilidade de adquirir através de um ensino aprofundado em estabelecimentos altamente organizados e adequadamente equipados, como se tinha tornado o IPO. Mais do que um hospital para doentes oncológicos, era um centro de investigação e de formação pós-graduada. A filosofia de centro anti-canceroso e de concentração de especialidades médicas ligadas ao cancro, permitiu elevá-lo ao estatuto de casa-mãe do processo de especialização da oncologia portuguesa. Em 1947, e já no rescaldo de 20 anos de vida da instituição e de luta contra o cancro, Francisco Gentil reiterava que: *“Posso afirmá-lo e assim ajudar a demonstrar a vantagem para o tratamento dos cancerosos da existência de instituições especiais para receber, diagnosticar e tratar os casos de oncologia, pela comparação do que observei nos serviços de Clínica Cirúrgica da Faculdade durante os 47 anos em que aí exerci como auxiliar ou como professor, e os últimos 20 anos vividos no Instituto do Cancro, cercado de profissionais só nesta especialidade consagrados, e em meio bem preparado e dispendo de todos os elementos de diagnóstico e de tratamento.”*⁸⁸¹

O desenvolvimento da moderna cancerologia do pós-guerra levou a compreender a necessidade de especialistas profundamente preparados e dedicados a um ramo da ciência, que exigia um espírito de ligação e colaboração íntima com todas as outras, apesar dos seus problemas particulares e métodos de estudo próprios.

A observação atenta dos artigos e avisos sobre acções de formação voltadas para o ensino da oncologia, e expostos no *Arquivo de Patologia* e no *Boletim do IPO*, permitiu-nos contactar com um esforço continuado de formação médica, que se podemos apodar de intenso para o período que medeia entre 1923 e 1939, com mais justiça adjectivaríamos de explosivo a partir de 1945 em diante, alterando-se na sua

⁸⁸¹ Conferência de encerramento do II Congresso Luso-Espanhol de Obstetrícia e Ginecologia em Lisboa em 1947. Reproduzido in GENTIL, Francisco – “Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 20. Nº 2 (1948), p. 139.

orientação a partir de 1956, mas sem perder o nível de profundidade que entretanto adquiriu.

Se para o período entre 1923 e 1939 a formação em áreas da oncologia serviu um propósito de formação e aperfeiçoamento dos colaboradores directamente implicados na vida diária da instituição, no pós-guerra a questão do aperfeiçoamento e formação contínua manteve-se, mas desta feita mais alargada à formação médica em fase pós-graduada.

Os relatórios publicados anualmente entre 1949 e 1956 dão-nos conta de uma actividade de ensino muito apreciável quando enquadrada no restante contexto universitário nacional, e na qual participaram regularmente os médicos do Instituto, professores das faculdades de medicina e ainda individualidades de nome reconhecido na cancerologia internacional, ligados ou não à instituição. Toda a actividade académica era noticiada na imprensa diária, e no *Boletim* encontram-se publicados os resultados e resumos de cada uma das conferências. Às habituais palestras semanais, realizadas pelo pessoal médico e técnico, realizaram-se centenas de conferências sobre diversos problemas de oncologia, proferidas por alguns cientistas nacionais e muitos estrangeiros.⁸⁸² Algumas destas foram seguidas pela projecção de filmes legendados, cedidos na sua maioria pelos serviços culturais e de imprensa dos EUA, tanto mais que a produção fílmica nacional de natureza médico-científica era muito limitada.⁸⁸³ O cinema didáctico e educativo, principalmente dedicado a médicos e enfermeiros, também chegou a incluir sessões recreativas destinadas aos doentes.

Até 1960, realizaram-se nada menos que 86 conferências por professores e médicos estrangeiros, e outras 440 pelos médicos da casa, inseridas no contexto da actividade académica.⁸⁸⁴

⁸⁸² O extenso rol de personalidades internacionais ligadas ao universo da investigação e terapêutica anti-cancerosa era notável, incluindo: G. Gander, C. Crafoord, Price Thomas, A. Fieschi, Raffaele Paoulucci, Jean Louis Nicod, Garcia Baron, Couniot, Armando Gibert, Puig Sureda, E. Storti, Rieper, Pierre Lépine, Mariano Lopez Bélió, J. Maisin, A. Lacassagne, J. Lemoine, H. Martins, Seligman, Haddow, Bladergroen, Pomerat, Alfredo Monteiro, Brinkman, N. Veall, Abbat, Werner Teschendorf, e outros. Os resumos das inúmeras conferências encontram-se ao longo dos números do *Boletim do IPO*.

⁸⁸³ Sobre a produção cinematográfica médica veja-se CUNHA, Paulo – “O filme científico português durante o Estado Novo: o caso particular do filme médico.” In *Estudos do Século XX*. Nº 5 (2005), pp. 411-428. Como curiosidade, refira-se que em 1953 a luta contra o cancro chegou a ser alvo de uma produção cinematográfica nacional, com fins promocionais e propagandísticos, intitulada Luta Contra o Cancro (1953) e produzida pela Sociedade Portuguesa de Actividades Cinematográficas.

⁸⁸⁴ Cf. “Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades.” *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 6 (1961), p. 8.

Além disso, realizaram-se vários cursos de oncologia, física, física nuclear, radioterapia, electrónica aplicada à biologia, radiobiologia e radiofísica, focando os principais problemas clínicos e terapêuticos da oncologia. Desenvolvida e praticada no IPO, esta fase do ensino deveu-se sobretudo à orientação e persistência de Francisco Gentil, no período subsequente à sua jubilação. Foi delineada em consonância com a ideia de promoção científica da instituição, voltada mais para um esforço de actualização permanente do seu pessoal médico e técnico, do que para o exterior. A actividade académica desenvolvida entre Outubro de 1951 e Julho de 1952 é exemplificativa dessa tendência. Nesse ano lectivo, realizaram-se 25 conferências, entre duas a três por mês, com 726 presenças constituídas por pessoal do Instituto, numa média de 29 presenças por conferência. A afluência era variável mas rondava os cerca de 50% do pessoal convidado do próprio Instituto.⁸⁸⁵

As expressões utilizadas na definição da actividade formativa dividiam-se em “Actividade Académica” e “Actividade Escolar”, se bem que na prática, ambas acabavam por se interligar. Ambas expressões traduzem o pensamento de um ensino da oncologia igualmente voltado para a formação e sensibilização da classe médica, tanto em fases precoces da formação graduada dos alunos de medicina, quanto na fase pós-graduada e formação contínua. Mesmo assim esta não era a primeira intenção da formação realizada no Instituto.

Desde que Lima Basto assume os destinos directivos do IPO, torna-se mais clara a existência de uma orientação diferente relativamente ao ensino da cancerologia. Definia-se uma posição concreta relativamente à necessidade de individualizar a oncologia como uma especialidade de grupo, servida por ciências básicas em rápido progresso, mais rápido ainda do que o experimentado por Gentil antes de 1939. Tal não significa que a orientação de Lima Basto rompesse totalmente com a habitual promoção científica do Instituto. Pelo contrário, mantiveram-se as oportunidades de tomar contacto e conhecimento directo com figuras eminentes da cancerologia internacional, caso dos prelectores do Simpósio sobre Ginecologia Endócrina (7-12 de Maio de 1962), das Semanas do Cancro (1963, 1964 e 1965).

Mas a par destas, o ensino pós-graduado assume novo relevo com o Curso sobre Oncologia para Pós-Graduados, entre 5 de Março e 27 de Abril de 1963, ou o Simpósio sobre Carcinoma do Útero em 1966. A orientação pedagógica sofre um

⁸⁸⁵ Cf. “Actividade Académica do Instituto Português de Oncologia em 1951-1952.” *Boletim do IPO*. Vol. 19. Nº 7/9 (1952), pp. 28-29.

redireccionamento, de tal modo que as principais características deste tipo de ensino passam a ser as lições teóricas sobre os temas de maior interesse para a oncologia, a apresentação de casos clínicos e as demonstrações de métodos de diagnóstico e tratamento utilizados em oncologia clínica.

Conquanto o cancro pertencesse à casuística diária, não existia nas Faculdades de Medicina uma única disciplina integrada de cancerologia, de modo que a formação pós-graduada fornecida em Palhavã era a única disponível. Até 1961, nele trabalharam oficialmente mais de 350 médicos, quer como assistentes, quer como estagiários, contando-se entre eles vários professores catedráticos e assistentes nas três faculdades de medicina. Muitos houve que foram enviados ao estrangeiro para frequentarem outros serviços especializados a fim de adquirirem ou melhorarem a sua preparação, ou como bolsiros do IAC ou em missões particulares ou com o auxílio da LPCC.⁸⁸⁶ Mas a questão sobre a criação de uma especialidade não era apenas vivida no contexto interno, sendo uma questão de grande pertinência e alvo de discussão regular na imprensa especializada: deveria ou não considerar-se a cancerologia como uma especialidade médica?

A resposta nem sempre era homogénea, mesmo para aqueles que se dedicavam em exclusividade a essa área da medicina, caso de Lima Basto que também se desviava de uma resposta directa, apesar de defender a existência de estabelecimentos especializados no ensino e investigação, abrangendo uma especialidade de grupo onde fosse possível definir a orientação terapêutica das doenças oncológicas, muito mais do que um local de assistência especializada.⁸⁸⁷ A principal corrente a este respeito, seguida tanto em Portugal como noutras partes do mundo, (em especial no Brasil, país que sofrera alguma influência da planificação anticancerosa portuguesa) acreditavam que a formação de médicos habilitados à condução da luta contra o cancro só seria possível quando realizada no seio de Institutos do Cancro, através do sistema de residência. Se por um lado a cancerologia não precisaria de ser, necessariamente, uma especialização profissional, esses estabelecimentos eram uma necessidade absoluta, tanto mais que seriam “(...) a única forma de obter uma grande concentração de portadores de tumores malignos e obter um trabalho permanente, em conjunto, das

⁸⁸⁶ Cf. “Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades.” *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 6 (1961), p. 7.

⁸⁸⁷ Cf. as palavras de Lima Basto na abertura do in “Curso de Oncologia para Pós-Graduados.” *Boletim do IPO*. Vol. 30. Nº 4 (1963), pp. 2-8.

várias disciplinas. O carácter pioneiro desses institutos faz progredir rapidamente os meios de diagnóstico e tratamento dos tumores. A pesquisa clínica é incentivada e as investigações experimentais são uma consequência natural da necessidade de esclarecer inúmeras questões, que surgem dos próprios problemas clínicos.”⁸⁸⁸ Ou seja, nada que já não fosse defendido pelo menos desde os anos 20.

A multiplicação dos desafios tecnológicos, a sua complexificação e as diferentes premissas de aplicação, acentuaram o desequilíbrio entre uma investigação institucional feita por técnicos de saúde altamente especializados e a prática clínica de muitos médicos dispersos pelo país sem a preparação e o conhecimento necessário à abordagem de uma doença complexa, de tratamento cada vez mais complexificado. A oncologia tornava-se uma especialidade cuja necessidade era lógica e necessária aos olhos daqueles que diariamente lidavam com um ramo incontornavelmente abrangente da medicina do pós-guerra. Em 1963 Toscano Rico resumiu esta necessidade no discurso de abertura do Curso de Oncologia para Pós-Graduados, na altura o primeiro curso especializado de cancerologia realizado sob a égide da Faculdade de Medicina de Lisboa:

*“A Cancerologia é um sector das Ciências Médicas actualmente em plena e pujante evolução. Os meios terapêuticos, inicialmente confinados à Cirurgia e aos Raios X ou ao Rádio, multiplicaram-se com a inclusão dos radionuclídeos e de uma prometedora quimioterapia que dia a dia se vai alargando. Mas esta variedade de meios tornou simultaneamente mais complexa a judiciousa aplicação dessa terapêutica.”*⁸⁸⁹

Para todos os efeitos, o ensino da Oncologia foi desde o início uma das principais preocupações dos diferentes directores, também eles professores universitários na Faculdade de Medicina de Lisboa. Tanto Francisco Gentil como Lima Basto, - mas sobretudo este último - defenderam a necessidade de individualizar a Oncologia como especialidade de grupo, a par da sua inclusão nos cursos universitários. Estavam muito próximos da tendência internacional coeva, expressa nos círculos universitários, sobretudo por professores de medicina. Nesta altura, a necessidade da existência de Institutos de Oncologia integrados nas universidades, dirigindo e orientando a

⁸⁸⁸ PRUDENTE, António – “Deve a cancerologia ser considerada uma especialidade médica?” *Imprensa Médica*, reproduzido in *Boletim do IPO*. Vol. 29. Nº 7 (1962), pp. 4.

⁸⁸⁹ Palavras de Toscano Rico in “Curso de Oncologia para Pós-Graduados.” *Boletim do IPO*. Vol. 30. Nº 4 (1963), p. 1

terapêutica e a investigação oncológica, eram mundialmente reconhecidas e desejadas. Pretendia-se que nelas, e apenas nelas se procedesse ao ensino da cancerologia, e obtendo o seu reconhecimento como especialidade.

No caso de Lima Basto, as influências do Congresso Internacional do Cancro decorrido em Londres em 1958 foram, a este respeito, notórias. O relatório que elaborou acerca do ensino da oncologia, feito com base em opiniões pessoais e em informações colhidas directamente em centros estrangeiros, revela uma doutrina já em voga noutros países:

“Na sua grande maioria, o ensino da cancerologia é ministrado em instituições especializadas, destinadas e apetrechadas para a luta anticancerosa, sendo o ensino sempre pedagogicamente dependente das Universidades, o que se justifica por serem ali reunidos os casos indispensáveis e necessários às demonstrações clínicas constantes do programa, de várias localizações neoplásicas, em número suficiente para a escolha dos mais típicos e educativos, o que nem sempre é fácil num hospital geral. (...) Também o ensino numa instituição especializada oferece como vantagem a existência de uma orientação única, do professor, criando um critério comum nos vários intervenientes ou colaboradores do ensino, nos vários termos da especialização, como o radioterapeuta, o patologista, o bioquímico, orientação essa que garante a integração dos conhecimentos das especialidades referidas num todo uniforme, que é a cancerologia.”⁸⁹⁰

Isso não implicava a necessidade de criar uma verdadeira especialização, mas antes a integração da formação em oncologia nos cursos universitários. Esta era uma das hipóteses estudadas, a par da introdução de estágios obrigatórios nos Institutos de graduados ou internos, e ainda a criação, dentro do programa universitário, de cursos para pós-graduados.⁸⁹¹ A ligação à matriz universitária era tal, que desde o início dos anos 60 se receava que a proposta de um eventual o espartilhamento do IPO por vários ministérios pudesse influenciar o seu desempenho na formação dos oncologistas nas suas diferentes vertentes: radioterapia, cirurgia ou oncologia médica. Temia-se igualmente que o apartamento das funções pedagógicas do sector médico da Universidade se ressentisse nas demais funções assistenciais e de investigação. A

⁸⁹⁰ Cf. as palavras do relatório de Lima Basto in CONDE, José – “Ensino da Oncologia. Relatório.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 2 e 3 (1974), p. 124.

⁸⁹¹ Cf. “Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades.” *Boletim do IPO*. Vol. 28. Nº 6 (1961), p. 8.

interferência no mesmo estabelecimento de duas administrações e a existência de dois quadros de pessoal (do Ministério da Saúde na parte hospitalar, e do Ministério da Educação no respeitante ao ensino de investigação) iria certamente atingir a unidade do Instituto, não se desejando transformá-lo apenas num hospital para cancerosos.

Para todos os efeitos, tanto os cursos sobre temas oncológicos, como os estágios dos estudantes, eram uma oportunidade de formação sobre esta patologia especial, como não era possível encontrar noutras instituições do país. Admitia-se que o próprio êxito da luta anticancerosa dependia mais do desenvolvimento de uma cultura médica cancerológica do que de medidas de outra natureza, pensamento que se dirigia sobretudo ao aperfeiçoamento dos clínicos gerais. Se por um lado reinava alguma confusão desde meados da década de 50 acerca da função das instituições médicas especializadas, o IPO continuava a ser o lugar exclusivo de uma especialidade que era “de grupo”, fórmula original e exclusiva que agregava por si só as tradicionais especialidades, e ainda outras totalmente novas, caso da citologia, descendente directa da anatomia patológica.

Mau grado a ausência de novos laboratórios especializados, (imunologia, coagulação, citologia, microbiologia, genética, virologia, toxicologia e bioquímica) tal como preconizado desde meados da década de 50, os resultados obtidos no Instituto em 1971 eram semelhantes aos conseguidos nos centros mais modernos, onde a cirurgia e a radioterapia curavam aproximadamente 40% de todos os doentes oncológicos. Mas a preocupação face ao ensino especializado da oncologia ainda persistia, fruto de uma tomada de consciência que passava pelo reconhecimento dos avanços fulgurantes desta área.⁸⁹²

Estranhamente, o ensino autónomo da oncologia em contexto universitário mostrou-se mais tardio no nosso país. Chegados a 1980, esta preparação era ainda feita como parte integrante das disciplinas convencionais: a oncologia médica na disciplina de Medicina Interna, a oncologia cirúrgica na de Clínica Cirúrgica, etc., isto apesar de se terem levantado algumas vozes dentro do IPO desde os inícios da década de 70, no sentido de estabelecer uma nova especialidade, sempre falada mas não oficialmente concretizada: a Oncologia, encarada como especialidade de grupo, e não no clássico

⁸⁹² Cf. GAMA, Marques da – “O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro.” *O Médico*. Vol. 59. Nº 1023 (1971), pp. 149-151.

sentido de especialidade individual, exigia agora que as possibilidades de diagnóstico e tratamento assentassem numa base de abordagem eclética.⁸⁹³

Solicitava-se, sim, um ensino especializado, mas feito no contexto de uma renovação laboratorial quase completa, e assente numa multiplicidade de sub-especialidades que teriam na expansão do IPO a sua base formativa, e a garantia de continuidade de um modelo eivado dos princípios fundadores de “Investigação, Ensino e Assistência”:

“Todos os meios-base, laboratoriais, técnicos e humanos que vimos referindo como indispensáveis para se conseguir as equipas altamente preparadas para o aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico, de investigação e terapêutica, são os mesmos donde brotará naturalmente o ensino da oncologia. Este ensino terá como objectivo formar ao mesmo tempo – clínicos práticos com sólidos conhecimentos de oncologia, clínicos especialistas de oncologia e investigadores em oncologia. O domínio do ensino da oncologia é bastante extenso e engloba a patologia humana e experimental, os processos tumorais benignos e malignos e numerosas disciplinas que se estendem desde a epidemiologia e profilaxia, até à biologia molecular, sem esquecer a citologia, histopatologia, a clínica e a terapêutica (...) A vocação de ensino do IPO será a consequência lógica da experiência nas diversas disciplinas e da vontade de chegar a um mais profundo conhecimento da doença cancerosa, que tiverem os seus médicos e investigadores.”⁸⁹⁴

Esta visão que colocava o IPO no centro da formação médica oncológica, é devedora natural de um peso institucional histórico assinalável. Apesar de se ter tornado uma das especialidades médicas emergentes com maior visibilidade no mundo médico internacional, em Portugal verificou-se um certo apartamento elitista da mesma, confinada em grande medida ao espaço restrito e algo enfeudado do IPO. Era o resquício de um pensamento próprio sobre o cancro que determinava o tratamento do doente oncológico num hospital especializado, ideia tutelada pela imagem do tratamento institucionalmente diferenciado, plasmado no egrégio exemplo dos

⁸⁹³ Cf. a este respeito CONDE, José – “Oncologia no âmbito nacional.” *Jornal do Médico*. T. 86. Nº 1638 (1974), pp. 816-849, e ainda idem – “Ensino da Oncologia. Relatório.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 2 e 3 (1974), p. 130.

⁸⁹⁴ GAMA, Marques da – “O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro.” *O Médico*. Vol. 59. Nº 1023 (1971), p. 151.

sanatórios para os tuberculosos e dos hospitais psiquiátricos para doentes mentais. Tinha, pois, um mercado próprio, que não se regia por regras de concorrência interna entre médicos, e onde se conjugavam todo um conjunto de elementos que explicam em certa medida a emergência da oncologia como especialidade: os factores intelectuais, os determinismos técnicos, os apoios económicos e os factores sociais.

Pelo carácter de imprevisibilidade da cura, associado ao conhecimento ainda limitado sobre a etiogenia e patogenia do cancro, não era encarada como especialidade convencional. Quando tal sucedesse, não seria necessário um Instituto de Oncologia com acção no campo assistencial, como antecipava José Conde em 1974.⁸⁹⁵

Conquanto o IPO fosse uma verdadeira escola de oncologia, a única em Portugal durante longo tempo, verificou-se que o ensino de uma disciplina base de oncologia nunca se encontrou institucionalizada em nenhuma das Faculdades de Medicina, sendo esta mais uma lacuna do que propriamente uma omissão consciente. Indirectamente, o IPO acabou por ter um efeito perverso: ao funcionar como escola formal de oncologia, e sendo um centro altamente especializado, funcionava como estrutura de investigação e tratamento, onde os planos de formação dos seus técnicos de saúde serviam principalmente as suas necessidades internas. Para além da evidente valorização de um saber médico, o IPO valorizou-se igualmente a si próprio enquanto estrutura de poder dentro do esquema sanitário nacional.

Em certa medida, tornou-se alvo do seu próprio sucesso, ao tratar de maneira altamente diferenciada uma patologia que foi assumindo progressivamente um lugar de maior relevância no contexto sanitário, a ponto de suplantar em número de casos e de importância todas as demais. A reformulação da oncologia em termos da saúde tornou-se uma necessidade, projectando os seus diferentes escalões nos diversos sectores e infra-estruturas de cuidados de saúde.

Como referia José Conde: *“Do desenvolvimento desta doutrina, ressalta de imediato, a necessidade, nas estruturas do SNS, de inscrever a valência oncológica e distribuir os seus diferentes escalões pelas estruturas adequadas à sua concretização.”*⁸⁹⁶ A partir de 1979, com a criação do SNS, o tratamento dos doentes oncológicos deixou progressivamente de ser da exclusiva responsabilidade dos centros

⁸⁹⁵ Cf. CONDE, José – “Instituto Português de Oncologia. Prospectiva.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 2 e 3 (1974), pp. 251- 260.

⁸⁹⁶ CONDE, José – “Oncologia. Um problema de saúde.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. T. 144. Nº 5 e 6 (Maio-Junho de 1980), pp. 235-248.

do IPO. Seria economicamente inviável criar a todos os níveis estruturas paralelas às que existiam ou pudessem vir a sê-lo no SNS, a que acresciam a carência de recursos técnicos e humanos disponíveis ou rapidamente disponíveis, para diagnóstico e tratamento. Outro factor era a desadequação psicossociológica, resultante de manter os doentes cancerosos ou disso suspeitos em circuitos exclusivamente para o seu diagnóstico e tratamento.

Para todos os efeitos, começam a tornar-se menos comuns os casos em que se mantêm estruturas sanitárias especializadas no tratamento de determinadas patologias; em contra-corrente, o IPO continuava a ser o exemplo da filosofia oposta, permanecendo ainda hoje um dos poucos “oásis” de especialização médica institucional existentes no contexto hospitalar português, sempre na linha da frente do conhecimento científico.

Das publicações periódicas fundadas no seio do IPO, a mais importante do ponto de vista científico foi o *Arquivo de Patologia*, com edições contínuas desde Dezembro de 1925. Destinado inicialmente a divulgar os trabalhos e as peças anatómicas da 1ª Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar, pretendia igualmente a publicação de trabalhos de investigação exclusivamente sobre o cancro ou ramos afins, o que passou a fazer desde a inauguração do Pavilhão do Rádio em 1933. Nesse sentido, foi a primeira revista relativa à oncologia publicada em Portugal, ao tempo ainda uma pseudo-especialidade médica, mas que demonstra a força do movimento implementado por Francisco Gentil para garantir a autoridade científica do Instituto na resolução dos problemas relacionados com a nosologia e terapêutica das doenças cancerosas.

Nela colaboravam todos os que trabalharam com Gentil na 1ª Clínica Cirúrgica, sede inicial do Instituto Português para o Estudo do Cancro, sendo orientada num judicioso sentido pluridisciplinar e de estreita colaboração entre cirurgiões, anátomo-patologistas e histo-fisiologistas. A necessidade de estabelecer um registo sistemático e ordenado de casos, observações clínicas, documentação radiográfica, fotográfica e peças cirúrgicas, determinaram a reorganização do arquivo existente na 1ª Clínica em 1911, altura em que torna numa base de dados fundamental para aferição das orientações técnicas utilizadas no tratamento dos doentes oncológicos, permitindo também a elaboração de uma estatística mais credível sobre a própria doença.

Uma análise do seu conteúdo, coloca-nos em contacto directo com as matérias abordadas, os autores e os trabalhos publicados, o que permite acompanhar de um modo muito próximo as particularidades da pesquisa biomédica oncológica realizada em

Portugal ao longo de mais de 50 anos. Mostruário das tendências nacionais e internacionais no que tocava à investigação oncológica, nele se publicaram conferências de cientistas portugueses e estrangeiros que tomavam parte em cursos de formação realizados no IPO, bem como uma série de teses de doutoramento, sobretudo de futuros docentes da Faculdade de Medicina de Lisboa. (Veja-se o quadro 21)

Quadro 21 – Teses de Doutoramento publicadas no Arquivo de Patologia (1940-1972)

Ano	Título	Autor
1940	<i>Sobre cancro do recto</i>	Virgílio Morais
1942	<i>Semiologia radiológica das perturbações funcionais do intestino mesentérico</i>	Bénard Guedes
1943	<i>Contribuição para o estudo da Etiologia e Patologia dos tumores malignos do Fígado dos indígenas de Moçambique, estudo experimental</i>	M. Dâmaso Prates
1944	<i>Corpo amarelo gravídico - sobre as causas da sua persistência</i>	António Castro Caldas
1950	<i>Acerca da histopatologia do epiteloma cutâneo</i>	Juvenal Esteves
1951	<i>Gastrectomia transdiafragmática</i>	Edmundo Lima Basto
1951	<i>Fundamentos teóricos do electrocardiograma, sua aplicação ao estudo dos infartes do miocárdio</i>	Pedro Madeira Pinto
1954	<i>O metabolismo da histamina</i>	J. Andresen Leitão
1958	<i>A exploração dinâmica da função suprarrenal</i>	Iriarte Peixoto
1959	<i>Peptídeos biologicamente activos</i>	Fernando Pires Gomes
1963	<i>Tumores da tiroideia</i>	Luiz Silveira Botelho
1963	<i>Estudo da activação ventricular nos bloqueios intraventriculares agudos</i>	Carlos Soares Ribeiro
1969	<i>Regulação da secreção de gonadotrofinas hipofisárias em seres humanos</i>	Luis Gonçalves Sobrinho
1972	<i>Recessão da mandíbula</i>	José Conde

Alguns destes trabalhos, pela sua natureza pioneira, inovadora e ainda hoje actual, merecem uma referência especial, e mostram o lugar do IPO no limiar do conhecimento científico. O trabalho do patologista Dâmaso Prates sobre o cancro do fígado nos africanos de Moçambique, é, ainda hoje, seminal. Realizado no seguimento de uma proposta de Francisco Gentil ao Governo, este colaborador do IPO permitiu esclarecer o problema do cancro do fígado e o da distribuição de muitos outros cancros dos africanos de Moçambique, em comparação com os dos europeus. A sua comunicação de 1959 sobre o cancro da bexiga nos indígenas, acentua a frequência dessa neoplasia, a preponderância do carcinoma espinocelular sobre o carcinoma tipo intermédio, as

reações pré-neoplásicas e a associação frequente com a cistite provocada pela bilharziose.⁸⁹⁷

O IPO permitiu não só definir e redefinir ao longo do tempo as fronteiras da oncologia portuguesa, sedimentada pelos esforços de um grupo de profissionais em redor de uma área médica de ponta, ditada parcialmente pelas inovações científicas, mas também pelas mudanças na estrutura das especialidades médicas ocorridas na própria medicina.

Em suma, permitiu a formação de uma nova geração de clínicos e investigadores, recrutados e formados para combater a desadequação entre a pesquisa de base e a pesquisa clínica. Acelerou a transferência e adopção de novas tecnologias, tratamentos e intervenções na prática clínica. Enfim, foi o lugar onde se conseguiu coordenar a eficiência da acção médica com o aproveitamento de ideias novas, adaptando-se precocemente aos progressos da oncologia nos campos da investigação e da própria assistência hospitalar.

O conjunto de médicos que nele permaneceu, assumiu um lugar próprio enquanto especialistas oncológicos. Pelo facto de se encontrarem na linha da frente do conhecimento científico, reclamavam o seu *status* de médicos oncologistas, buscando o seu reconhecimento pelo exercício de funções no IPO, o único hospital especializado no tratamento do cancro no país. O estado actual da oncologia e o seu futuro como especialidade médica, é o resultado deste processo, que sendo internacional, também teve em Portugal o seu lugar de definição próprio.

⁸⁹⁷ Cf. STEWART, H. L. - “Palavras de apreço.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 39. Nº 1-2 (Agosto 1967) pp. 97-98, e ainda PRATES, M. Dâmaso – “A cancer survey in Lourenço Marques.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 39. Nº 1-2 (Agosto 1967), p. 99 e seguintes.

5 – Considerações finais

Mais do que a uma conclusão, este trabalho não nos permite chegar senão à sensação de um caminho que se encontra longe do fim. A velocidade vertiginosa a que surgem novas esperanças e decepções não nos permite senão aguardar a sedimentação dos mais recentes acontecimentos da luta contra o cancro, ainda à espera da análise aprofundada da pena do historiador da contemporaneidade. Da mesma maneira que hoje se encontram dispersos um pouco por todo o país os restos arruinados de vários sanatórios dedicados aos tuberculosos, acreditamos que também o cancro se tornará, a seu tempo, no esqueleto de uma doença passada, altura em se poderá realizar uma verdadeira história e arqueologia da doença.

Para todos os efeitos, a história do cancro em Portugal é um percurso inacabado, e por essa razão, parece-nos mais correcto produzir considerações finais do que cair na tentação fácil de estabelecer conclusões aparentemente definitivas num tema que toca tão intimamente a nossa contemporaneidade. A partir dos novos dados do tempo presente é necessário voltar sempre atrás, reescrever o passado à luz dessas realidades, reorganizando-o e reformulando-o com base em pressupostos novos e realidades diferentes.

Em Portugal, a organização da luta anti-cancerosa acompanhou de uma forma muito próxima, desde 1912, o movimento geral em todo o mundo, ultrapassando mesmo alguns países europeus no tocante à planificação e concretização de um projecto que se revelou fundamental na vida médica e científica nacional. Por outro lado, também se deve referir que apesar de passar a ter lugar nos discursos oficiais, sofreu poucas tentativas de enfrentamento no âmbito governamental na primeira década do século. Estabeleceu-se, sim, no contexto de um quadro sócio-sanitário mais alargado, assente numa real preocupação com um flagelo emergente, criado e potenciado pelos diversos estudos médicos que alertavam para a necessidade de estabelecer as bases científicas que permitissem conhecer melhor a doença, mas também dar lugar a uma especialidade médica que parecia fadada a materializar-se.

Nos anos 20 e 30, período entre as duas guerras em que o higienismo se reforça, operou-se uma clara transição: o risco do cancro acompanhou a transformação profunda do lugar da medicina nos domínios da saúde pública, e do seu novo papel no seio de uma sociedade que se queria moldada sob o signo da modernidade. Emergiu um movimento anticanceroso a partir de uma faixa de médicos ligada ao mundo académico,

inicialmente provenientes da EMCL, e depois de 1911, da Universidade de Lisboa. Estes elementos, enquadrados pela figura de Francisco Gentil, gravitavam de início em redor das instáveis cúpulas políticas da época, estando profundamente vinculados ao projecto republicano mais lato de modernização da assistência nacional. Centravam-se, desde logo, nas necessidades assistenciais da população, mas mais especificamente nas doenças emergentes, isto é, no combate ao cancro.

Nesse contexto de modernização sanitária e assistencial, os vários governos do Estado Novo que se seguiram à Iª República, concederam ao IPO um importante e declarado apoio, de ordem financeira, científica e política. A solução médico-política adoptada para abordar o novo flagelo consistiu numa regulação profissional impulsionada por uma instituição de saúde especializada, criada com um intuito de regular a abordagem da doença, onde se desenvolveu não só o tratamento oncológico, mas sobretudo o ensino e a investigação científica numa área nova do conhecimento médico. Visava igualmente o controle das práticas sanitárias individuais face ao risco do cancro, através de um esforço propagandístico claramente mais voltado para o diagnóstico precoce, mas onde se fazia igualmente alusão às práticas potencialmente geradoras de cancro. Sendo sobretudo um centro de investigação científica, de formação de técnicos de saúde, de divulgação e propaganda educativa, era-lhe concomitantemente confiado o estudo e a orientação técnica da execução da parte do plano de assistência social que lhe competia. Esta estrutura especializada, tal como outras entretanto desenvolvidas para o tratamento de outras patologias, esteve abrigada por um movimento social que rapidamente ultrapassou o campo estrito da medicina, denotando uma dinâmica social muito própria.

As formas de organização social que entretanto coadjuvaram o projecto de Gentil são, por um lado, o resultado directo da planificação da Comissão Directora do Instituto, e por outro, a continuação da matriz benévolo-caritativa das elites sociais e económicas portuguesas, agora trasladada para um problema de saúde alheio às maleitas tradicionais. Obedeceu-se ao propósito de acentuar aquilo que era visto como vantajoso, ao confiar a coordenação e direcção técnica da luta contra o cancro a um organismo especializado, dotado de autonomia administrativa e financeira, ao mesmo tempo que se dava corpo a estruturas filantrópicas de suporte. Assim procedeu o IPO, criando a LPCC, com os seus núcleos regionais, na intenção de integrar numa directriz comum todos os esforços, e sem se arrogar o exclusivo das iniciativas.

Se em finais do século XIX, Portugal vivia sob a cobertura de uma concepção higienista onde a incipiente oncologia não era senão uma miragem, não demorou até encontrar um lugar próprio de afirmação. Fê-lo, tal como já o haviam feito antes outras especialidades dedicadas a doenças particulares ou grupos de doenças específicas, como era o caso da tisiologia (tuberculose) e da psiquiatria (doenças mentais), mas numa tónica multidisciplinar, com recurso à medicina experimental, mas acima de tudo a um projecto que via na conjugação de múltiplas especialidades e subespecialidades a melhor maneira de produzir resultados reais no que passou a ser designado como a luta contra o cancro. Com efeito, o quadro da luta contra o cancro e o panorama de afirmação da oncologia nos anos 20 e 30, contrasta com o que passou com outras especialidades clássicas, como era a tisiologia. Se a principal estrutura assistencial desta era a Assistência Nacional aos Tuberculosos, sem recurso a laboratórios aplicados à investigação, o IPO reuniu sobre o mesmo tecto não só uma actividade assistencial intensa e sempre crescente, mas também um conjunto de laboratórios modernos e referenciais onde a investigação era a verdadeira pedra de toque.

No seio de um contexto algo artificial entre ciências básicas, como eram vistas nesse tempo a farmacologia, a biologia, a histologia e a fisiologia, face às denominadas ciências clínicas, como eram algumas especialidades médicas, casos da tisiologia, da neurologia, e da emergente cancerologia, o IPO permitiu estabelecer uma ponte desusada entre os diferentes campos da clínica e da investigação básica, fruto da trilogia que desde cedo adoptou e sempre trilhou: “Investigação, ensino e assistência”. Estes princípios diferenciavam-no e faziam do estabelecimento de Santa Marta, e mais tarde de Palhavã, um caso particular de forte interligação metodológica assente na interdisciplinaridade.

Uma parte não negligenciável dessa ponte fez-se quando Gentil convidou um histologista como Athias para encabeçar e delinear toda a investigação.

Enquanto centro receptor /produtor privilegiado de saber científico, o IPO tornou-se o lugar de ponta da medicina portuguesa, acompanhando o que de mais avançado e inovador se fazia no estrangeiro, em matéria oncológica e não só. Se é verdade que grande parte do trabalho de investigação realizado nos primeiros anos do Instituto serviu para sedimentar conhecimentos e aperfeiçoar práticas próprias, os projectos entretanto desenvolvidos a partir da orientação de Marck Athias conferiram-lhe um lugar de realce entre os demais produtores de ciência em Portugal, conferindo-lhe a

respeitabilidade que era geralmente atribuída aos resultados obtidos e apresentados em contexto internacional.

A actividade do núcleo dedicado à investigação espelha uma actividade intensa e uma atitude de modernização contínua. A rede de relações científicas internacionais entretanto criada, é o melhor exemplo desse trabalho de equipa, mostrando uma grande proximidade com as linhas de orientação entretanto cursadas pelos centros de referência, com os quais se mantiveram intercâmbios não só ao nível dos periódicos, mas também das palestras, conferências, cursos e demais actividades dedicadas ao ensino. Se a nível externo existia uma total sintonia científica entre esta instituição e os demais centros anticancerosos, mormente os europeus, a nível interno a sintonia manifestava-se particularmente ao nível político: o Estado Novo possuía no Instituto um exemplo vivo da imagem que pretendia projectar do seu programa ideológico, quer a nível sanitário, quer a nível científico.

A figura de Francisco Gentil, mais do que o “timoneiro” institucional, é a do promotor de uma medicina em mudança e sedimentação de paradigma científico. Apesar de reformulada de acordo com condicionantes tecnológicas e políticas, a planificação que elaborou revelou-se paradigmática: passados pouco menos de noventa anos desde o início da luta contra o cancro em Portugal, as três linhas mestras que definiu como orientadoras da missão do IPO em 1923, continuavam ainda a cumprir-se em 2010.

Gradualmente, a oncologia assumiu-se como especialidade, imbuindo-se desde o início do sentido de autonomia e exclusividade conferido pela investigação e tratamento especializado em estabelecimento próprio. Mas o aparecimento de uma forma de diferenciação médica feita através de uma instituição singular não conduziu mecanicamente à organização ulterior de uma especialidade. Mesmo assim, o IPO condicionou fortemente o processo de especialização da oncologia portuguesa, desde o seu início até ao seu fim. Esta diferenciação traduziu-se pela existência de um estabelecimento especializado e autónomo, pela criação de revistas científicas, pela realização regular de cursos de formação, pela criação de cadeiras universitárias e pela fundação de associações profissionais. A existência de um centro anti-canceroso que disponibilizava assistência específica, que no caso da radioterapia chegou a constituir o núcleo de uma especialidade independente, é factor a ter em consideração no monopólio assistencial do Instituto. Em Portugal, os dispositivos de luta contra a doença

oncológica ofereceram esse lugar de autonomização de especialidades médicas, em paridade com o plano global de combate ao cancro.

Em algumas áreas o IPO foi claramente pioneiro: quer na divulgação pública da necessidade de combater uma doença social, quer por ter iniciado o tratamento do cancro, entre nós, pelos radioisótopos e pela bomba de cobalto. Também foi o antecedente e a antevisão da nova filosofia hospitalar, que teria o seu epítome na construção dos Hospitais escolares de Lisboa e Porto, concretizados muito mais tarde que os edifícios principais do próprio Instituto. No entanto, teve um sucesso francamente mais limitado na questão do alargamento do diagnóstico precoce e tratamento deslocalizado, sobretudo pela demora na atribuição de fundos para a concretização global do projecto elaborado nos anos 20 e reformulado nos anos 30.

Se na década de 40 as restrições económicas suscitadas pela guerra podiam justificar uma contracção orçamental, e como tal, do investimento público, o alargamento/reprodução dos meios de diagnóstico e tratamento a todo o país tornaram-se uma necessidade premente. A conclusão dos centros regionais, à muito previstos mas tardiamente executados, marcava, por fim, a expansão nacional de um projecto precocemente elaborado, longamente sedimentado, mas por demasiado tempo não totalmente consumado.

Inserida entre uma especialidade em processo de afirmação e as necessidades assistenciais dos cancerosos, a luta contra o cancro em Portugal resultou da conjugação de uma série de factores que ultrapassam a mera assimilação de novas tecnologias médicas ou até da criação de um espaço próprio para a prática da oncologia. Tornou-se sobretudo num meio para realizar um trabalho intenso de educação para a saúde das populações, num instrumento de ponta na formação médica especializada e numa referência de modernidade científica no contexto do Estado Novo.

6 – Linhas interpretativas para o futuro: a imagem prospectiva de um campo a explorar.

Se hoje se admite que a probabilidade de debelar o cancro com sucesso passe apenas pela combinação de diferentes caminhos terapêuticos, que começam na prevenção, passando pelo diagnóstico precoce, terminando, por fim, no tratamento, a verdade é que ontem como hoje, e ultrapassando momentos cíclicos de franco esmorecimento, mantém-se acesa a chama da esperança nos progressos tecnológicos da medicina. Não se deseja com esta afirmação produzir um discurso triunfalista sobre a arte médica, ao estilo do positivismo do século XIX, antes constatar um facto que tão amiudadamente emerge nos meios de comunicação social. Esta “esperança” na descoberta eminente de uma cura, tantas vezes referida pelos diferentes investigadores ao longo do tempo, parece ter sido um dos mais fortes argumentos para o contínuo investimento na área oncológica.

O investimento na pesquisa tem sido, e continua a ser, astronómico, e os instrumentos de tratamento e diagnóstico aperfeiçoaram-se. No caso dos tumores sólidos, os instrumentos de diagnóstico melhoraram de forma notável: recentemente, avanços na medicina nuclear e nas técnicas de imagiologia tornaram possíveis abordagens especializadas com que nem sequer se sonhava à vinte anos atrás.

A radioterapia permitiu uma melhoria significativa das modalidades terapêuticas, oferecendo uma sensibilidade e especificidade sem precedentes que permitem visar tumores minúsculos causando o mínimo de danos aos tecidos circunvizinhos – uma enorme melhoria em relação às técnicas de radioterapia anteriores, com maior morbidade. Estes progressos são em larga medida o resultado de uma nova cultura de colaboração e pesquisa multidisciplinar em nascimento, feita entre físicos, químicos, engenheiros, matemáticos, biólogos, geneticistas e clínicos.

Por outro lado, a sequenciação do genoma humano transformou o modo de estudar todos os processos da vida. Acredita-se que os actuais medicamentos citotóxicos, relativamente inespecíficos e com efeitos secundários indesejáveis, serão gradualmente substituídos por toda uma nova geração de tratamentos biológicos dirigidos, com base nos actuais conhecimentos sobre as células cancerosas, ao nível molecular e genético. Outros tratamentos recentes tiram partido do próprio sistema imunitário dos doentes

para destruir as células cancerosas, ou pelo menos diminuir os efeitos secundários dos actuais tratamentos.

Para este fim utilizam-se interferons, interleukinas, factores de estimulação das colónias, anticorpos monoclonais, vacinas, terapia genética e factores de modulação não específicos. Estima-se que existam actualmente mais de 400 novos medicamentos anti-cancerosos, em diversas fases de desenvolvimento. A prazo, espera-se ser capaz de obter uma assinatura ou uma marca pessoal do cancro de um doente, e poder de seguida criar um tratamento à medida para o conjunto dos alvos moleculares dessa mesma pessoa, o que corresponderia a uma medicina individualizada.⁸⁹⁸

Por outro lado, o incremento do nosso conhecimento actual sobre a biologia, tratamento e prevenção do cancro consolidou-se nos anos mais recentes. De facto, aprendeu-se mais sobre o cancro na última década do século XX do que em todos os séculos precedentes. Contudo, isto não muda o facto de que todo o conhecimento científico se encontra baseado em conhecimento já adquirido pelo trabalho árduo de pesquisa e descoberta dos nossos predecessores. Da mesma maneira, também se reconhece que alguns dos mais promissores medicamentos actualmente disponíveis se mostraram muito menos eficazes do que inicialmente previsto.⁸⁹⁹ O paradoxo não deixa de ser a imagem de marca de uma doença que continua a absorver grandes recursos no seu processo de investigação e pesquisa.

Impõe-se então olhar de novo para o nosso país e ver como se materializaram em Portugal os caminhos da oncologia. Que linhas interpretativas da evolução posterior da oncologia e da instituição que porta o seu nome podemos descortinar? Numa visão de conjunto ultra-sintética, é possível traçar algumas breves linhas gerais sobre os sentidos da mudança e as alterações que entretanto se materializaram nos últimos 35 anos de luta contra o cancro. Se todos os indicadores actuais apontam para que o cancro seja a doença do futuro, mais do que já o é no presente, é necessário referir que os investimentos entretanto realizados nos domínios da oncologia parece terem sido feitos na medida directa das necessidades de reajustar política e economicamente os caminhos da intervenção estatal na saúde portuguesa. Não foi sem reticências que se procedeu à transferência dos centros regionais do IPOFG para alçada do Ministério da Saúde, do

⁸⁹⁸ Sobre a expectativa actual no desenvolvimento de novos medicamentos para o tratamento do cancro veja-se GAUDILLIÈRE, J.-P.; LÖWY, I. – “Dans vingt ans nous aurons vaincu le cancer.” *La Recherche*. N° 315 (1998), pp. 197-213.

⁸⁹⁹ Cf. LEAF, Clifton – “Why we are losing the war on cancer [and how to win it]” *Fortune*. 22 de Março (2004), pp. 77-92.

mesmo modo que a sua integração na estrutura do SNS se fez como resultado directo da nova filosofia universal de prestação de cuidados de saúde gratuitos a todos os cidadãos. E também não se podem deixar de analisar as estratégias sanitárias reajustadas, numa altura em que se pretendeu caminhar no sentido da extinção progressiva das estruturas hospitalares mais especializadas em patologias específicas, em favor de um modelo descentralizador que tratasse os doentes como um todo e não como um mero somatório de doenças, fossem elas de que natureza fossem. A evolução da oncologia desde meados da década de 70, e em particular do IPOFG, confunde-se com uma das mais interessantes e menos estudadas etapas da modernização dos serviços públicos de saúde em Portugal. Integrada no SNS, a luta contra o cancro descentalizou-se. Hoje, os hospitais centrais e distritais operam mais doentes oncológicos do que os próprios Institutos de Oncologia, entretanto tornados estabelecimentos muito mais autónomos e independentes da estrutura inicialmente concebida na capital. Mas surgiram outros problemas associados ao aumento de doentes e ao alargamento da esperança média de vida. A própria qualidade de tratamento exigida pela complexidade da doença mostrou de novo a necessidade de concentrar uma vez mais os meios materiais e humanos disponíveis, e travar a disseminação de serviços de oncologia que começaram a ser criados em hospitais não especializados. Daí que no tempo presente a questão dos especialistas em oncologia seja um problema candente que envolve os decisores políticos e a Ordem dos Médicos, com a abertura de um número de vagas de especialidade previsivelmente crescente nos anos vindouros.

Trata-se, como é evidente, de um outro segmento de investigação que merecia ser abordado *a posteriori*, tanto mais que se insere num outro contexto político, institucional e tecnológico, com contornos decididamente mais intrincados e complexos.

7 – Anexos

Anexo 1 – Marcos históricos na cirurgia oncológica (1809-1945)

1809	Ephraim McDowell	Cirurgia electiva abdominal (excisão de tumor do ovário)
1846	John Collins Warren	Uso de éter como anestésico (excisão de glândula submandibular)
1867	Joseph Lister	Introdução dos princípios da anti-sepsia na cirurgia
1871	Albert Theodore Billroth	Esofagectomia
1873	Albert Theodore Billroth	Laringectomia total
1878	Richard von Volkmann	Excisão de recto canceroso
Década de 1880	Theodore Kocher	Desenvolvimento da cirurgia tiroideia
1881	Albert Theodore Billroth	Gastrectomia parcial
1885	Albert Theodore Billroth	Gastrojejunosomia
1890	William Stewart Halsted	Mastectomia radical
1896	G. T. Beatson	Ooforectomia para o cancro da mama
1904	Hugh H. Young	Prostatectomia radical
1906	Ernest Wertheim	Histerectomia radical
1908	W. Ernest Miles	Ressecção abdominoperineal de cancro do recto
1910-1930	Harvey Cushing	Desenvolvimento da cirurgia dos tumores cerebrais
1913	Franz Thorek	Ressecção bem sucedida de cancro do esófago torácico
1927	G. Davis	Ressecção bem sucedida de metástases pulmonares
1933	Evarts Graham	Pneumectomia
1935	A. O. Whipple	Pancreaticoduodenectomia
1945	Charles B. Huggins	Adrenalectomia para o cancro da próstata

Fonte: Adaptado de HILL, George J. – “Historic milestones in cancer surgery.” *Seminars in Oncology*. Vol. 6 (1979), p. 409.

Anexo 2 – Bibliografia de Marck Athias⁹⁰⁰

ATHIAS, M. – “Cellules Nerveuses encore Epithéliales dans la Moelle du Têtard de la Grenouille. Mode de développement du Neurone.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris de Paris*. 47 (1895), pp. 1-3.

ATHIAS, M. – “Sur l’Origine et Évolution des Petites Cellules Étoilées de la Couche Moleculaire du Cervelet chez le Chat et le Chien.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 48 (1896), pp. 585-587.

ATHIAS, M. – “Structure histologique de la moelle épinière du têtard de le Grenouille.” *Bibliographie Anatomique*. 5 (1897), pp. 58-60.

ATHIAS, M. – “Recherches sur l’histogénèse de l’écorce du cervelet.” *Journal d’Anatomie*. 33 (1897), pp. 372-373.

ATHIAS, M. – “Os movimentos ameboides dos neurones.” *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia*. 2 (1898), pp. 257-265.

ATHIAS, M. – “Histogénese do sistema nervoso.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XVI (1898), pp. 70, 83, 113.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Sur le Rôle Joué par les Leucocytes dans la Destruction de la Cellule Nerveuse.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris de Paris*. 51 (1899), pp. 317-319.

ATHIAS, M. – “Afecções espasmódicas da infância.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XVII (1899), pp. 133, 145, 167, 199, 223, 228, 241.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Lesões Histológicas da Paralisia Cerebral.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XVIII (1900), pp. 416-418.

⁹⁰⁰ A recolha da bibliografia de Marck Athias fez-se com recurso a três referências principais: COSTA, A. Celestino da – “A vida e a obra científica de Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 (1948-1949), pp. 145-227, GENTIL, F.; *et al* – “Marck Athias.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 21. Nº 2 (1949) pp. 93-390, e ainda ANÓNIMO – “Bibliografia do Prof. Marck Athias.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 288-292.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Contágio da Possessão Diabólica.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XIX (1901), pp. 170-171.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Les *Plasmazellen* dans les vaisseaux de l'écorce cérébrale dans la paralysie général de la maladie du sommeil.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 53 (1901), pp. 457-458.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Sur la présence de *Mastzellen* dans les vaisseaux corticaux chez une paralysie général.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 53 (1901), pp. 457-458.

ATHIAS, M. – “O Instituto Solvay de Bruxelas.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XIX (1901), pp. 346-347.

ATHIAS, M. – “Methodos Novos para o Estudo da Estructura do Systema Nervoso.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XIX. Nº 7 (1901), pp. 371-372.

ATHIAS, M. – “La vacuolisation de la cellule nerveuse.” *Anatomischer Anzeiger*. 28 (1905), pp. 492-494.

ATHIAS, M. – “La vacuolisation des cellules des ganglions spinaux chez les animaux á l'état normal.” *Anatomischer Anzeiger*. 27 (1905), pp. 9-12.

ATHIAS, M. – “O órgão de hibernação.” *Polytechnia*. 1 (1905), pp. 35-43.

ATHIAS, M. – *Anatomia da Cellula Nervosa*. Dissertação Inaugural. Lisboa: 1905.

ATHIAS, M. – “O Tratamento Anti-Rábico Instituto Bacteriológico Câmara Pestana em 1905.” *Polytechnia*. 2, (1905); *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 1, (1907), pp. 177-186.

ATHIAS, M. – “Sur les Phénomènes de Sécrétion des Cellules des Corps Jaunes Vrais.” *Comptes Rendus du XV Congrès Internationale de Médecine de Lisbonne*. Section I. Lisboa : 1906.

ATHIAS, M. – “Sobre alguns Pormenores de Estrutura e Funções do Corpo Amarelo Verdadeiro dos Mamíferos.” *Polytechnia*. 2, (1906), pp. 1-15.

ATHIAS, M. – “Origine, Nature et Classification des Pigments (les Pigments Cellulaires des Vertébrés.” *Comptes Rendus du XVème Congrès International de Médecine*. Lisbonne : 1906.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Notes cytologiques sur les Trypanosomes parasites de la Grenouille.” *Comptes Rendus du XVème Congrès International de Médecine*. Lisbonne : 1906.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Sur les phénomènes de division du Trypanosome rotatorium.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 60 (1906), pp. 1108-1109.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Recherches sur les Trypanosomes des Amphibiens.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 1 (1906), pp. 127-128.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. – “Recherches sur les Trypanosomes des Amphibiens.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 1 (1907), pp. 289-290.

ATHIAS, M. – “Cytologia do Cancro (resumo).” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXV (1907), pp. 165-168.

ATHIAS, M. – “Sur les phénomènes de division des ovules dans les follicules en voie d’atréisie chez quelques Mammifères.” *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 2 (1908), pp. 97-99.

ATHIAS, M. – “Cytologia Geral do Cancro.” *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa*. Vol. 72 (1908), pp. 110-142.

ATHIAS, M. – “Nécrologie; Sa Majesté le Roi D. Carlos I.” *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 1 (1908), xv.

ATHIAS, M. – “La Société Portugaise des Sciences Naturelles,” *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 1 (1908), pp. 1-10.

ATHIAS, M. – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1906.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 2 (1909), pp. 63-71.

ATHIAS, M. – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1907.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 2 (1909), pp. 366-367.

ATHIAS, M. – “Sur certains corpuscules colorables du cytoplasme des cellules des ganglions spinaux des Mammifères.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 2 (1909), pp. 1-2.

ATHIAS, M. – “Description d’un Ver parasite de la glande d’hibernation du Hérisson.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 2, (1909), pp. 133-134; *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 1 (1908), pp. 192-193.

ATHIAS, M. – “O Ensino da Fisiologia e da Histologia nas Faculdades de Medicina da Bélgica.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXVIII (1909), p. 357.

ATHIAS, M. – “Les phénomènes de division de l’ovule dans les follicules de De Graaf en voie d’atrésie chez le Lérot (*Eleomys quercinus*).” *Anatomischer Anzeiger*. 34 (1909), pp. 1-2.

ATHIAS, M. – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1908.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 3 (1910), pp. 45-57.

ATHIAS, M. – “Sobre as divisões da maturação do óvulo dos Mamíferos.” *Dissertação de Concurso*. Lisboa: Libanio da Silva, 1910.

ATHIAS, M. – “Bombarda... O Professor.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXVIII (1910), pp. 322-323.

ATHIAS, M. – “Le chondriome des cellules interstitielles de l’ovaire de Chauve-Souris (*Vesperugo serotinus*).” *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 5 (1911), pp. 46-47.

ATHIAS, M. – “Observations cytologiques sur l’ovaire des Mammifères. Les cellules interstitielles de l’ovaire chez le Cobaye, foetus à terme et nouveau-né.” *Anatomischer Anzeiger*. 39 (1911), pp. 238-240.

ATHIAS, M. – *Guia dos Trabalhos Práticos de Fisiologia para uso dos Estudantes da Faculdade de Medicina*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1912.

ATHIAS, M. – “Sur les divisions de maturation de l’oeuf des Mammifères,” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 3 (1912), pp. 287-289.

ATHIAS, M. – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1909.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 3 (1912), pp. 373-378.

ATHIAS, M. – “L’appareil mitochondrial des cellules interstitielles de l’ovaire du Murin.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 73 (1912), pp. 448-449.

ATHIAS, M. – “A raiva e o tratamento antirábico em Portugal.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXI. Nº 16 (1913), pp. 275-287.

ATHIAS, M. – “L’Activité Sécrétoire de la Glande Mammaire, chez le Cobaye Male Chatré, Consécutivement a la Greffe de l’Ovaire.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 78 (1915), pp. 410-412.

ATHIAS, M. – “Cristallöides dans l’Oeuf de *Cercopithecus calcitrichus* et de *Cercopithecus sabaeus*.” *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 7 (1915), pp. 67-76.

ATHIAS, M. – *Programas e Horários. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Ano Lectivo de 1916-1917. Fisiologia*. Livraria Ferin. Lisboa: 1916.

ATHIAS, M. – “Étude Histologique d’Ovaires Greffés sur des Cobayes Chatrés et Enlevés au Moment de l’Établissement de la Sécrétion Lactée.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 79 (1916), pp. 553-556.

ATHIAS, M. – “Sur le Déterminisme de l’Hyperplasie de la Glande Mammaire, et de la Sécrétion Lactée.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 79 (1916), pp. 557-559.

ATHIAS, M. – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1910-1911.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 4 (1916), pp. 41-56.

ATHIAS, M. – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1912.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 4 (1916), 173-178.

ATHIAS, M. – “A raiva em Lisboa.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXV (1917), pp. 89.

ATHIAS, M.; SILVA, Pereira da – “Le Traitement Antirabique à L’Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1913-1914.” *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. 5 (1918), pp. 89-99.

ATHIAS, M. – “Recherches sur les Cellules Interstitielles de l’Ovaire des Cheiroptères.” *Archives de Biologie*. 30 (1919), pp. 88-212.

ATHIAS, M. – “Effets de la Castration sur le Mouvement Automatique de l’Utérus chez le Cobaye.” *Journal de Physiologie et de Pathologie Générale*. 18 (1919), pp. 731-743.

ATHIAS, M. – “Sur la Sécrétion Interne de l’Ovaire.” *Archives Internationales de Physiologie*. 18 (1920), pp. 926-306.

ATHIAS, M. – “Invagination de l'épithélium superficiel et néoformation ovulaire dans l'ovaire transplanté chez le Cobaye.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 83, (1920), pp. 1647-1648.

ATHIAS, M. – “Les mouvements automatiques de l'estomac et de l'intestin isolés des Sélaciens.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 83, (1920), pp. 872-873.

ATHIAS, M.; MIRA, M. B. Ferreira de – “Sur les effets de la thyro-parathyroïdectomie chez le Cobaye châtré.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 88, (1920), pp. 876-877.

ATHIAS, M.; MIRA, M. B. Ferreira de – *Exercícios de Química Fisiológica*. Porto: Sociedade Gráfica Lda., 1921.

ATHIAS, M. – “Sur une formation atypique constituée aux dépens des éléments folliculaires dans un ovaire transplanté dans la Chienne.” *Comptes Rendus de l'Association des Anatomistes*. 17, (1921), pp. 257-258.

ATHIAS, M. – “Professor Fernando Mattoso Santos.” *Jornal de Ciencias Naturais*. 1, (1921).

ATHIAS, M. – “Actions d'extraits et produits dérivés d'organes à sécrétion interne sur l'utérus isolé, particulièrement après la castration totale.” *Archives Internationales Pharmodynamie et Thérapeutique*. 25, (1921), pp. 423-425.

ATHIAS, M. – *Études Hystologiques sur la Greffe Ovarienne*. In *Libro en Honor de D. Santiago Ramón y Cajal*. [s.l]: 1922, pp. 78-118.

ATHIAS, M. – “A. Laveran.” *Jornal de Ciencias Naturais*. 2, (1922).

ATHIAS, M. – “Sur la Signification Physiologique des Phénomènes d'Atrésie Folliculaire et des Cellules Interstitielles de l'Ovaires.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 88, (1923), pp. 1315-1317.

ATHIAS, M. – “Caracteres Sexuais.” *Colecção Natura*. 1, (1923).

ATHIAS, M.; FONTES, J. – “Action du pneumogastrique sur le cœur après surrénalectomie.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 90, (1924), pp. 232-235.

ATHIAS, M. – “Sur l’antagonisme des glandes sexuelles. A propos des notes récents de A. Lispchütz et H. E. Voss.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 91, (1924), pp. 232-233.

ATHIAS, M. – “Transplantações de órgãos – Conferência na Associação Médica Lusitana.” *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 89, (1925).

ATHIAS, M.; MIRA, M. B. Ferreira de – *Exercícios Práticos de Química Fisiológica para uso dos Estudantes da Faculdade de Medicina*. Coimbra: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1927.

ATHIAS, M.; FONTES, J. – “Influence de la Pilocarpine sur les Effets Cardiaques de l’Excitation du Vague chez le Chien.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 97, (1927), pp. 715-717.

ATHIAS, M.; FONTES, J. – *Pneumogástrico e Coração*. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa, 1928.

ATHIAS, M. – “Influence sur la castration chez le Dindon.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 98, (1928), pp. 1606-1608.

ATHIAS, M. – “Les effects de la castration chez le Dindon.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 100, (1928), pp. 513-514.

ATHIAS, M. – “O Estudo Experimental do Hermafroditismo nos Animais Superiores.” *Actualidades Biológicas*. 1, (1928), pp. 273-320.

ATHIAS, M. – “Les Phénomènes de Division de l’Oocyte au cours de l’Atrésie Folliculaire chez les Mammifères.” *Archives d’Anatomie Microscopique*. 25, (1929), pp. 405-425.

ATHIAS, M. – “O Problema do Cancro na Conferência Internacional de Londres. 17 a

20 de Julho de 1928.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XLVII (1929), pp. 79-89.

ATHIAS, M.; RAMOS, C. – “Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929.” *Arquivo de Patologia*. 2, (1930), pp. 84-132.

ATHIAS, M.; ANCIÃES, J. H.; FONSECA, H. – “Estados espasmódicos da musculatura lisa e crenoterápica.” *XIII Congresso Internacional de Hidrologia e Climatologia*. Lisboa: 1930.

ATHIAS, M. – “Les Caractères Sexuels Somatiques chez le Dindon et leur Conditionnement Physiologique.” *Proceedings of the Second International Congress for Sex Research*. (1930), pp. 144-158.

ATHIAS, M. – “O Automatismo do Coração, Causas e Mecanismos Reguladores,” *Actualidades Biológicas*. 3, (1931), pp. 103-158.

ATHIAS, M. – “La régénération du testicule chez le dindon incomplètement châtré.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 107, (1931), pp. 1177-1180.

ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Contribuição para o Estudo da Inervação dos Tumores.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 4, (1932), pp. 138-161.

ATHIAS, M. – “O Sono Hibernar dos Mamíferos.” *Actualidades Biológicas*. 5, (1932), pp. 159-205.

ATHIAS, M.; GUIMARÃES, J. A. – “Greffes Ovariennes Intracérébrales chez des Cobayes Males, Entiers et Préalablement Châtrés.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 113, (1933), pp. 733-735.

ATHIAS, M. – “Organisation de la Lutte contre le Cancer au Portugal,” *Arquivo de Patologia*. Vol. 6, (1934), pp. 539-551.

ATHIAS, M. – “Santiago Ramón y Cajal.” *Lisboa Médica*. 11, (1934), pp. 831-853.

ATHIAS, M.; FONTES, J. – *Guia dos Trabalhos Práticos de Fisiologia*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1934.

ATHIAS, M. – “Les Ergots du Dindon.” *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*. 10, (1934), pp. 144-155.

ATHIAS, M. – “Centros Diencefálicos da Vida Vegetativa.” *Actualidades Biológicas*. 8, (1935), pp. 121-175.

ATHIAS, M. - “As formações cório-epiteliais do ovário da Cobaia,” *Arquivo de Patologia*. Vol. 8, (1936), pp. 121-153.

ATHIAS, M. – “Breves Notas sobre Embriomas a Propósito de Dois Casos Observados na Cobaia.” *Imprensa Médica*. 23, (1936), pp. 435-437.

ATHIAS, M. – “Krebs und Krebsbekämpfung in Portugal.” *III Internationales Kongress der ärztliche Forschung*, (1936).

ATHIAS, M. – “Le cancer et la lutte anticancéreuse au Portugal.” *IIème Congrès International de la Lutte contre Le Cancer*. 519, (1936).

ATHIAS, M. – “Lesões do testículo produzidas por injeções intersticiais de alcatrão.” *Jornadas Médicas*. Orense, 1936.

ATHIAS, M. – “Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 8, (1936), pp. 293-315.

ATHIAS, M. – “O estudo experimental das águas medicinais nos doentes e nos animais de laboratório.” *Clínica, Higiene e Hidrologia*. 3, (1937), pp 139- 140.

ATHIAS, M. – “A luta Social contra o Cancro e o Valor das Estatísticas.” *Boletim Instituto Português de Oncologia*. 4, (1937), pp. 10-12.

ATHIAS, M. – “Hipóteses sobre as Causas do Cancro.” *Boletim Instituto Português de Oncologia*. 4, [6], (1937), pp. 2-3.

ATHIAS, M. – “Organisation de la Lutte contre le Cancer.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. 4, [2], [3], (1937).

ATHIAS, M. – “Os Recentes Progressos no Estudo Experimental do Cancro.” *Medicina*, 27, (1937), pp. 1-13.

ATHIAS, M. – “Plan d’une enquête sur le cancer au Portugal.” *Acta de l’Union Internationale contre le Cancer*. 2, (1937), pp. 722-725.

ATHIAS, M. – “Problemas Actuais da Endocrinologia.” *Actualidades Biológicas*. 10, (1937), pp. 101-159.

ATHIAS, M. – “Sarcome du Cœur chez un Cobaye après Injection, dans le Cerveau, de Méthylcolantrène.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris*. 126, (1937), pp. 585-586.

ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Methylcolantrène chez le Rat.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris de Paris*. 127, (1938), pp. 237-238.

ATHIAS, M. – *Actividade Científica, Relatório Administrativo*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia, 1938.

ATHIAS, M. – “Posição actual do Instituto Português de Oncologia.” *Boletim Instituto Português de Oncologia*. 5 (1938); pp. 1-3.

ATHIAS, M. – “Hipóteses sobre a Origem do Cancro.” *Boletim Instituto Português de Oncologia*. 5, (1938), pp. 4-5.

ATHIAS, M. – “Factores genéticos na produção de tumores espontâneos e provocados.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LVI (1938), pp. 1-14.

ATHIAS, M. – “Hormonas Sexuais e suas Acções Fisio-Patológicas.” *Actualidades Biológicas*. 12 (1939), 108-166.

ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “L’Atypie Cellulaire dans les Sarcomes

Provoqués par le Méthylcholantrène.” *Acta de l’Union Internationale contre le Cancer*. 4 (1939), pp. 659-663.

ATHIAS, M. – “Hormonas Estrogéneas e Neoplasias Mamárias.” *Imprensa Médica*. 24 (1940), pp. 251-261.

ATHIAS, M. – “Introdução ao Método Experimental e suas Principais Aplicações às Ciências Médicas e Biológicas em Portugal.” *Actas do Congresso de História da Actividade Científica Portuguesa*. (1940), pp. 474-478.

ATHIAS, M. – “Sobre as origens das neoplasias mamárias.” *Boletim Instituto Português de Oncologia*. Vol. 7. Nº 1 (1940), pp. 3-7.

ATHIAS, M. – *Introdução do Método Experimental e suas principais aplicações às Ciências Médicas e Biológicas em Portugal*. Coimbra: Congresso da Actividade Científica Portuguesa, 1940.

ATHIAS, M. – *O Cinquentenário da Teoria do Neurónio*. Lisboa: Imprensa Lucas, 1941.

ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – “Lésions Testiculaires chez des Souris Atteintes d’Adénocarcinome Spontané de la Glande Mammaire.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 13, (1941), pp. 381-393.

ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941.

ATHIAS, M. – “A Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais.” In *Actas do Iº Congresso Nacional de Ciências Naturais*. Lisboa: 1941, V-XVII.

ATHIAS, M. – “Metaplasias em Tumores Experimentais.” *Imprensa Médica*. 12 (1941), pp. 1-11.

ATHIAS, M. – “O Cinquentenário da Teoria do Neurónio.” *Actualidades Biológicas*. 14 (1941), pp. 6-64.

ATHIAS, M. – “O Valor da Experimentação em Cancerologia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIX (1941), pp. 262-270.

ATHIAS, M. – “Secreções Internas e Cancro.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), pp. 284-290.

ATHIAS, M. – *Catálogo das Obras da Coleção Portuguesa anteriores à Fundação das Régias Escolas de Cirurgia —1825*. Lisboa: Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1942.

ATHIAS, M. – “Albert Dustin (1784-1942).” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), pp. 368-370.

ATHIAS, M. – “Les Formations Corio-Épithéliales de l’Ovaire du Cobaye.” *Arquivo de Patologia*. 15, (1943), pp. 293-315.

ATHIAS, M. – “O Instituto Português de Oncologia em 1940 e 1941.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXI (1943), pp. 17-25.

ATHIAS, M. – “A Sinapse em Neurofisiologia.” *Actualidades Biológicas*. 16, (1943), pp. 61-109.

ATHIAS, M. – “Max Askanazy (1865-1940).” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXII (1944), pp.15-16.

ATHIAS, M. – “Deux Cas d’Embryome de l’Ovaire chez le Cobaye.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 16 (1944), pp. 318-329.

ATHIAS, M. – “Fenómenos bioeléctricos cerebrais.” *Ver e Crer*. 1, (1945).

ATHIAS, M. – “Henrique Parreira (1895-1945).” *Arquivo de Patologia*. Vol. 17 (1945), pp. 1-18.

ATHIAS, M. – “Lésions Testiculaires chez des Souris non Cancéreuses appartenant à une lignée très sujette au Cancer de la Glande Mammaire.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 17 (1945), pp. 370-390.

ATHIAS, M. – “O Ensino da Fisiologia na Régia Escola de Cirurgia e na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.” *Clínica Contemporânea*. 6 (1946), pp. 282-290.

Anexo 3 – Bibliografia de Francisco Gentil⁹⁰¹

GENTIL, Francisco – *Sobre apendicite. Tese inaugural*. Lisboa: 1900.

GENTIL, Francisco – “Ferida penetrante do ventrículo esquerdo do coração, sutura. Morte.” *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Prática*. (1901), p. 353.

GENTIL, Francisco – “Apendicite.” *Boletim do Hospital de S. José*. (1902), p. 5.

GENTIL, Francisco – “Quisto hidático da vesícula biliar (apresentação de caso) ” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. Vol. 67 (1903), p. 170.

GENTIL, Francisco – “Ferida do Coração.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. Vol. 68 (1904), p. 35.

GENTIL, Francisco – “A Operação de Edebohls na Eclampsia.” *Medicina Contemporânea*. Vol. 22 (1904), p. 341.

GENTIL, Francisco – “Laparotomia de Mac-Burnay para Apendicectomia.” *Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXII (1904), p. 376.

GENTIL, Francisco – *Sobre o Tratamento Cirúrgico do Mal de Bright pela Nephro-Capsectomia. Operação de Edebohls. Tese de Concurso. Outubro de 1904*. Lisboa: 1904.

GENTIL, Francisco – *Feridas e Rupturas Traumáticas do Coração (Cardiorraphia. A propósito de Três Casos Pessoais de Cardiorraphia*. Lisboa: Imprensa Libânio da Silva, 1905.

GENTIL, Francisco – “A Propos de Trois Cas Personnels de Suture du Coeur. ” XV *Congrès International de Médecine. Section IX – Chirurgie*. Lisbonne: 1906, p. 446.

GENTIL, Francisco – *Le procédé de Mac-Burnay Dans L'Appendicectomie*. XV *Congrès International de Médecine. Section IX – Chirurgie*. Lisbonne: 1906, p. 483.

⁹⁰¹ A bibliografia de Francisco Gentil encontra-se espartida por vários periódicos médicos, nacionais e estrangeiros. Uma boa parte desses artigos encontram-se repetidos integralmente em mais do que uma publicação. Nesse caso, optou-se por colocar apenas uma das referências.

GENTIL, Francisco – “Ferida do diafragma e do baço. Operação. Cura.” *Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXIV (1906), p. 23.

GENTIL, Francisco – “Quatro casos de corpos estranhos do esófago tratados pela esofagotomia externa cervical e seguidos de cura.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 70 (1906), p. 55.

GENTIL, Francisco – “Luta contra o cancro.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 70 (1907), p. 43.

GENTIL, Francisco – “Um caso de epispadias completo.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 70 (1907), p. 223.

GENTIL, Francisco – “Um caso de carcinoma da tíbia com ressecção e autoplastia óssea.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 71 (1907), p. 221.

GENTIL, Francisco – “Ressecção da tíbia por sarcoma central.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 72 (1908), p. 15.

GENTIL, Francisco – “Pericardite purulenta.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 72 (1908), p. 88.

GENTIL, Francisco – “Linfangioma circunscrito da língua.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 72 (1908), p. 175.

GENTIL, Francisco – “Intervenções realizadas num doente com pneumococia.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 72 (1908), p. 353.

GENTIL, Francisco – “Cancro circunscrito do corpo do útero. Apresentação da peça operatória.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 72 (1908), p. 355.

GENTIL, Francisco – “Relatórios do 1º Secretário.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 72 (1908), p. 18; e Vol. 73 (1909), p. 5.

GENTIL, Francisco – “A propósito de dois casos de grandes cálculos renais; apresentação de peças e radiografias.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 73, (1909), p. 41.

GENTIL, Francisco – “Sub-Nitrato de bismuto nas gastropatias.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. Vol. 73 (1909), p. 42.

GENTIL, Francisco – “Nota prévia sobre indicações do tratamento cirúrgico na febre tifóide. Técnica operatória.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. Vol. 76 (1912), p. 82.

GENTIL, Francisco – “Sobre um caso de cardiografia feita à 9 anos.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. Vol. 76 (1912), p. 146.

GENTIL, Francisco – “Hospitais Civis de Lisboa.” *Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXIII (1915), pp. 153, 166, 171, 179, 195, 211.

GENTIL, Francisco – “A mobilização dos médicos.” *Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXIV (1916), p. 319.

GENTIL, Francisco – “A questão dos Hospitais Civis de Lisboa.” *Portugal Médico*. Vol. 2 (1916), p. 267.

GENTIL, Francisco – “Sobre a sintomatologia de tumores e abcessos cerebrais.” *Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXIV (1916), p. 89.

GENTIL, Francisco – “Grefe autoplastique pédiculée par transplantation laterale du perone dans un cas de resection du tibia pour sarcome, pratiqué il y a catorze ans.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie*. Vol. 83 (1920), p. 1175.

GENTIL, Francisco – “Anestésias feitas durante o último período de um ano na 1ª Clínica Cirúrgica.” *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas*. T. 87 (1923), p. 229.

GENTIL, Francisco – “Sur le diagnostic precoce et la technique chirurgicale dans le traitement des neoplasies malignes, hyperglycémie provoquée.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie*. Vol. 88 (1923), p. 1323.

GENTIL, Francisco – “Sur le diagnostic precoce des neoplasies malignes par l'hyperglycémie provoquée.” *Bulletin de L'Association Française pour L'Étude du Cancer*. Vol. 12 (1923), p. 726.

GENTIL, Francisco – “Sobre o tratamento das neoplasias: a propósito do cancro da mama. Conferência feita no Porto, nos «Intercâmbio», na Associação Médica Lusitana, 21-III-1924.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. T. 88 (1924), p. 239.

GENTIL, Francisco – “A propósito do Rádio no tratamento dos sarcomas.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 88 (1924), p. 416.

GENTIL, Francisco – “Sterização por via rectal.” *Lisboa Médica*. Vol. 1. Nº 6 (1924), p. 363.

GENTIL, Francisco – *Ensino médico em Lisboa. A patologia e a terapêutica cirúrgica. 1º Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa, 1825-1925*. Lisboa: 1925.

GENTIL, Francisco – “Sobre o diagnóstico de tumores abdominais (Apontamentos de Patologia).” *Lisboa Médica*. Vol. 2. Nº 1, (1925), pp. 1-15.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o ensino da patologia cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925), pp. 10-16.

GENTIL, Francisco – “A 1ª Clínica Cirúrgica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925), pp. 17-22.

GENTIL, Francisco – “Alguns exemplos da documentação do Arquivo. Quatro observações.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925), pp. 45-53.

GENTIL, Francisco; GUEDES, F. Bénard – “Sobre Roentgenterapia nos cancros da mama. Técnica. Resultados.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925), pp. 122-137.

GENTIL, Francisco – “Ressecção da tíbia e enxerto pediculado do perónio. Observação vinte anos depois da intervenção.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925), p. 9.

GENTIL, Francisco – “A amputação da mama por carcinoma. Técnica operatória.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925), pp. 138-151.

GENTIL, Francisco – “O Instituto Português para o estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 3 (1928), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Apontamento sobre o tratamento cirúrgico das neoplasias do seio.” *Lisboa Médica*. Vol. 5. Nº 6 (1928), p. 406.

GENTIL, Francisco – “Sobre Hospitais de Lisboa.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 92 (1928), p. 89.

GENTIL, Francisco – *Luta contra o Cancro*. Conferência realizada em Sevilha em 4-III-1929. [s.l]: 1929.

GENTIL, Francisco – “Resultats au bout de 20 ans d’une greffe pediculée du perone après resection du tibia pour sarcome.” *Lyon Chirurgical*. Vol. 26. Nº 4 (1929).

GENTIL, Francisco – *Laminectomia. Apontamentos de técnica operatória sobre 24 casos pessoais*. Conferência realizada no Porto na «Semana Médica Portuguesa», em 1-VII-1929. [s.l]: 1929.

GENTIL, Francisco – “La diathermie gynécologique. Moyen auxiliaire précieux de la curietherapie utero-vaginale.” *Bull. Ass. Franç. Étude du Cancer*. Vol. 9. Nº 6 (1930), p. 510.

GENTIL, Francisco – “O Instituto Português do Cancro.” Conferência realizada na IV Secção, Higiene e Medicina Preventiva do II Congresso Nacional de Medicina, em 2-V-1928. *Arquivo de Patologia*. Vol. 2 (1930), p. 9.

GENTIL, Francisco – “Sobre o tratamento do cancro do colo do útero no Instituto Português de Oncologia.” Comunicação às «Jornadas Médicas Galegas, Santiago de Compostela, Agosto de 1931». *Arquivo de Patologia*. Vol. 3 (1931), p. 178.

GENTIL, Francisco – “Sobre o cancro da língua.” Comunicação às «Jornadas Médicas Galegas, Santiago de Compostela, Agosto de 1931. *Arquivo de Patologia*. Vol. 3 (1931), p. 148.

GENTIL, Francisco; GOYANS, J.; GUEDES, F. B. – “Sobre la radiografía de la glandula mamaria y su valor diagnóstico.” *Archivos Españoles de Oncologia*. Vol. 2. Nº 1 (1931), p. 111-142.

GENTIL, Francisco; COSTA, S. F. Gomes da – “Sensibilisation du tissu neoplasique à l’action des rayons X provoquée par l’application locale d’insuline.” *Comptes Rendus de la Société de Biologie*. Vol. 109 (1931), p. 511.

GENTIL, Francisco – “Instalações cirúrgicas.” *Boletim da Universidade de Santiago*, (1933). (Número extraordinário en homenaje al Prof. Rodriguez Cadarzo, Santiago de Compostela).

GENTIL, Francisco – “Note sulla chirurgia cardio-pericardica.” *Il Policlinico, sezione chirurgica*. Supl. al Vol. XL, in honore di Roberto Alessandri, (1933).

GENTIL, Francisco – “Notes sur la chirurgie cardiopericardique.” *Lisboa Médica*. Vol. 10 (1933), p. 391.

GENTIL, Francisco – “Construções hospitalares.” *Lisboa Médica*. Vol. 10 (1933), p. 721.

GENTIL, Francisco – “O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 36 (1933), pp. 261-264.

GENTIL, Francisco – “Hospitais modernos.” *Lisboa Médica*. Vol. 10. Nº 10 (1933), p. 594.

GENTIL, Francisco – “Noções sobre neoplasias genitais.” *Arquivo de Obstetrícia e Ginecologia*. Vol. 1 (1934), p. 203.

GENTIL, Francisco – “A propósito da luta anticancerosa. O novo Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 6. Nº suplementar, (1934).

GENTIL, Francisco – “O cancro e o tabaco.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 9 (1934).

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre seminomas.” *Jornal da Associação Portuguesa de Urologia*. (1934), p. 202.

GENTIL, Francisco – “O Rádio no Instituto.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº1 (1934).

GENTIL, Francisco – “O que se fez no instituto durante os primeiros cinco anos.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº1 (1934).

GENTIL, Francisco – “O que é e para que serve o Instituto.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 2 (1934).

GENTIL, Francisco – “A obra realizada no Instituto durante o sexto ano da sua existência.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 2 (1934).

GENTIL, Francisco – “Principiou a trabalhar-se para a conclusão do Instituto.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 2 (1934).

GENTIL, Francisco – “Algumas notas acerca da Associação Internacional dos Hospitais.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 4 (1934).

GENTIL, Francisco – “Cancro e sífilis.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 9 (1934).

GENTIL, Francisco – “Um interessante trabalho do eminente oncologista argentino A. H. Roffo.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 9 (1934).

GENTIL, Francisco – “Inauguração dos tratamentos pelo Rádio no novo pavilhão do Instituto de oncologia.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 9 (1934).

GENTIL, Francisco – “29 de Dezembro – Uma data importante na luta anticancerosa em Portugal.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 1. Nº 12 (1934).

GENTIL, Francisco; TRANCOSO, J. – “Uma estatística de cancro da mama no homem.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 6 (1934), p. 557.

GENTIL, Francisco – “O problema do cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 4 (1935).

GENTIL, Francisco – “Luiz Simões Raposo.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 5 (1935).

GENTIL, Francisco – “Sem o auxílio do público o Instituto de Oncologia não pode tratar todos os doentes que o procuram.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 10 (1935).

GENTIL, Francisco – “O cancro pode curar-se se for bem localizado.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 11 (1935).

GENTIL, Francisco – “Uma série de palestras na Emissora Nacional.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 11 (1935).

GENTIL, Francisco – “Conhecimentos gerais acerca da terrível doença.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 11 (1935).

GENTIL, Francisco – “As únicas armas de combate são Cirurgia, Rádio, Raios X.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 12 (1935).

GENTIL, Francisco – “Os vários aspectos da luta anticancerosa.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 12 (1935).

GENTIL, Francisco – “O que se faz em Portugal para combater o cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 12 (1935).

GENTIL, Francisco – “O prognóstico do cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 2. Nº 12 (1935).

GENTIL, Francisco – “O cancro do útero.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 3. Nº 8-9 (1936).

GENTIL, Francisco – “O problema do cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 3. Nº 8-9 (1936).

GENTIL, Francisco – “Sete palestras radiofónicas.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 3. Nº 11 (1936).

GENTIL, Francisco – “Sobre os Hospitais-Faculdades de Lisboa e Porto. Alocução proferida na sessão de inauguração do ano académico de 1936-1937 na «Sociedade das Ciências Médicas».” *Imprensa Médica*. Vol. 2. Nº 12 (1936), p. 427.

GENTIL, Francisco – “29 de Dezembro de 1927 – 29 de Dezembro de 1936.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 3. Nº 12 (1936).

GENTIL, Francisco – “Sobre o cancro do útero e radioterapia.” *Imprensa Médica*. Vol. 2. Nº 19 (1936), p. 359.

GENTIL, Francisco – “Nota prévia sobre o um caso de tumor neuro-mio-arterial (Tumor glómico de Masson).” *Imprensa Médica*. Vol. 2. Nº 13 (1936), p. 272.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o tratamento cirúrgico do bócio exoftálmico.” *Medicina*. Vol. 3. Nº 22 (1936), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Sobre cirurgia do coração. Cardiografia.” *Medicina*. Vol. 3. Nº 21 (1936), p. 3.

GENTIL, Francisco – “Sur seize cas de seminome du testicule et de l’ovaire.” *Archivo Italiano de Chirurgia*. Vol. 42. Nº 5 (1936), p. 501.

GENTIL, Francisco – “Estado actual do estudo feito pela comissão técnica dos Hospitais-Faculdades de Lisboa e Porto.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. Vol. 100 (1936), p. 65.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre seminomas.” *Imprensa Médica*. Vol. 2. Nº 7 (1936), p. 119.

GENTIL, Francisco – “Aspectos do problema do cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 4. Nº 1 (1937).

GENTIL, Francisco – “A luta contra o cancro em Portugal.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 4. Nº 11 (1937).

GENTIL, Francisco – “O Rotary Club de Portugal e a luta contra o cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 4. Nº 1 (1937).

GENTIL, Francisco – “Conferência inaugural do 3º Ano de Reuniões Semanais do Instituto.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 4. Nº 11 (1937), pp. 2-12.

GENTIL, Francisco; OLIVEIRA, J. Rosa de – “Le «Drainage» Peritoneal dans L'Appendicite Aigue Destructive.” *Archivo Italiano di Chirurgia*. Vol. 52 (1938), p. 328.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre electrocirurgia.” *1º Congresso Médico de Lourenço Marques*. Vol. 2 (1938), p. 223.

GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia. O passado, o presente e o futuro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 6. Nº 1, 2, 3, 4 (1939).

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre um caso de cirurgia de urgência.” *Imprensa Médica*. Vol. 5. Nº 22 (1939), p. 357.

GENTIL, Francisco – “Os Hospitais escolares de Lisboa e Porto.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 11. Nº suplementar, (1939).

GENTIL, Francisco; MARQUES, Maria Fernanda – “La curietherapie sous-claviculaire dans l'amputation du sein.” *Bull. Ass. Française Étude Cancer*. Vol. 28, nº 5, (1939), p. 843.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o tratamento das neoplasias do seio. 27 anos de experiência.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 12. Nº 2 (1940), p. 205.

GENTIL, Francisco – “As campanhas contra o Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 7. Nº 2 (1940).

GENTIL, Francisco – “O Hospital-Faculdade de Lisboa.” *Medicina*. Vol. 4. Nº 41- 42 (1940), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre a vida do Prof. Augusto Monjardino.” *Lisboa Médica*. Vol. Nº 7 (1941), p. 377.

GENTIL, Francisco – “Electrocirurgia. Princípios. Técnicas.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIX. Nº único (1941), p. 113.

GENTIL, Francisco – “Os serviços de saúde na Província de Moçambique.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LIX. Nº único (1941), p. 118.

GENTIL, Francisco – “Hospitais.” *Jornal do Médico*. Nº 25 (1941), p. 5.

GENTIL, Francisco – “Sobre o cancro do fígado.” *Imprensa Médica*. Vol. 7. Nº 6 (1941), p. 113.

GENTIL, Francisco – “Concursos.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), pp. 31, 129, 146.

GENTIL, Francisco – “«Amatus Lusitanus»” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), p. 13.

GENTIL, Francisco – “A Enfermeira Maria da Glória.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), p. 150.

GENTIL, Francisco – “Apelo aos médicos.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 9. Nº 7 (1942), p. 1.

GENTIL, Francisco – “A cura do cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 9. Nº 5 (1942).

GENTIL, Francisco – “O que convém saber de cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 9. Nº 9 e 10 (1942).

GENTIL, Francisco – “Cirurgia do coração.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXI. Nº 21 e 23 (1943), pp. 321 e 353.

GENTIL, Francisco – “A assistência na Suíça. Apontamentos sobre hospitais suíços.” *Rotary Club de Lisboa*. Nº 77 (II Fase), (1943), p. 12.

GENTIL, Francisco; RODRIGUES, A. – “Um velho caso de cardiografia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXI. Nº 23 (1943), p. 356.

GENTIL, Francisco – “Maria Angélica Lima Basto Hansen.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 11. Nº 8 (1944).

GENTIL, Francisco – “Concursos - II.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXII. Nº 17-18 (1944), p. 197.

GENTIL, Francisco – “Sobre Hospitais.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXII. Nº 19-20 (1944), p. 215.

GENTIL, Francisco – “Cancer genital de la mujer.” *Medicamenta*. Vol. 3. Nº 79 (1945), p. 313.

GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 25 e 26 (Março e Abril de 1945), pp. 15-18.

GENTIL, Francisco – “80% das vítimas do cancro podiam salvar-se, tratadas a tempo.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 12. Nº 11 (1945), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Curso de la Universidad Menendez Pelayo – Santander (1ª Conferência)” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 8 (1946), p. 421.

GENTIL, Francisco – “Pode o diagnóstico condicionar a terapêutica do cancro?” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 10 (1946), p. 555.

GENTIL, Francisco – “Qual a terapêutica a usar no carcinoma do colo uterino?” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 2 (1946), p. 72.

GENTIL, Francisco – “Sobre cancro genital.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 1 (1946), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Centro cirúrgico de Peniche.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 2 (1946), p. 122.

GENTIL, Francisco – “Hospitais.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1 (1946), pp. 46, 117, 178, 239, 291, 342, 411.

GENTIL, Francisco – “Elementos de anatomia e de técnica a considerar na terapêutica dos carcinomas sigmóide-rectais. Casos clínicos.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 1. Nº 9 (1946), p. 485.

GENTIL, Francisco – “Hospitais.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 2 (1947), pp.750.

GENTIL, Francisco – “Cinquenta anos nos Hospitais Civis de Lisboa.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 2. Nº 12 (1947), p. 661.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos de cirurgia. Mais de 3000 apendicectomias.” *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia*. Vol. 1. Nº 4 (1948), p. 255.

GENTIL, Francisco – “Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 15. Nº 1-6 (1948), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 20. Nº 2 (1948), pp. 121-148.

GENTIL, Francisco – “A luta contra o cancro em Portugal. Conferência realizada em Madrid e Bilbao.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 15. Nº 7-12 (1948), p. 5.

GENTIL, Francisco – “Os superiores interesses dos cancerosos.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 15. Nº 7-12 (1948), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Actividade científica do Instituto Português de Oncologia no ano escolar de 1949-1950.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16. Nº 7-10 (1949), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Anastomoses termino-terminais a pontos separados nas ressecções do intestino e de outros segmentos do aparelho digestivo.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 24 (1949), p. 1366.

GENTIL, Francisco – “O cancro da mama e o seu tratamento.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 25 (1949), p. 1379.

GENTIL, Francisco – “O Hospital de Todos os Santos.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 25 (1949), p. 1431.

GENTIL, Francisco – “Neoplasia da mama. Terapêutica usada no Instituto Português de Oncologia.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 22 (1949), p. 1207.

GENTIL, Francisco – “Sobre o carcinoma da língua. Lição feita no Instituto Português de Oncologia aos Delegados de Saúde.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 28 (1949), p. 1619.

GENTIL, Francisco – “Sobre os Hospitais escolares de Lisboa e Porto. Assistência e Educação Física.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 28 (1949), p. 1609.

GENTIL, Francisco – “Sobre penicilina.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 3. Nº 25 (1949), p. 1431.

GENTIL, Francisco – “A terapêutica do cancro. Apontamentos.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16. Nº 11 (1949), p. 7.

GENTIL, Francisco – “Sobre o cancro – Pode fazer-se profilaxia?” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16. Nº 10 e 11 (1949), p. 1.

GENTIL, Francisco – “A oncologia em Espanha.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16. Nº 10 (1949), p. 5.

GENTIL, Francisco; *et al* – “Marck Athias.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 21. Nº 2 (1949) pp. 93-390.

GENTIL, Francisco – “Da fantasia na terapêutica do cancro e as consequências de ignorar a anatomia patológica.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 4. Nº 1 (1950), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Excision of the shaft tibia for sarcoma. Examination. Forty-three years after replacement by a fibular graft.” *J. Bone and Joint Surgery*. Vol. 32-B, (1950), p. 389.

GENTIL, Francisco – “Sobre miomas do útero. A minha experiência pessoal.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 17. Nº 10 (1950), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Terapêutica velha.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 17. Nº 7 (1950), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Tratamento miomas uterinos.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 17. Nº 12 (1950), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Curso de aperfeiçoamento sanitário.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 17. Nº 1 (1950), p. 2.

GENTIL, Francisco; DIAS, M. Th. Furtado – “Étude d’une nouvelle technique pour l’application viscérale du radon.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 22. Nº 3 (1950), p. 289.

GENTIL, Francisco – “Há tratamento curativo do cancro além da cirurgia e das radiações?” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 18. Nº 3 (1951), p. 4.

GENTIL, Francisco – “Conceitos terapêuticos das neoplasias malignas da infância.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 18. Nº 6 (1951), p. 1.

GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia*. Lisboa: 1951.⁹⁰²

GENTIL, Francisco; CONDE, J. – “Algumas localizações raras do quisto hidático.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 5. Nº 5 (1951), p. 243.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre enfermagem.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 19. Nº 5 (1952).

GENTIL, Francisco – “Em defesa da obra de luta contra o cancro e do Instituto Português de Oncologia.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 19. Nº 7-9 (1952).

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 19. Nº 7-9, 10, 11 e 12 (1952); Vol. 20. Nº 1 e 3 (1953).

GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia e as suas responsabilidades.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 19. Nº 10 (1952).

⁹⁰² Obra elaborada em edição trilingue: português, francês e inglês. Cf. GENTIL, Francisco – *La lutte contre le cancer et l’instituto português de oncologia*. Lisbonne: 1951; GENTIL, Francisco – *The cancer campaign and the instituto português de oncologia*. Lisbon: 1951.

GENTIL, Francisco – “A colpocitologia no diagnóstico do pré-cancro.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 6. Nº 1-2 (1952), p. 1.

GENTIL, Francisco – “A propósito dos Hospitais Escolares.” *Jornal do Médico*. Vol. 20 (1952), pp. 69, 337, 415, 951, 1002; Vol. 21 (1953), p. 502.

GENTIL, Francisco – “A terapêutica do cancro.” *Jornal do Médico*. Vol. 20. Nº 517, (1952), p. 1089.

GENTIL, Francisco; CONDE, J.; SILVA, J. Neves da – “Sobre o carcinoma da vesícula biliar e a litíase biliar.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 24. Nº 2 (1952), p. 153.

GENTIL, Francisco; CONDE, J. – “Quisto hidático no espaço interescápulo torácico e axila (lado direito). Comunicação apresentada ao Congresso Mundial de Quisto Hidático. Santiago do Chile, Novembro de 1952.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 6. Nº 4 (1952), p. 113.

GENTIL, Francisco – “Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 20. Nº 1, 3 (1953).

GENTIL, Francisco – “Como utilizar os serviços do Instituto Português de Oncologia. Isótopos.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 20. Nº 8 (1953), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Institutos e cruzeiros.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 20. Nº 9 (1953), p. 1.

GENTIL, Francisco; CONDE, J – “Linfangioma quístico do pescoço.” *Clínica Contemporânea*. Vol. 7. Nº 1 (1953), p. 1.

GENTIL, Francisco – “Conversas sobre o cancro – I. A propósito do cancro da língua.” *Portugal Médico*. Vol. 38. Nº 1 (1954), p.1

GENTIL, Francisco – “A propósito do Congresso de cardiologia.” *Jornal do Médico*. Vol. 30. Nº 693 (1956), p. 43.

GENTIL, Francisco – “A luta contra o cancro em Portugal.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 23. Nº 6 (1956), p. 1.

GENTIL, Francisco – “A luta contra o cancro.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 23. Nº 10 (1956), p. 1.

GENTIL, Francisco; RODRIGUES, A. – “Tratamento das mastopatias. Profilaxia e cura cirúrgica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 28. Nº 1-2 (1956), p. 1.

GENTIL, Francisco – “O Instituto Português de Oncologia em 1958.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 24. Nº 12 (1957).

GENTIL, Francisco; MARQUES, M. F.; GANDER, G.; SILVA, J. Neves da – “Orientação terapêutica das mastopatias. Apontamentos.” *Jornal do Médico*. Vol. 33. Nº 753 (1957), p. 429.

GENTIL, Francisco – “A luta contra o cancro em Portugal.” *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 25. Nº 10, 11 (1958).

GENTIL, Francisco – “Um sonho que pode tornar-se realidade.” *Jornal do Médico*. Vol. 37. Nº 831 (1958), p. 803.

Anexo 4 – “Normas para a protecção dos que trabalham com rádio” ⁹⁰³

A) *Sais de rádio*

- 1) Na protecção dos que trabalham com rádio, deve considerar-se a acção:
 - a) Dos raios beta sobre as mãos;
 - b) Dos raios gama sobre os órgãos internos, sobre o sistema hematopoiético e sobre os órgãos da reprodução.
- 2) Para proteger a pele contra os raios beta, deve utilizar-se a *distância*. O rádio deve ser manipulado por meio de pinças com cabos compridos e transportado em cofres protegidos com chumbo e munidos também de cabos compridos. Todas as manipulações devem ser realizadas o mais rapidamente possível.
- 3) Quando não está sendo utilizado, deve conservar-se o rádio num cofre-forte, colocado o mais longe possível do pessoal. É recomendável conservarem-se os tubos de rádio em células de chumbo com paredes de espessura protectora, satisfazendo ao exigido na seguinte tabela:

Quantidade máxima de rádio-elemento	Espessura de chumbo por cada célula
200 mg	8,5 cm
500 mg	10 cm
1 gr	11,5 cm
2 gr	13 cm
5 gr	15 cm
10 gr	17 cm

- 4) Para a montagem dos tubos nos aparelhos de aplicação, deve existir um local apropriado, para neles se fazerem as manipulações.
- 5) Para proteger o organismo dos raios gama penetrantes, durante a manipulação do rádio, deve usar-se um biombo de espessura não inferior a 2,5 cm de chumbo, e só se deve permanecer na proximidade do rádio durante o trabalho, que deve ser executado no mínimo de tempo possível.
- 6) A sala de medida do rádio deve ser independente e só conter o rádio durante as medições.
- 7) As enfermeiras e criadas não devem estacionar no local onde os doentes são submetidos às aplicações com quantidades de rádio superior a meio grama.
- 8) Todos os trabalhos não especializados e os trabalhos que possam ser aprendidos em pouco tempo devem ser entregues de preferência a pessoas que os executem temporariamente; os encarregados destes trabalhos não os devem praticar por mais de seis meses (enfermeiras e criadas).

B) *Emanação.*

- 1) As manipulações da emanação devem ser feitas com protecção contra os raios beta e gama.
- 2) As manipulações da emanação devem ser feitas, tanto quanto possível, em quanto ela é relativamente inactiva.

⁹⁰³ Capítulo VI das conclusões do IIº Congresso Internacional de Radiologia, transcritas em GENTIL, Francisco – “O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LI. Nº 36 (23 de Setembro de 1933), pp. 261-262.

- 3) Deve ser cuidadosamente evitada qualquer fuga de emanação, e o local em que se prepara a emanação deve ser provido de um aspirador.
- 4) Quando não se puder evitar o possível contacto da emanação com os dedos, devem usar-se luvas espessas de cautchu⁹⁰⁴ para impedir a formação de um depósito activo na pele. Devem, além disso, ser adoptadas todas as medidas de protecção indicadas para os saís de rádio.
- 5) Devem ser independentes as salas das bombas de extracção e da solução de rádio. Esta deve ser fortemente blindada para proteger os que trabalham em locais próximos. É preferível que a solução de rádio seja contida num recipiente envolvido em chumbo, de espessura calculada pela tabela acima referida.

Anexo 5 – Mapas do Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1º Fase)

Mapa nº 1 – Financiamento geral das obras

Entidades financiadoras	IPO	Centro Técnico do Porto	Centro Regional de Coimbra	Totais
Estado	4 356 000\$	2 500 000\$	500 000\$	7 356 000\$
FCG	2 756 000\$	5 300 000\$	1 580 000\$	9 580 000\$
LPCC	1 545 230\$	3 400 000\$	270 000\$	5 215 530\$
Legado E. Magalhães	2 500 000\$	–\$	–\$	2 500 000\$
Legado Rosa	1 048 770\$	–\$	–\$	1 048 770\$
Totais	12 159 000\$	11 200 000\$	2 350 000\$	25 700 000\$

Mapa nº 2 – Programa geral do financiamento (por entidades)

Entidades financiadoras	1966	1967	1968	1969	Totais
Estado	2 000 000\$	2 000 000\$	1 750 000\$	1 606 000\$	7 356 000\$
FCG	2 396 750\$	3 183 250\$	3 200 000\$	800 000\$	9 580 000\$
LPCC	554 480\$	1 770 000\$	1 500 000\$	1 390 750\$	5 215 530\$
Legado E. Magalhães	500 000\$	1 500 000\$	500 000\$	–\$	2 500 000\$
Legado Rosa	1 048 770\$	–\$	–\$	–\$	1 048 770\$
Totais	6 500 000\$	8 453 250 000\$	6 950 000\$	3 796 750\$	25 700 000\$

Fonte: DL nº 46 867, de 10 de Fevereiro de 1966.

⁹⁰⁴ Latex (borracha).

8 – Fontes e Bibliografia

8.1 – Fontes impressas

8.1.1 – Enciclopédias e dicionários

Catálogo dos livros que se hão de ler para a continuação do Diccionário da lingua portugueza mandado publicar pela Academia Real das Sciencias de Lisboa. Lisboa: Typographia da mesma academia, 1799.

Dicionário da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora, 2003.

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea. Vol. I e II. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa, 2001.

Dictionnaire de Médecine. 2ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et Cª., 1834.

DIDEROT et d'ALEMBERT – *L'Encyclopédie ou Dictionnaire Raisoné des Sciences, des Arts et des Métiers.* (28) *Chirurgie – Appareils et matériel: recueil de planches sur les sciences, les arts libéraux et les arts mécaniques, avec leur explication.* Éd. facsim. de textes et de planches extraits de l'éd. de Paris: Briasson, 1751-1780. Paris: Interlivres, 1988.

SANTOS, A. B. Zagalo dos – *Ovar na Literatura e na Arte. Subsídios para um Dicionário Bibliográfico e Biográfico do Concelho.* Ovar: Câmara Municipal de Ovar, 1962.

SILVA, Innocência Francisco da – *Diccionario Bibliographico Portuguez.* T. I-X. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858-1883.

8.1.2 – Documentos Oficiais

Actas da Câmara Corporativa (1935-1974)

Anuario Estatístico de Portugal (1875 a 1900). Lisboa: Imprensa Nacional, 1877-1907.

Anuario Estatístico de Portugal (1903) 2 Vols. Lisboa: Imprensa Nacional, 1907-1911.

Boletim Mensal da Estatística Sanitária. Porto: Serviço Municipal de Saúde e Hygiene, 1893 a 1901.

Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1890. 3 vols. Lisboa: Imprensa Nacional, 1896-1900.

Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1900. 3 vols. Lisboa: Imprensa Nacional, 1905-1906.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA – Lisboa: Imprensa Nacional, 1911.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Lisboa: Imprensa Nacional, 1933.

Eleições para Assembleias Constituintes. 1820-1836-1911. Lisboa: 1975.

Notas sobre Portugal. Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908. Secção Portuguesa. Vol. I e II. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908.

“Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901.” *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*. Nº 1 (1902).

THE ROCKEFELLER FOUNDATION. *Annual Reports*. 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation, 1913/14-1959.

8.1.3 – Legislação

Decreto nº 9 333, de 29 de Dezembro de 1923

Decreto nº 11 998, de 31 de Julho de 1926

Decreto nº 12 477, de 12 de Outubro de 1926

Decreto nº 13 098, de 24 de Janeiro de 1927
DL nº 1 638, de 29 de Janeiro de 1929
Decreto nº 19 060, de 29 de Novembro de 1930
Decreto nº 19 456, de 7 de Março de 1931
Decreto nº 21 580, de 10 de Agosto de 1932
DL nº 25 936, de 17 de Novembro de 1935
Decreto nº 27 985, de 21 de Agosto de 1937
Decreto nº 28 409, de 31 de Dezembro de 1937
Decreto nº 29 150, de 18 de Novembro de 1938
Decreto nº 30 447, de 17 de Maio de 1940
DL nº 32 171, de 27 de Julho de 1942
DL nº 36 600, de 24 de Novembro de 1942
DL nº 32 612, de 31 de Dezembro de 1942
Lei nº 1 998, de 15 de Março de 1944
DL nº 35 108, de 7 de Novembro de 1945
Lei nº 2 011, de 2 de Abril de 1946
DL nº 36 219, de 10 de Abril de 1947
Decreto nº 38 680, de 17 de Março de 1952
Decreto nº 39 805, de 2 de Setembro de 1954
DL nº 44 923, de 18 de Março de 1963
DL nº 46 867, de 10 de Fevereiro de 1966
Portaria nº 23 903 de 6 de Fevereiro de 1969
Decreto nº 99/72, de 25 de Março

8.2 – Periódicos

8.2.1 – Periódicos de natureza médica e sanitária

A Medicina Contemporânea (1883 – 1952)

A Medicina Moderna (1894 – 1923)

A Saude (1931 – 1942)

Annuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa (1890 – 1902)

Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1907 – 1909)

Anuario dos Progressos da Medicina em Portugal (1884-1886)

Arquivo de Patologia (1925 – 1975)

Arquivos de História da Medicina Portuguesa (1886 – 1922)

Boletim do Instituto Português de Oncologia (1934 – 1974)

Boletim dos Serviços Sanitários do Reino (1902 – 1910)

Boletim dos Serviços Sanitários (1931 – 1934)

Clínica Contemporânea (1946 – 1974)

Gazeta Médica de Lisboa (1853 – 1875)

Hospitais Portugueses (1948 – 1966)

Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1832 – 1980)

Jornal do Médico (1947 – 1982)

Lisboa Médica (1925 – 1932)

O Correio Médico de Lisboa (1871 – 1896)

O Médico. Semanário de assuntos médicos e paramédicos (1950 – 1974)

Porto Médico (1904 – 1910)

8.2.2 – Outros periódicos

ABC (1931)

Archivo Universal: revista hebdomadaria (1859 – 1861)

Boletim da Assistência Social (1943 – 1966)

Diário da Sessões da Assembleia Nacional (1950 – 1967)

Diário do Governo (1904 – 1944)

Diário do Senado (1911 – 1925)

Gazeta de Lisboa (1715 – 1832)

Ilustração Portuguesa (1903 – 1918)

Notícias Ilustrado (1930 – 1934)

O Comércio do Porto (1933)

O Instituto. Jornal Científico e Literario (1860)

O Popular (1906)

O Século (1906 – 1974)

O Século Ilustrado (1943)

8.3 – Teses de licenciatura apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto

AMARAL, José Felício Nunes Paes Coelho – *Occlusão intestinal*. Porto Typographia Occidental, 1880.

BARBOSA, João Casimiro – *Breve estudo sobre a hysterectomia total nos casos de carcinoma uterino*. Porto: Typographia de António José da Silva Teixeira, 1900.

BEÇA, Alberto Augusto ferro de – *Epithelioma da glândula sub-maxilar: (caso clínico)*. Porto: Typ. da Empreza Litteraria e Typographica, 1905.

BESSA, Manuel Domingues de Araújo – *Acerca da preferênciã que deve ter o instrumento cortante na ablação do peito canceroso*. Porto: manuscrito, 1843.

BORGES, António José Pereira – *Breves considerações sobre a infecção e a generalização do cancroide*. Porto: Typographia Alliança, 1870.

BRAGA, António Ulysses dos Santos – *Algumas considerações sobre tumores em geral*. Porto: Typ. de Alexandre da Fonseca Vasconcelos, 1879.

CARNEIRO, António Dias de Faria – *Breve estudo sobre neoplasmas peri-renais*. Porto: Typographia Progresso de Domingos Augusto da Silva & C.^a, 1904.

CASTRO, Gaspar José Tavares de – *Symptomatologia e tractamento do cancro do estômago*. Porto: Typographia de José da Silva Mendonça, 1892.

CONCEIÇÃO, João Alves d`Azevedo – *Dissertação sobre cancro do pénis*. Porto: [manuscrito], 1841.

CORRÊA, Francisco Joaquim – *Cancro pleuro-pulmonar primitivo (Observação clinica)*. Porto: Typographia Occidental, 1904.

COSTA, Joaquim Manoel da – *Epithelioma labial*. Porto: Typographia de Viuva Gandra, 1887.

COURET, Fernando – *Breve estudo dos tumores da vesícula biliar (produzidos por obliteração dos canaes excretores da bÍlis) e seu tratamento cirúrgico*. Porto: Imprensa Moderna, 1890.

CUNHA, Francisco Ferreira da – *Considerações geraes sobre o diagnóstico de tumores*. Porto: Typographia da Livraria Nacional, 1869.

D`OLIVEIRA, António Augusto – *Do tabaco. Abuso e perigos*. Porto: Typographia Occidental, 1878.

ELIAS, António Duarte Lima – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto: 1902.

FARIA, Francisco Inácio Rebelo de – *Sobre o Cancro em geral*. Dissertação inaugural. Porto: [manuscrito], 1850.

GUERRA, António Maria Teixeira – *Algumas considerações sobre a laryngotomia*. Porto: Imprensa Moderna, 1900.

LAGO, Alberto Fretas do – *Um caso raro de neurosarcomatose generalizada observado no Hospital de Santo António em 1900*. Porto: Typographia Industrial, 1903.

LE MOS, Carlos de Menezes Antunes – *Etiologia do cancro. (Contribuição para o estudo da etiologia dos tumores malignos)*. Porto: Tipografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão, 1903.

LIMA, António Augusto – *Indicações e contra-indicações da extirpação do cancro*. Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870.

LOPES, Gabino Augusto Moreira – *Dissertação acerca do diagnóstico diferencial dos tumores da virilha*. Porto: Typographia Constitucional, 1857.

MACHADO, Joaquim da Cunha – *Alguns apontamentos sobre tumores articulares e juxta-articulares*. Porto: Papelaria e Typographia Azevedo, 1904.

MACHADO, José Augusto Monteiro de Sousa – *Tratamento dos tumores malignos do rim pela intervenção cirúrgica*. Porto: Tipografia A. F Vasconcellos, 1900.

MAGALHÃES, José Pinto de Queiroz – *O cancro do corpo thyroideo e a especificidade celular (Breves considerações)*. Porto: Typographia Occidental, 1891.

MARTINS, Domingos da Silva Pinho – *Do scirrho*. Porto: Typ. da Imprensa Popular, 1872.

MIRANDA, Angelo Pereira de – *Breve estudo sobre o epithelioma do penis (Caso clinico)*. Porto: Typ. C. Vasconcellos, 1905.

PINHO, António Isaac Teixeira de – *Cura do cancro da mama. Preferência do processo de amputação*. Porto: 1839.

RANGEL, João Duarte da Costa – *Cancros da larynge*. Porto: Typographia de Viuva Gandra, 1887.

RIO, João Lopes do – *Tractamento do cancro uterino*. Porto: Imprensa Moderna, 1889.

ROCHA, José da – *Breve estudo sobre lymphadenoma*. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904.

SAMPAIO, João António Ferreira – *Diagnóstico diferencial dos tumores das virilhas*. Porto: Typographia de Viuva Gandra, 1884.

SOUZA, Francisco Mendonça Pinto de – *Breve estudo sobre o radio*. Porto: Typographia Minerva, 1904.

VASCONCELLOS, Adriano Brandão de – *Leucemia myelogenica chronica (A proposito de um caso clinico)*. Porto: Typographia Minerva de Gaspar Pinto de Sousa & Irmão, 1904.

VIEIRA, Joaquim Francisco – *Estudo sobre a malignidade dos kystos ovaricos*. Porto: Imprensa do Collegio de S. Luiz, 1890.

VILLAS-BOAS, José – *Breve estudo sobre stenoses do esophago (2 casos clínicos)*. Porto: Imp. C. Vasconcellos, 1906.

8.4 – Teses de licenciatura apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa

AZEDO, Leão Magno – *O método de Kraske. Intervenção por via sacro-coccigea no tratamento do carcinoma do recto*. Lisboa: 1894.

CABEÇA, C. M. d'Almeida – *Tumores do ovário*. Tese de licenciatura. Lisboa: 1892.

CAROÇA, Manuel da Fonseca – *Breves considerações sobre os tumores da Bexiga*. Lisboa: 1894.

CHAVES, Fernando Rodrigues de Matos – *Etiologia e pathogenia das neoplasias malignas*. Lisboa: 1902.

CRUZ, António Augusto Félix da – *Contribuição para o estudo dos tumores malignos do intestino*. Lisboa: 1902.

D`AVELLAR, António Emílio Severino – *Natureza e localização do carcinoma*. Lisboa: 1866.

D`AVELLAR, José Alexandrino – *Cancro das mamas, extirpação*. Lisboa: 1865.

DAVID, António Venâncio José – *Cancro do recto*. Lisboa: 1845.

FARIA, Manuel da Costa – *Algumas palavras sobre o carcinoma, sua natureza, etiologia, crescimento e infecção*. These apresentada e defendida em Julho de 1868 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia Universal, 1868.

FERNANDES, António Caldeira – *Pathogenia dos tumores malignos*. Lisboa: 1893.

FERREIRA, João Cypriano – *Diagnóstico do cancro*. Lisboa: 1850.

FONSECA, Francisco Maria Esteves da – *Diagnóstico diferencial entre a cirrose atrophica hepatica sem ascite e a carcinose gástrica*. Lisboa: 1887.

LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do fígado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865 na Escola Médico-Cirurgica de Lisboa. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865.

LEITE, Joaquim José Geraldês – *Do cancro phagedenico e do seu tratamento*. Lisboa: 1866.

LEMOS, Augusto Pereira Tovar de Lemos – *Do sarcoma*. Lisboa: 1887.

LENCASTRE, D. António Maria de – *Sobre a natureza do carcinoma encephaloide*. Lisboa: 1881.

MACEDO, António Carlos Ferraz de – *Sobre cystectomia total dos tumores da bexiga*. Lisboa: 1900.

OLIVEIRA, Manuel Nunes de – *Contribuição para o estudo da cirurgia craneo-cerebral. Questões de diagnóstico e tratamento dos tumores cerebrais*. Lisboa: 1893.

PEREIRA, José Caetano – *Não há identidade entre o virus da blenorrhagia e do cancro*. Lisboa: 1851.

PEREIRA, Júlio César – *A gastrectomia no tratamento do cancro do estômago*. Lisboa: 1893.

PESSOA, Francisco Lopes de Cunha – *Cancro do colo do útero*. Lisboa: 1850.

PESTANA, Luiz da Câmara – *O Micróbio do Carcinoma*. Dissertação inaugural, apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirurgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1889.

ROCHA, M. da Costa – *A hysterectomia vaginal no tratamento do cancro do utero*. Lisboa: 1892.

RIBAS, Jeronymo Gonçalves – *Anatomia patológica e tratamento do carcinoma*. Lisboa: 1875.

SOUSA, Francisco Teixeira Botelho de – *Carcinoma do rim*. Lisboa: 1877.

8.5 – Bibliografia sobre cancro

ADAIR, C. P. J.; BOGG, H. J. – “Experimental and clinical studies of the treatment of cancer by dichloroethylsulfide (mustard gas).” *Annals of Surgery*. 93 (1931), p. 190.

AMADO, J. J. da Silva – *Acido hippurico depositado espontaneamente em grande quantidade na urina de um homem com cancro do pylouro*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1866.

AMARAL, Francisco Augusto Monteiro do – *O emprego do iodo nascente em terapêutica cirúrgica. (Método de Louge) Algumas observações feitas no Hospital de Santo António*. Tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Typographia Industrial Portuguesa, 1912.

ARONOWITZ, Robert A. – “Do not delay: Breast Cancer and Time, 1900-1970.” *Millbank Quarterly*. 79 (2001), pp. 355-386.

ASKANAZY, Max – “Nuestras ideas actuales sobre los problemas fundamentales del cáncer.” *Revista Médica de Barcelona*. Nº 94 (1931), p. 405.

AUSTOKER, J. – *A History of the Imperial Cancer Research Fund, 1902-1986*. Oxford: OUP, 1988.

BASHFORD, E. F. – “Quelles épreuves scientifiques a-t-on aujourd’hui de la nature parasitaire des néoplasies spécialement du cancer?” *XV Congrès International de Médecine de Lisbonne*. Lisbonne: 1906.

BASHFORD, E. F. – “The application of experiment to the study of cancer.” In ALCOCK, N. H.; FREEMAN, W. G. (ed.) – *Science progress in the twentieth century. A quarterly journal of scientific thought*. Vol II. London: 1907-1908, pp.1-29.

BÉCLÈRE, Antoine – “Le cancer est-il une maladie virulente?” *La Presse médicale*. (8 mai 1935), pp. 737-739.

BERGONIÉ, J. – “Comment doivent être organisés les centres régionaux de lutte contre le cancer.” *Paris Médical*. 48 (1923), pp. 146-149.

BERLE, E. J. – “`Miraculous Cancer Surgery` Iconography of a painting by the Flemish painter Ambrosius Francken.” *International Journal of Gynecological Cancer*. Vol. 13 (March/April 2003), pp. 115-116.

BERNARDO, Mário Orlando de Matos – *A história da Liga Portuguesa Contra o Cancro, a Luta Contra o Cancro e a Fundação do Patrocínio*. Évora: Núcleo Regional do Sul da L.P.C.C, 1994.

BORGES, Humberto Ferreira – *Tratamento do cancro uterino inoperável*. Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: 1911.

BOTELHO, Luís da Silveira – *Tumores malignos da tiroideia: estudo anátomo-clínico de 155 casos em Portugal*. Dissertação de doutoramento em Medicina, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: 1963.

BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000.

BOUQUET, Henry – “Cancer et civilisation. L’Oeuvre du Calvaire.” *Le Monde médical* (1924), pp. 417-421.

BOUVERET, Léon – *Essai sur la pathogénie du cancer*. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1930.

BRESLOW, Lester – *A History of Cancer Control in United States, with emphasis on the Period 1946-1971*. Bethesda: NCI, 1977.

BRITES, Geraldino – *O médico e o ambiente social*. Coimbra: Instituto de Estudos Livres, 1933.

BROCA, Pierre P. – *Traité des tumeurs*. 2 Vol. Paris: P. Asselin, 1866-1869.

CANTOR, David – *Cancer*. In BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.) – *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 1. London: Routledge, 1993, pp. 537-561.

CANTOR, David (ed.) – “Cancer in the Twentieth Century.” *The Bulletin of the History of Medicine*. Special Issue. Vol. 81. Nº 1 (Spring 2007).

CANTOR, David – “Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century.” *Bulletin of History of Medicine*. Special Issue. Vol. 81. Nº 1 (2007), pp. 1-38.

CANTOR, David – *The Medical Research Council’s Support for Experimental Radiology During the Inter-War Years*, in AUSTOKER, J. & BRYDER, L. (Eds.) – *The Role of Medical Research Council*. Oxford: OUP, 1989.

CAPASSO, Luigi L. – “Antiquity of cancer.” *Int. J. Cancer*. 113 (2005), pp. 2-13.

CARNEY, D. N. – “Lung cancer. Time to move from chemotherapy.” *New England Journal of Medicine*. 346 (2002), pp. 126-127.

CARVALHO, Roberto de – “O cancro e a radioterapia profunda.” *Portugal Médico*. (Julho de 1925), p. 213.

CLEMMSEN, Johannes – *Statistical Studies in the Aetiology of Malignant Neoplasms. Vol I. Review and Results*. Copenhagen: Munksgaard, 1965.

CLÍMACO, Carlos – *A luta anti-venérea*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1924.

CLOW, Barbara – *Negotiating Disease: power and Cancer Care, 1900-1950*. Montreal: McGill-Queen’s University Press, 2001.

CONDE, José – “Instituto Português de Oncologia. Prospectiva.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 2 e 3 (1974) pp. 251- 260 .

CONDE, José – “Ensino da Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 46. Nº 2 e 3 (1974), pp.117-208.

CONDE, José – “Oncologia. Um problema de saúde.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. T. 144. Nº 5 e 6 (Maio-Junho de 1980), pp. 235-248.

CONDE, José – “Oncologia no âmbito nacional.” *Jornal do Médico*. T. 86. Nº 1638 (Dezembro de 1974), pp. 816-849.

CONDE, José – *Ressecções da mandíbula: contribuição pessoal na cirurgia dos tumores da cabeça e pescoço*. Dissertação de doutoramento em Medicina (Cirurgia), apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: J. Conde, 1971.

COSTA, S. F. Gomes da – *Acção das substâncias hipoglicemiantes sobre certos processos fermentativos do tecido neoplásico: estudo químico, farmacológico e terapêutico*. Dissertação para título de professor agregado apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: S.F.G. da Costa, 1934.

COSTA, S. F. Gomes da – “Os novos laboratórios de investigação científica do Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol 2. Nº 2 e 3 (1930), pp. 335-336.

D`OLIVEIRA, Fausto Guedes Gomes – *Um caso de cancro latente do estômago*. Tese de Doutoramento. Porto : Tipografia Abreu, 1925.

DANTAS, Júlio – “Crónica – Os médicos e a política.” *Ilustração Portuguesa*. IIª Série. Nº 387 (21 de Julho de 1913), p. 65.

DARMON, Pierre – *Les Cellules folles. L’homme face au cancer de l’Antiquité à nos jours*. Paris: Plon, 1993.

DeVITA, V.; HELLMANN S.; ROSENBERG S. (ed.) – *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

DONGEN, Johannes A. van – *Geschiedenis van het Nederlands Kanker Instituut het Antoni van Leeuwenhoekhuis*. Amsterdam: 1979.

ECKHART, Wolfgang U. (org.) – *100 years of organized cancer research*. Stuttgart: Thieme, 2000.

EPSTEIN, Samuel S. – *The Politics of Cancer*. Garden City, New York: Anchor Press, 1979.

EUA, American Society for the Control of Cancer; PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *O que todos devem saber de cancro: manual para toda a gente ler*. Lisboa: IPEC, 1930.

FARIA, José Carlos Godinho de – *Será o cancro uma afecção local? Em que circunstâncias poderá aproveitar a sua extirpação?* Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1867.

FERNANDES, António Feliciano Botelho da Silva – *Tratamento cirúrgico do carcinoma do seio (Breves considerações)*. Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Imprensa Moderna, 1916.

FERNANDES, António Manuel – *Cura radical do cancro do pénis*. Tese de Doutoramento. Porto: 1921.

FERREIRA, Ernesto – “O médico português Ribeiro Sanches e a cura do cancro.” *Petrus Nonius*. Vol. 3. Nº 3-4 (1941), pp. 220 - 228.

FERRELL, Vance – *Alternative Cancer Remedies. Facts for Historians and Medical Researchers*. Pilgrims Books, 1998.

FIGUEIREDO, Silva – *Neoplasias da região ocular*. Dissertação inaugural. Lisboa: 1915.

FILASSIER, A. – “Y a-t-il des maisons cancéreuses?” *Gazette médicale de Paris*. (15 août 1907), p.1.

FORGUE, Émile – “Le problème du cancer dans ses aspects psychiques.” *Journal des Praticiens*. 25 (1931), p. 1578.

FRANCO, E.; AFONSO, C. – “Sulla produzione del cancro e sul comportamento delle mastzellen nei topi trattati col catrame”. *Lisboa Médica*. Vol. II (1925), p. 142 e seguintes.

FRONTEIRA, Joaquim – *Alguns aspectos estatísticos da tuberculose e do cancro em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos de Estatística Económica, 1955.

FUJIMURA, Joan H. – *Crafting Science. A Sociohistory of the Quest for the Genetics of Cancer*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

GALIEN, Claude – *Les six principaux livres de la thérapeutique, avec le deuxième de l'art curatoire à Glaucon, auxquels est aiousté le livre des tumeurs contre nature, nécessaires à tous les chirurgiens*. Lyon: Tibault Payan, 1558.

GAUDILLIÈRE, J.-P.; LÖWY, I. – “Dans vingt ans nous aurons vaincu le cancer.” *La Recherche*. N° 315 (1998), pp. 197-213.

GOODMAN, L. S.; *et al* – “Use of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride for Hodgkin`s disease lymphosarcoma, leukemia.” *JAMA*. 132 (1946), p. 126.

GREAVES, M. F. – *Cancer: The Evolutionary Legacy*. Oxford: OUP, 2000.

GUEDES, António Carlos – *Tumores malignos do seio do homem*. Tese de Doutoramento. Porto: 1925.

GUEDES, F. Bénard – “Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Röntgentherapie des Brustkrebses.” *Sonderdruck aus Int. Radioth.* Vol. 2 (1926/7), p. 831.

GUEDES, F. Bénard – “Notas estatísticas sobre o tratamento do cancro do colo do útero pelas radiações.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), p. 5.

GUEDES, F. Bénard – “Die Radiotherapie des Karzinome des Collum uteri.” *Strahlentherapie*. Vol. 54 (1935), p. 238.

GUEDES, F. Bénard – “Roentgenerapia do cancro da mama. Primeiros resultados.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LXII (1944), p. 113.

GUIMARÃES, J. A. – “A Personalidade do Professor Marck Athias.” *Clínica, Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 266-273.

HALPERIN, Edward C. – “Paleo-Oncology: The Role of Ancient Remains in the Study of Cancer”. *Perspectives in Biology and Medicine*. Vol. 47. N° 1 (Winter 2004), pp. 1-14.

HELVOORT, Ton Van – “Scalpel or Rays? Radiotherapy and the Struggle for the Cancer Patient in Pre-Second World War Germany.” *Medical History*. 45 (2001), pp. 33-60.

HIEN, Wolfgang – *Chemische Industrie und Krebs*. Bremerhaven, Germany: Wirtschaftsverlag, 1994.

HILL, George J. – “Historic milestones in cancer surgery.” *Seminars in Oncology*. Vol. 6 (1979), pp. 409-427.

HOFFMAN, F. L. – *The Mortality from Cancer throughout the World*. Newark/New Jersey: The Prudential Press, 1915.

HOME, Sir Everard – *A short Tract on the Formation of Tumours, and the peculiarities that are met with in the structure of those that have become Cancerous; with their Mode of Treatment*. London: Bart. & C., 1830.

IMBAULT-HUART, Marie-José – *História do cancro*. In Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História*. Mem Martins: Terramar, 1985, pp. 165-176.

INGRASSIA, Giovanni Filippo – *De tumoribus praeter naturam*. Napoli: 1553.

JACKSON, Robert – “St. Peregrine, O.S.M – Patron Saint of Cancer Patients.” *Canadian Medical Association Journal*. 111 (19 October 1971), pp. 824-827.

JACOBSON, L. P. ; *et al* – “Studies of the effect of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride on neoplastic diseases and allied disorders of the hematopoietic system.” *JAMA*. 132 (1946), p. 263.

JACQUEMART, L.; PFEIFFER, C. – *Tréponèmes et Néoplasmes*. Paris: Maloine, 1927.

JASEN, Patricia – “Breast cancer and the language of risk, 1750-1950.” *Social History of Medicine*. 15 (2002), pp. 17-43.

JASEN, Patricia – “From the “Silent Killer” to the “Whispering Disease”: Ovarian Cancer and the Uses of Metaphor.” *Medical History*. 53 (2009), pp. 489-512.

JORGE, Ricardo – “La Mortalité par le cancer à Lisbonne et à Porto. Parallèle interurbain.” *Bulletin de l'Office d'Hygiène*. (1923).

KABZINSKA, Krystyna – “Os estudantes do Laboratório Curie no Instituto do Rádio, em Paris, e os pioneiros do estudo do cancro em Portugal.” *Gazeta de Física*. 12 (1989), pp. 102-111.

KEATING, Peter – *The Rise of Clinical Cancer Research (1950-2000): Historical and Bibliometric Observations*. Comunicação no Brown Bag Research Seminar, Université York. Toronto: Setembro 2006.

KEATING, Peter; CAMBROSIO, Alberto – “Beyond "Bad News": The Diagnosis, Prognosis and Classification of Lymphomas and Lymphoma Patients in the Age of Biomedicine (1945-1995).” *Medical History*. 47 (2003), pp. 291-313.

KIEWICZ, Albert Adam – *Die Heilung des Krebses*. Wien: Braumüller, 1903.

KREMENTSOV, Nikolai – *The Cure: A Story of Cancer and Politics from the Annals of the Cold War*. Chicago: UCP, 2002.

LASERRE – “Nouvelles observations sur l'efficacité des sangsues contre les cancers ulcérés.” *Annales de médecine physiologique* (1822).

LEAF, Clifton – “Why we are losing the war on cancer [and how to win it]” *Fortune*. 22 de Março (2004), pp. 77-92.

LEDOUX-LEBARD, R. – *La lutte contre le cancer*. Thèse pour le doctorat de médecine. Paris: 1906.

LESTERHUIS J.; HOUWAART, E. S. – “Bringing the inbred-mouse to Europe. The Netherlands Cancer Institute within the context of international cancer research 1913-1950.” In ECKHART, Wolfgang U. (org.) – *100 years of organized cancer research*. Stuttgart: Thieme, 2000, pp. 89-94.

LERNER, Barron H. – *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear, and the Pursuit of a cure in Twentieth-Century America*. Oxford: OUP, 2001.

LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907.

LITTRÉ, Emile – “Cancer.” In *Dictionnaire de Médecine ou répertoire general des sciences médicales*. 2ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C^a., 1834, pp. 268 – 323.

LOPES, Laura Domingues – *Breves considerações sobre o tratamento cirúrgico do cancro uterino (Operação de Wertheim)*. Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de São José, 1918.

LOPES, Manuel António – *Tratado compendioso do scirro, e do cancro, em que deduzindo-se a moléstia de seus princípios, e causas, se applica o tratamento e curativo mais adequado*. Lisboa: Impr. Regia, 1811.

MACHADO, Francisco de Sousa Guedes – *Sobre os tumores congénitos da região sacro-coccígea*. Tese de Doutoramento. Porto: 1921.

MAISIN, J. – *Cancer, Radiations, Virus, Environnement*. T. II. Paris: 1949.

MALININ, Theodore I. – *Cancer Merchants: History of NCI's, Viruses and Cancer Programmes*. Pittsburgh: Dorrance Publishing, 2008.

MARCHALL, E. K. Jr. – “Historical perspectives in chemotherapy.” *Advanced Chemotherapy*. 1 (1964), p. 1.

MATTOS, Álvaro – “Contribuição para o estudo do microbio de Doyen.” *Movimento Médico*. (1 de Abril de 1905)

MEDINA DOMÈNECH, Rosa María – *“Curar el Cancer? Los orígenes de la Radioterapia española en el primer tercio del siglo XX.”* Granada: Universidad de Granada, 1996.

MIGUENS, José – *Da etiologia do cancro*. Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1921.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Oncológico Nacional 2001-2005*. Lisboa: DGS, 2002.

MONIZ, Egas – *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle*. Paris: Masson et Cie. Éditeurs, 1931.

MOODIE, R. L – “Tumors in the Lower Carboniferous”. *Science*. 66 (1927), p. 540.

MOULIN, Daniel de – *A Short History of Breast Cancer*. Boston: Martinus Nijhoff, 1983.

MUNSHI, Nikhil C.; ANDERSON, Kenneth C. – *Plasma Cell Neoplasms*. In DeVITA, V.; et al – *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp. 2155-2185.

MURPHY, Caroline C. S. – “From Friedenheim to hospice: a century of cancer hospitals.” In GRANSHAW, Lindsay; PORTER, Roy (ed.) – *The Hospital in History*. London: Routledge, 1989, pp. 221-241.

NEVES, Azevedo – *Inquérito sobre o cancro em Portugal*. Lisboa: 1904.

NEVES, Azevedo – “O cancro em Portugal.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXIV (1906), pp. 393-401.

NEVES, Azevedo – “Die Portugiesische Kommission für Krebsforschung.” *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 7 (1909), p. 180.

NEVES, Azevedo – “Bericht über die Zählung der im Mai und Juni 1904 in Portugal in ärztlicher Behandlung gewesenen Krebskranken.” *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 7 (1909), p. 297.

NEVES, Azevedo – “Untersuchung vorgenommen im Jahre 1904 in den überseeischen portugiesischen Provinzen, um die Zahl der in ärztlichen Krebskranken festzustellen.” *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 8 (1910), p. 239.

NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro assim no Que pertence á Applicação dos Remédios, como á Execução Operatória...* Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741.

NUNES, João Arriscado – “Risco, incerteza e regimes de verdade. A patologia tumoral e a biologia do cancro.” *Revista de História das Ideias Vol. 23*. Coimbra: Instituto de História e Teoria das Ideias, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra (2002), pp. 285-315.

NUNES, João Arriscado – “Escala, heterogeneidade e representação: Para uma cartografia da investigação sobre o cancro.” *Revista Crítica de Ciências Sociais* nº 46. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra (1996), pp. 9-46.

OLIVEIRA, José Domingues de – *Os cancros e o rádio*. Porto: 1923.

OLSON, James Stuart – *Bathsheba's Breast: Women, Cancer and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002.

OLSON, James Stuart – *Making Cancer History: Disease & Discovery at the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

OLSON, James Stuart – *The History of Cancer. An annotated bibliography*. New York: Greenwood Press, 1989.

PACHECO, Francisco do Carmo – *Ao serviço do doente oncológico: 25 anos da história do Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil*. Lisboa: Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2002.

PÁDUA, António de – *Cancro uterino. Seu tratamento pela operação de Wertheim*. Tese de Doutoramento. Porto: Tip. Marques, 1925.

PAIVA, Élia; PINTO, Fernanda – “O lugar do cancro na imprensa escrita em Portugal: Esboço de análise de recortes de imprensa entre 1984-2002.” In *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*, pp. 44-55.

PARK, Roswell – “The nature of Cancerous Process.” *II Congrès de la Société internationale de Chirurgie*. Bruxelles: 1908.

PATTERSON, James T. – *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1987.

PERCY, Constance; Van HOLTEN, Valerie; MUIR, Calum (eds.) – *CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia / Organização Mundial da Saúde*. 2ª Edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

PEYRILHE, Bernard – *Dissertatio de Cancro, quam duplici proemio donavit illustris Academia Scientiarum, litterarium et artium Lugdunensis*. Paris: 1774.

PEYRILHE, Bernard – *Dissertation académique sur le cancer, qui a remporté le prix double de l'Académie des sciences, Arts et Belles lettres de Lyon, le 8 décembre 1773*. Paris: 1776.

PINELL, Patrice – *Cancer*. In COOTER, R ; PICKSTONE, J. (Eds.) – *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: 2000, pp. 671-686.

PINELL, Patrice – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 – 1940)*. Paris: Editions Métailié, 1992.

PINELL, Patrice – *The Fight against Cancer: France 1890-1940*. London: Routledge, 2002.

PINTO, João Victor de Macedo – *Generalidades sobre a Curietherapia do Cancro*. Tese de Doutoramento. Porto: Typographia Central, 1925.

PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939.

PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Legislação 29.XII.1923 a 4.IV.1950*. Lisboa, Palhavã: IPO, [s.d].

PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Domine e vença o cancro*. Lisboa: IPO, 1943.

PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *O cancro é uma doença social: ajudanos a combatê-lo*. Lisboa: LPCC/IPO, 1953.

PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Um caminho com história. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional de Coimbra*. Lisboa: IPO; Coimbra: CRO, 2003.

PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Verdades & erros acerca do cancro*. Lisboa: IPO, 1943.

PORTUGAL, Instituto Português para o Estudo do Cancro – *O que todos devem saber do cancro. Manual para toda a gente ler*. Lisboa: Instituto Português para o Estudo do Cancro, 1930.

PORTUGAL, Liga Portuguesa Contra o Cancro – *Liga Portuguesa Contra o Cancro: folheto de propaganda*. Lisboa: Tip. Imp. Libânio da Silva, 1954.

PROCTOR, Robert N. – *Cancer Wars: How Politics Shape What We Know & Don't Know about Cancer*. New York: Basic Books, 1995.

PROCTOR, Robert N. – *The Nazi War on Cancer*. Princeton: PUP, 1999.

RAMALHO, Carlos Faria Moreira – *A serologia do cancro: reacções de Dungern, e de Abderhalden*. Trabalho do Laboratório Médico do Prof. Alberto de Aguiar. Porto: [s.e], 1914.

RAMAZZINI, Bernardino – *De morbis artificium diatriba*. Modena: Antonio Capponi, 1700.

RAMOS, Gil Pontes Moreira – *Leucemia mieloide*. Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José, 1919.

RAPOSO, Hélder – “A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia.” *Fórum Sociológico*. Nº 11/12 (2004), pp. 177-203.

RAPOSO, Luis Simões – “O cancro experimental e as modernas ideias sôbre a etiologia e a patogenia das neoplasias malignas.” Conferência realizada no Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa no primeiro centenário da Régia Escola de Cirurgia

de Lisboa, em 15 de Dezembro de 1925. *Arquivo de Patologia*. Vol. 2 (1928), pp. 41-121.

RAPOSO, Luis Simões – “O Instituto português para o Estudo do Cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), pp. 54-61.

RAPOSO, Luis Simões; NORONHA, Cordato de – “Un nouveau cas de cancer expérimental sous l’influence du goudron soumis à l’action d’un courant électrique (méthode de Kotzareff).” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVI, (1927), p. 877.

RAPOSO, Luis Simões – “Sur le rôle de l’arsenic dans la cancérisation par goudron.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVIII (1928), p. 997.

RAPOSO, Luis Simões – “La pseudo-électrolyse du goudron (méthode de Kotzareff) et l’action du chauffage du goudron cancérigène.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVIII (1928), p. 999.

RAPOSO, Luis Simões – “Les deux facteurs de la genèse des carcinomes.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. XCVIII (1928), p. 1001.

RAPOSO, Luis Simões – “Sur l’action cancérigène du goudron et de l’arsenic.” *Arch. Port. des Sciences Biologiques*. T. II. Fasc. II. Porto, (1929).

RAPOSO, Luis Simões – “Les conditions locales de susceptibilité aux greffes cancéreuses.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. CV (1930), p. 158.

RAPOSO, Luis Simões – “L’action locale et générale du goudron dans la genèse du cancer.” *C. R. Soc. de Biologie*. T. CIX (1932), p. 1042.

RATHER, L. J. – *The Genesis of Cancer. A Study in the History of Ideas*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1978.

RAVEN, Ronald William – *The theory and practice of oncology: historical and present principles*. Carnforth: Parthenon, 1990.

RETTIG, Richard A. – *Cancer Crusade: The Story of the National Cancer Act of 1971*. Princeton, New Jersey: PUP, 1977.

RHOADS, C. – “Nitrogen mustards in treatment of neoplastic disease.” *JAMA*. 131 (1946), p. 6568.

RÓDO, A. – “O bisturi eléctrico no tratamento das neoplasias da pele e das mucosas. Resultados obtidos no Instituto Português de Oncologia.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 3. Nº 2 e 3 (1931), pp. 191-194.

RODRIGUES, Álvaro – “Os métodos de visualização dos linfáticos no vivo aplicados ao estudo do problema do cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 7. Nº 1 (1936).

RODRIGUES, Álvaro – “O sistema linfático e o problema do cancro.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 12. Nº 3 (1940).

RODRIGUES, Álvaro – “O valor da experimentação em Cancerologia. Alguns resultados obtidos.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 13. Nº 1 (1941).

RODRIGUES, Álvaro – “Os esvaziamentos ganglionares complementares. Estudo crítico, indicações e técnica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 14. Nº 1 (1942).

RODRIGUES, Álvaro – “Carcinoma dos órgãos genitais externos. Sua repercussão linfática.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano LX (1942), p. 65.

ROSS, Walter S. – *Crusade: The Official History of the American Cancer Society*. New York: Arbor House, 1987.

ROTHSCHILD, B. M.; TANKE, D. H.; HELBLING, M.; MARTIN, L. D. – “Epidemiologic study of tumors in dinosaurs.” *Naturwissenschaften*. 90, (2003).

RÉCAMIER, J. C.-A. – *Recherches sur le traitement du cancer par la compression méthodique simple ou combinée, et sur l'histoire général de la maladie*. 2 vol. Paris: Gabon, 1829.

SAMPAIO, Victorino Cabral de – *Tumores complicando a gravidez*. Tese de Doutoramento. Porto: 1924.

SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925.

SANTOS, João Marques dos – “Contribuição para o diagnóstico sorológico do cancro.” Sep. de *A Medicina Contemporânea*. Lisboa: Tipografia Adolfo de Mendonça, 1922.

SCHULTZ, Michael; *et al* – “Oldest known case of metastasizing prostate carcinoma diagnosed in the skeleton of a 2,700-year-old Scythian King from Arzhan (Siberia, Russia)”. *Int. J. Cancer*. 121 (2007), pp. 2591–2595.

SHIMKIN, Michael B. – *Contrary to nature. Being an illustrated commentary on some persons and events of historical importance in the development of knowledge concerning cancer*. Washington, DC: U. S. Department of Health, Education, and Welfare, 1977.

SHIMKIN, Michael B. – “An Historical Note on Tumor Transplantation in Man.” *Cancer*. 35 (1975), pp. 540-541.

SNELDERS, Stephen; MEIJMAN, Frans J.; PIETERS, Toine – “Cancer Health Communication in the Netherlands 1910-1950: Paternalistic Control or Popularization of Knowledge?” *Medizin Historisches Journal*. 41 (2006), pp. 271-289.

SODRÉ, A.A.A. – “Frequência do câncer no Brasil.” *Brasil Médico*. Vol. 18, nº 3 (1904), pp. 229-232.

STACEY, Jackie – *Teratologies. A cultural Study of Cancer*. London: Routledge: 1997.

STROUHAL, E. – *Malignant tumors in past populations in Middle Europe*. In LA VERGHETTA, M.; CAPASSO, L. (eds.) – *Proceedings of the XIIIth European Meeting of the Paleopathology Association*. Teramo: Edigrafital Publisher, 2001, pp. 265–72.

SURAIYA, J. N. – “Medicine in Ancient India with Special Reference to Cancer.” *Indian Journal of Cancer*. 10 (December 1973), pp. 391-402.

TAVARES, Amândio – “Subsídios para o estudo da influência do sistema nervosa no cancro experimental.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), pp. 56 - 105.

TAVARES, Amândio; MORAIS, Ernesto – “De l’influence de la sympathicectomie sur le développement des tumeurs du goudron”. *C. R. Soc. de Biologie*. T. CVII (1931), p. 1181.

TOURAINÉ, A. – “Syphilis et cancer en Norvège.” *Bulletin de la Société Française de dermatographie et de syphiligraphie*. N° 4 (Avril 1933), pp. 1-5.

TRÖHLER, U. – “The Crooked Path Toward the Objectivation of Therapeutic Experience.” *Recent Results in Cancer Research*. 111 (1988), pp. 1-5.

TUBIANA, Maurice – *Radiothérapie*. In LECOURT, Dominique (dir.) – *Dictionnaire de la Pensée Médicale*. PUF : Paris, 2004, p. 942.

VIRSHOW, Rudolf – *Pathologie des tumeurs*. 4 vol. Traduction par Aronsson. Paris: 1867-1877.

WALDHOLZ, Michael – *Curing Cancer: The Story of the Men and Women Unlocking the Secrets of Our Deadliest Illness*. New York: Simon & Schuster, 1997.

WAGNER, Gustav; MAUERBERG, Andrea – *Krebsforschung in Deutschland: Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Krebsforschungs-zentrums*. Berlin: Springer, 1989.

WEINBERG, Robert A. – *Racing to the Beginning of the Road. The Search for the Origin of Cancer*. New York: Harmony Books, 1996.

WHO/IARC – *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. Vols. 1-92. Lyon: IARC, 1969-2009.

WOHLWILL, F. – “Sobre o estroma do carcinoma do colo do útero.” *Arquivos de Patologia*. Vol 8. N° 1 (1930), pp. 64-102.

WOHLWILL, F. – “Contribuições morfológicas para o problema dos tumores (Três formas diferentes de neoplasmas rádio-sensíveis).” *Lisboa Médica*. Vol. 13 (1931).

WOLFF, Jacob – *The Science of Cancerous Disease from Earliest Times to the Present*. Nantucket, 1990. (Tradução inglesa de WOLFF, Jacob – *Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart*. 2º ed. 4 vol. Yena: 1929.)

YOUNG, S. – *Minutes of the cases of cancer and cancerous tendency successfully treated by the new method of pressure, etc.* London: 1816.

8.6 – Bibliografia sobre saúde e medicina

ACCIAIUOLI, Margarida – *Exposições do Estado Novo: 1934-1940*. Lisboa: Livros Horizonte, 1998.

ACKERKNECHT, Erwin – *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris: Payot, 1986.

ADAMS, Francis (ed. e trad.) – *The seven books of Paulus Aegineta*. 3 vols. London: The Sydenham Society, 1844-47.

ALBUQUERQUE, José Vitorino de Souza – *Condições hygienicas do Hospital de Santo António com relação às operações de grande cirurgia*. Porto: 1867.

ALMEIDA, António de – *Tratado Completo da Anatomia e Cirurgia com um Resumo da História da Anatomia e Cirurgia, Seus Progressos e Estado d`Ella em Portugal*. Lisboa: na Officina de Antonio Gomes, 1788.

ALMEIDA, A. José de – *Desaffronta. (História d`uma perseguição)*. Coimbra: Livraria Moderna de A. D`Oliveira, 1895.

ALVES, Jorge Fernandes (Coord.) – *O Signo de Hipócrates. O Ensino Médico no Porto segundo Ricardo Jorge em 1885*. [s.l.]: Sociedade Portuguesa de Gastreterologia, 2003.

ALVES, Jorge; CARNEIRO, Marinha – *Olhar o Corpo, Salvar a Vida*. Porto: Hospital de Santo António, 2007.

ALVES, M. V. – *1911 - O Ensino Médico em Lisboa no Início do Século, Sete Artistas Contemporâneos Evocam a Geração Médica de 1911*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

AMARAL, Isabel Maria da Silva Pereira – *As escolas de investigação de Marck Athias e de Kurt Jacobson e a emergência da bioquímica em Portugal*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 2001.

AMARAL, Isabel – “A escola de investigação de Marck Athias e o surgimento de novas disciplinas médicas entre 1897 e 1946”, in FITAS, A. J. Santos (coord.) – *A Ciência em Portugal na Primeira Metade do Século XX – Actas do 6.º Encontro de Évora de História e Filosofia da Ciência*. Évora: Conselho Editorial da Universidade de Évora, 2003, pp. 11-80.

AMARAL, Isabel – “Marck Athias (1875-1946) and Kurt Jacobbshon (1904-1991): Their Travels and the Establishment in Portugal of Laboratory-Based Research in the Bio-Sciences.” *Science and Technology in the European Periphery*, 2nd STEP Meeting: Scientific Travels. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 17-21 de Setembro de 2000, pp. 37-38.

AMARAL, Isabel – “Na vanguarda da modernidade: o dinamismo sinérgico de Marck Athias, Celestino da Costa e Ferreira de Mira na primeira metade do Século XX.” In *Estudos do Século XX*. Nº 5 (2005), pp. 263-282.

AMARAL, Isabel – “The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935).” *Dynamis*. Vol. 28 (2008), pp. 301-328.

AMARAL, I.; FERREIRA, J. David; PINTO, R. E. C.; CARNEIRO, A. – “A Escola de Investigação de Histofisiologia de Augusto Celestino da Costa (1911-1956)”, in A.A. V.V., *Actas do 1º Congresso Luso-Brasileiro de História da Ciência e da Técnica*, Évora: CEHFC - Universidade de Évora, 2001, pp. 615-629.

ANÓNIMO – “Bibliografia do Prof. Marck Athias.” *Clínica, Higiene e Hidrologia*. 13 (1947) pp. 288-292.

ARAÚJO, Maria Benedita – *A medicina popular e a magia no sul de Portugal: contribuição para o estudo das correntes mentais e espirituais (fins do século XVII a meados do século XVIII)*. Tese de doutoramento. 3 Vols. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 1988.

AUGÉ, Marc; HERZLICH, Claudine – *The meaning of illness*. Harwood Academic Publishers, 1995.

AZEVEDO, António Augusto Pinto de – *Theses e dissertações médico-cirúrgicas*. (Apenso C ao fascículo V do Suplemento geral do *Catálogo da Bibliotheca Pública Municipal do Porto*. Porto: 1890.)

BARBOSA, António Maria – *Nota sobre a ovariectomia, lida na Academia Real das Sciencias Medicas de Lisboa em sessão de 19 de Abril de 1866*. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias Medicas de Lisboa, 1866.

BARRETO, J. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. IV (2ª ed.) Coimbra: 1959.

BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. Vol. VI (2ª ed.) Coimbra: 1961.

BARRETO, F. B. Bissaya – *Uma obra social realizada em Coimbra*. Vol. I. Coimbra: 1970.

BELL, R. M. – *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985.

BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães & C^a Editores, 1978.

BESSA, Isabel Teixeira Dias – “Arquitectura e Memória.” *Revista de História das Ideias*. Vol.16, Coimbra, (1994).

BIRABEN, Jean-Noël – *Les maladies en Europe: équilibre et rupture de la pathocénose*. In GRMEK, Mirko D. (Dir.) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome I. Antiquité et Moyen Âge*. Paris: Seuil, 1995, pp. 283-310.

BOLÉO, José de Paiva – “Discursos de Pio XII aos médicos.” *Jornal do Médico*. Nº 16 (5 de Abril de 1951), pp. 129 -130.

BOMBARDA, Miguel – “Pasteur.” *A Medicina Contemporânea*. (1ª Série) Ano XIII. Nº 40 (1895), pp. 314-323.

BONNICHON, Ph. – “Guy de Chauliac et la "Grande Chirurgie". Quatre siècles de vie universitaire.” *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*. Vol. 6. Nº 3 (2007), pp. 39-44.

BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978.

BOURDIEU, Pierre – *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BRAGA, José M. – *As moscas: uma ameaça grave para a saúde, obrigação de as destruir, processos de exterminação*. Porto: Liga Portuguesa de Profilaxia Social, 1900.

BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas*. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946.

BRANDÃO, Joaquim Ignacio de Seixas – *Memórias dos annos de 1775 a 1780 para servirem de história, analysi e virtudes das agoas thermaes da villa das Caldas da Rainha,...* Lisboa: na Régia Officina Typografica, 1781.

BREASTED, J. H. – *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. Chicago: UCP, 1930.

BUSSEMAKER, U. C.; DAREMBERG, C. (ed. e trad.) – *Oeuvres d'Oribase*. 6 vols. Paris: J. B. Bailliere & fils, Imprimerie Nationale, 1852-76.

BYNUM, W. F; *et al* – *The Western Medical Tradition*. 2 Volumes. Cambridge: CUP, 2009.

CABRAL, Manuel Villaverde (coord.), SILVA, Pedro Alcântara da, MENDES, Hugo – *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

CANGUILHEM, Georges – *Écrits sur la médecine*. Paris: Le Seuil, 2002.

CANGUILHEM, Georges – *Les maladies*. In JACOB, A. (dir.) – *Encyclopédie philosophique universelle, vol. 1: L'univers philosophique*. Paris: PUF, 1989.

CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares*. 3ª Edição. Porto: Afrontamento, 1998.

CARDOSO, Luis – *Receita Universal ou Breve Noticia dos Santos Especiais Advogados contra os achaques, doenças, perigos e infortúnios, a que ordinariamente vive sujeita a natureza humana*. Lisboa Occidental: na officina de Joseph António da Sylva, 1727.

CARNEIRO, Marinha – *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (sec. XV-1974)*. Porto: U. Porto editorial, 2008.

CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos*. Porto: Livraria Chardron, 1916.

CARVALHO, Augusto da Silva – “O jornalismo médico português e 'A Medicina Contemporânea'.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano L. Nº 1 (1932), pp. 1-13.

CARVALHO, Augusto da Silva – *Médicos e curandeiros*. Lisboa: Tipographia Adolpho de Mendonça, 1917.

CARVALHO, Luis de – “As origens da Radiologia no Hospital Geral de S. António” *Arquivos do Hospital Geral de Santo António*. 2ª Série. Vol. 1. Nº 1 (2005), p. 29.

CARVALHO, M. P. Henriques de – *A defesa da cirurgia e dos cirurgiões, ou o segundo brado e clamor contra os flagícios, ignorancia e imposturas dos charlatães e curandeiros, dos seus protectores e apaixonados*. Lisboa: 1840.

CARVALHO, M. P. Henriques de – *O clamor contra os flagícios, audacia e impostura dos charlatães e dos curandeiros: modo de os poder conter, reprimir e aniquilar*. Lisboa: Typografia de V. J. De castro & Irmão, 1848.

CASSIRER, Ernst – *Ensaio sobre o homem. Introdução a uma filosofia da cultura humana*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

CELSI, Aurelis Cor. – *De re medica. Libri VIII*. Lugduni: Apud. Joan. Tomasium & Gulielmum Gazerum, 1554.

- CHAST, F. – *Histoire contemporaine des médicaments*. Paris: La Découverte, 1995.
- COCHETON, J. J.; GUERRE, J.; PÉQUIGNOT, H. – *Histoire illustrée de l'hépatogastro-entérologie*. Paris: Roger da Costa, 1987.
- COELHO, Eduardo – *O Professor Ricardo Jorge. Breve ensaio crítico*. Lisboa: 1929.
- COELHO, Manuel Rodrigues – *Pharmacopea Tubalense Chimico-Galênica*. Roma: Otf. Balio Gerendini, 1740.
- COIMBRA, António – “A modernização da medicina portuense na primeira metade do século XX (continuação)” *Norte Médico*. Nº 38 (Janeiro-Março de 2008), pp. 28-30.
- COLLIER, Peter; HOROWITZ, David – *The Rockefellers: An American Dynasty*. Broadway, New York: New American Library, 1976.
- CORRÊA, Beatriz de Mello – *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988*. Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa, 2001.
- CORREIA, F. da Silva (org.) – *A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge*. Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, 1960.
- CORREIA, F. da Silva – “Alguns aspectos do problema hospitalar em Portugal.” *Boletim da Assistência Social*. Nº 17 a 19 (Junho a Setembro de 1944) pp. 203-206.
- CORREIA, F. da Silva – “Portugal dans l'histoire de l'hygiène.” *III Congrès International d'Histoire des Sciences. Conférences et Communications*. Lisboa: 1936.
- CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo*. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra. 1937.
- CORREIA, F. da Silva – *Subsídios para a história da Saúde Pública Portuguesa do século XV a 1822*. Separata nº 347 de “O Médico” (1958).
- COSME, João – “As Preocupações Higio-Sanitárias em Portugal (2.^a metade do século XIX e princípio do XX).” *Revista da Faculdade de Letras do Porto. História*. (III^a Série) Vol. 7 (2006), pp. 181-195.

COSTA, A. Celestino da – *A Junta de Educação Nacional*. Lisboa: Tipografia Seara Nova, 1934.

COSTA, A. Celestino da – “Athias e a investigação científica.” *Cadernos Científicos*. Vol. 1. Nº 3 (1946), pp. 249-262.

COSTA, A. Celestino da – *A Universidade Portuguesa e o problema da sua reforma*. Porto: Renascença Portuguesa, [s.d.].

COSTA, A. Celestino da – “A reforma do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIª Série) Ano XXXVI. Nº 31 (1918), pp. 244-248 e Nº 32 (1918), pp. 250-252.

COSTA, A. Celestino da – “Considerações sobre o ensino na Faculdade de Medicina de Lisboa.” *Lisboa Médica*. Ano 2. 2 (1925), pp. 510-539.

COSTA, A. Celestino da – “Considerações gerais sobre a investigação científica em Portugal.” *Lisboa Médica*. Ano 7. 11 (1930), pp. 91-94.

COSTA, A. Celestino da – “Homenagem ao Professor Marck Athias.” *Imprensa Médica*. Vol. 1. Nº 18 (1935), pp. 390.

COSTA, A. Celestino da – “Marck Athias (1875-1946)” *Archives Portugaises des Sciences Biologiques*. Vol. 9. Nº 1 (1947/48), pp. 1-17.

COSTA, A. Celestino da – “Marck Athias - um metodólogo da ciência.” *Jornal das Sociedades Médicas*. 154. 6 (1990), 311-322.

COSTA, A. Celestino da – *O Problema da Investigação Científica em Portugal*. Coimbra: Instituto para a Alta Cultura, 1939.

COSTA, A. Celestino da – “A Vida e Obra Científica de Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 (1948), pp. 144-227.

COSTA, Manuel V. Alfredo da – *Anuário da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. Anno lectivo de 1891-1892. Primeiro anno*. Lisboa: Imp. Nacional, 1891.

COSTA, Manuel V. Alfredo da – *Anuário da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. Anno lectivo de 1891-1892. Segundo anno.* Lisboa: Imp. Nacional, 1892.

COSTA, Rui Manuel Pinto – *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974). Afirmação, legitimação e ordenamento profissional.* Porto: U. Porto editorial, 2009.

COSTA, Rui Manuel Pinto; OLIVEIRA, Luís Alexandre de Sousa – “A saúde do corpo e do espírito. Uma análise das crónicas dos eremitas de Santo Agostinho na sua vertente assistencial.” *Servir.* Vol. 54. Nº 6 (2007), pp. 264-273.

COSTA-SACADURA, Sebastião Cabral da – “Para a História das Sociedades e Revistas Médicas Portuguesas.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.* Vol. 116. Nº1-3 (1952), pp. 17-22.

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard – *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective.* Paris: Éditions du Seuil, 1977.

CRUZ, António da – *Recopilação de Çurgia, dividida em cinco tratados...* Acrescentada por Francisco Soares Feio e António Gonçalves. Lisboa: na oficina de Bernardo da Costa Carvalho, 1711.

CUNHA, Paulo – “O filme científico português durante o Estado Novo: o caso particular do filme médico.” In *Estudos do Século XX.* Nº 5 (2005), pp. 411-428.

D`ALMEIDA, José Nogueira Menezes – *Profilaxia do bacilo de “Koch”: luta contra a tuberculose, lepra e cancro.* 2ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand, 1939.

DAVID, Henrique – “Alguns aspectos da mortalidade em finais do século XIX - as cidades do Porto e Lisboa.” *Revista da Faculdade de Letras.* Vol. IX. Porto, (1992), pp. 269-294.

DAVIS, Audrey B. – *Medical Technoloy.* In WILLIAMS, Trevor I. (ed.) – *A History of Technology. Vol VII. The Twentieth Century c.1900 to c.1950. Part II.* Oxford: Clarendon Press, 1978, pp. 1317-1362.

DEROUET, Luis – *Discursos dos ilustres deputados republicanos.* Vol. II. Sessão de 1907. Lisboa: Typ. Do Commercio, 1907.

DORVIL, H. – *Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale*. In DUFRESNE, J.; DUMOND, F.; MARTIN, Y. (orgs.) – *Traité d'Anthropologie Médicale: l' institution de la santé et de la maladie*. Canada/France: Presses de L'Université du Québec/ Presses Universitaires de Lyon, 1985, pp. 305-332.

ELIAS, Norbert – *La Civilisation des mœurs*. Paris : Calmann-Lévy, 1975.

ELLIOT, Frances – *Old court life in France*. Vol. 1. New York and London: G. P. Putnam, 1873.

ESCOLA MÉDICO-CIRÚGICA DE LISBOA – “Catálogo das theses inaugurais.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1891-1892) p. 253 e seg.

ESCOLA MÉDICO-CIRÚGICA DE LISBOA – “Relação dos alunos que defenderam these na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, de 1892-1893 a 1897-1898, e títulos das theses defendidas.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1900-1901) pp. 146 - 155.

ESCOLA MÉDICO-CIRÚGICA DE LISBOA – “Theses.” *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1898-1899), pp. 118-120; (1900-1901) pp. 142-144; (1901-1902) pp. 145-146.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA – *Catálogo das obras da colecção portuguesa de 1825 a 1910. Da fundação das Régias Escolas de Cirurgia à das Faculdades de Medicina*. Lisboa: FMUL, 1952.

FARIA, Maria Isabel Ribeiro de – *Catálogo das teses de licenciatura e doutoramento existentes na biblioteca central da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Biblioteca Central da Faculdade de Medicina de Coimbra, 1991.

FARLEY, J. – *To cast out disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford: OUP, 2004.

FERRAZ, Manuel Tiburcio – *Breves considerações a respeito das principaes causas de degenerescencia physica, moral e intellectual do povo portuguez*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia de Pereira & Cunha, 1893.

FERREIRA, António – *Luz, verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa: na Officina de Valentim da Costa Deslandes, 1705.

FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Política de saúde e serviço nacional de saúde em Portugal*. Amadora: 1975.

FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Saúde Pública: Medicina Preventiva. Medicina Social. Administração e Legislação Sanitária*. Porto: Livraria Fernando Machado, 1963.

FERREIRA, José – *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahliana Accõmodada ao Curativo deste Paiz. Livro primeiro ...* Lisboa Occidental: 1740.

FERREIRA, Luis Gomes – *Erario Mineral dividido em doze tratados*. Lisboa Occidental: na Officina de Miguel Rodrigues, 1735.

FONTES, Joaquim – “Marck Athias, fisiologista.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 270-276.

FONTES, Joaquim Moreira – “O Professor Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 25 (1948), pp. 524-534.

FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel – *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1999.

FOUCAULT, Michel – *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets Editores, 1980.

- FOUCAULT, Michel – *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 1963.
- FREY, E. F. – “Saints in medical history.” *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae Amsterdam*. Vol. 14. Nº 1 (1979), pp. 35–70.
- GENTIL, José – “A cirurgia em Portugal.” In *Notas sobre Portugal. Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908*. Secção Portuguesa. Vol. 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908.
- GEOFFROY, E. L. – *Manuel de médecine pratique, ouvrage élémentaire auquel on a joint quelques formules*. Paris: De Bure aîné, 1800.
- GIDDENS, Anthony – *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.
- GRAPOW, H.; *et al* – *Grundriss der Medizin der alten Ägypter*. (9 vols.) Akademie-Verlag, 1954-1973.
- GREENBERG, Daniel S. – *The Politics of Pure Science*. New York: New American Library, 1968.
- GRMEK, Mirko D. (dir.) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 1. Antiquité et Moyen Âge*. Paris: Seuil, 1995.
- GRMEK, Mirko D. – *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale: Recherches sur la Réalité Pathologique dans le Monde Grec Préhistorique, Archaique et Classique*. Paris: Payot, 1983.
- GUERRA, J. P. Miller – “Relações da saúde com o desenvolvimento (1).” *Brotéria*. Vol. 88. Nº 6 (Junho 1969), p. 757.
- GUIMARÃES, J. Afonso de – “A personalidade do Prof. Marck Athias.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 266-268.
- HANSON, E. – *The Rockefeller University Achievements. A Century of Science for the Benefit of Humankind 1901-2001*. New York: Rockefeller University Press, 2000.
- HERZLICH, C. – *Santé et maladie. Analyse d'une Représentation Sociale*. Paris: Mouton, 1969.

HIRSCHMAN, Albert O. – *A Bias for Hope*. New Haven/London: Yale University Press, 1971.

HILDEN, Wilhelm Fabricius Von – *Opera quae extant omnia*. Frankfurt: 1682.

HOFLOSS, D. – “Health professions: the origin of species.” *Social Science & Medicine*. Vol. 22. Nº 2 (1986), pp. 201-209.

HORTA, Jorge da Silva – *Catálogo das obras da colecção portuguesa de 1825 a 1910 - Da Fundação das Régias Escolas de Cirurgia à das Faculdade de Medicina*. Lisboa: Biblioteca da Faculdade de Medicina, 1952.

HOWE, Barbara – *The Emergence of Scientific Philanthropy, 1900-1920: Origins, Issues and Outcomes*. In ARNOVE, R. F. (ed.) - *Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad* (2ª ed.). Bloomington: Indiana University Press, 1982, pp. 25-54.

HUNTER, John – *Oeuvres completes*. T. I. Paris: 1843.

IGREJA CATÓLICA. Papa, 1958 - 1963 (João XXIII) – *Mater et magistra*. Lisboa: Edição da União Gráfica, [s.d.].

JACQUEMET, G. – *Médecine et maladies populaires dans le Paris de la fin du XIXe siècle*. In MURARD, L. ; ZYLBERMANN, P. (dir.) – *L'haleine des faubourgs. Recherche*. Nº 29. Fontenay-sur-Bois (1978), pp. 349-364.

JASPERS, Karl – *O Médico na Era da Técnica*. Lisboa: Edições 70, 1986.

JORGE, Ricardo – *A propósito de Pasteur: discurso proferido em comemoração do centenário pastoriano na Faculdade de Medicina de Lisboa, aos 25 de Abril de 1923*. Lisboa: Portugália, 1923.

JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphicos referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899.

JORGE, Ricardo – *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*. Conferências de 1884. (A Higiene em Portugal, A evolução da sepultura, Inhumação e cemitérios, A cremação) 1885.

JOUBERT Laurent – *La Grande Chirurgie de Monsieur Guy de Chauliac*. Lyon: Estienne Michel, 1579.

JÚNIOR, A. Salvado – *Exame anátomo-patológico das peças ósseas n.º 80, 97, 90*. In CORREIA, A. M.; Teixeira, C. – *A jazida pré-histórica de Eira Pedrinha*. Lisboa: Serviços Geológicos de Portugal, 1949, pp. 39-40.

JUSTO, Cipriano – *O estado das coisas de estado: contribuição para a crítica das políticas de saúde em Portugal*. Porto: Campo das Letras, 2000.

KHUN, Thomas S. – *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

LACERDA, D. Fernando Correia de – *História da vida, morte, milagres, canonização e transladação de Santa Isabel, sexta rainha de Portugal*. Lisboa: na Oficina de António de Sousa da Sylva, 1735.

LADRIÈRE, Jean – *Les enjeux de la rationalité – Le défi de la science et de la technologie aux cultures*. Liber: Québec, 2001.

LARSON, M. S. – *The Rise of professionalism. A Sociological Analysis*. Berkley & Los Angeles: University of California Press, 1977.

Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985.

LEBERT, Hermann – *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. 4 vol. Paris: Baillière, 1857-61.

LEGOUAS, F. M. V. – *Novos principios de cirurgia, resumidos das obras dos autores modernos conforme o plano do livro de G. de la Faye ... T. II*. Lisboa: na Typografia Rollandiana, 1817.

LEMOS, Maximiano de – *História da Medicina em Portugal. Instituições de doutrinas*. Vol. I e II. Lisboa: D. Quixote e Ordem dos Médicos, 1991. (1ª ed. 1899)

LEMOS, Maximiano de – *História do ensino Médico no Porto*. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925.

LEMOS, Maximiano de – “Thezes de doutoramento defendidas por portugueses em escolas de medicina estrangeiras.” *Arquivos de História da Medicina Portuguesa*. Vol. 3, nº 6 (1899), pp. 135-143 e 168-178.

LEMOS, Maximino – *Zacuto Lusitano: a sua vida e a sua obra*. Porto: Eduardo Tavares Martins, 1909.

LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene*. Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936

LIMA, Américo Pires de – “As boticas do Doutor Alexandre Rodrigues Ferreira (fim do Séc. XVIII).” Sep. dos *Anais da Faculdade de Farmácia do Porto*. Vol. IX. Porto, 1949.

LIMA, J. A. Pires de – “Catálogo das theses defendidas na Escola médico-cirurgica do Porto desde 6 de Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908.” *Anuário da Faculdade de Medicina do Porto*. (1907-1908).

LIMA, J. A. Pires de – “Catálogo das dissertações de concurso apresentadas à Escola médico-cirurgica do Porto.” *Anuário da Faculdade de Medicina do Porto*. (1908-1909).

LIMA, Manuel Gomes de – *Diário Universal de Medicina, Cirurgia e Pharmacia, que contém os trabalhos dos academicos das duas Academias, Medica e Cirurgica do Porto*. Lisboa: Régia Officina Typographica, 1772.

LITTRÉ, É. (trad.) – *Oeuvres completes d'Hippocrates*. 10 vol. T. II. Paris: J.-B. Baillière, 1836-1861.

LOPES, Maria Antónia – *Os pobres e a assistência pública*. In MATTOSO, José (org.) – *História de Portugal*. Vol. V. Lisboa: Ed. Estampa, 1998, pp. 501-515.

LOURENÇO, António Gomes – *Cirurgia Clássica, Lusitana, Anatomica, Farmaceutica, Medica*. Lisboa: na Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1780.

LÖWRY, I.; ZYLBERMANN, P. – “Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation. 1913-1945.” *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 31 (2000), pp. 365-379.

LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinai*s. 4 vols. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980.

LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. – *Historia de la medicina*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1991.

MACEDO, Manuel Machado – *História da Medicina Portuguesa no Século XX*. Edição do Clube do Coleccionador dos Correios, 2000.

MARTINS, José Thomas de Sousa – “A opinião pública e a administração dos Hospitais Civis de Lisboa.” *Gazeta Médica*. Lisboa: Imprensa Nacional (1871), pp. 421-428.

MARTINS, José Thomás de Sousa – *Commemoração de Louis Pasteur – Discurso feito na Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa em sessão de 12 de Outubro de 1895*. Lisboa: Tipografia Castro Irmão, 1895.

MATTOS, Manuel de Sá – *Bibliotheca elementar chirurgico-anatomica; ou Compendio historico-critico, e chronologico sobre a Cirurgia e Anatomia em geral, que contém os seus principios, incrementos e ultimo estado, assim em Portugal, como nas mais partes cultas do Mundo...* Porto: na Officina de António Alvarez Ribeiro, 1788.

Memórias económicas da Academia Real das Sciencias de Lisboa. Tomo IV. Lisboa: na Tipographia da mesma academia, 1812.

McKEOWN, Thomas – *The Modern Rise of Population*. London: 1976.

McKEOWN, Thomas – *The Role of Medicine: Dream, Miracle or Nemesis?* Princeton: N.J., 1979.

MIRA, M. B. Ferreira de – “Athias e a Investigação Científica.” *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), pp. 269-270.

MIRA, M. B. Ferreira de – *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947.

MIRA, M. B. Ferreira de – *Notice sur l'oeuvre de Carlos França*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1927.

MOLINARI, Paul – *Saints: Their Place in the Church*. New York: Sheed and Ward, 1965.

MONTEIRO, Hernâni B. – *A Junta de Educação Nacional. Sua história, seus fins, suas realizações principais*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1936.

MOURA, Maria José Sabino de (coord.) – *Doutoramentos na Universidade de Lisboa, 1911-1971*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1972.

NAMORA, Fernando – *Deuses e demónios da medicina, Duas Palavras*. Lisboa: Livros do Brasil, 1952.

NOGUEIRA, Manuel – *História da Enfermagem*. 2ª ed. Porto: Edições Salesianas, 1990.

NUNES, Maria de Fátima – “The History of Science in Portugal (1930 - 1940). The sphere of action of a scientific community.” *e-JPH*. Vol. 2. Nº 2 (Winter 2004), p.1-17.

OFFICE INTERNACIONAL D`HIGIÈNE PUBLIQUE – *Vingt-cinq ans d`activité de L`Office International D`Hygiène Publique.1909-1933*. Paris: OIHP, 1933.

OLIVEIRA, Jaime da Costa – *A Energia Nuclear em Portugal – Uma Esquina na História*. Editora o Mirante, 2002.

PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de – *Aviso ao povo acerca da sua saúde por Monsieur Tissot, traduzido em portuguez e accrescentado com notas, ilustrações, e um tratado das enfermidades mais frequentes de que não tratou mr. Tissot na referida obra*. T. II. Lisboa: na Oficina de Filipe da Silva e Azevedo, 1786.

PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de – *Instituições de Cirurgia. Theorica e practica, que comprehendem a physiologia e a pathologia geral e particular, (...)* 2ª edição. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo, 1804.

PALMEIRIM, Vasco; ALVAREZ, Ermindo – “A organização e o funcionamento do arquivo da Iª Clínica Cirúrgica.” *Arquivo de Patologia*. Vol. 1. Fascículo espécimen (1925), pp. 23 – 44.

PARREIRA, Henrique – “O método rápido de Benjamin Terry para exames microscópicos.” *Lisboa Médica*. Vol. 5 (1928) p. 345.

PAULO, Zeferino Ferreira (Coord.) – *Bibliografia médica portuguesa (1940-1963)*. 16 vols. Lisboa: Centro de Documentação Científica. IAC, 1947-1964.

PAULO, Zeferino Ferreira – *Periódicos portugueses de medicina e ciências subsidiárias. Lista alfabética dos diferentes géneros de publicações periódicas. Principais características. Genealogia. Índices de instituições, de assuntos, cronológicos e topográfico. Bibliografia*. Lisboa: Instituto para a Alta Cultura, 1944.

PEREIRA, Alexandre de Sousa – *Breves Considerações sobre Patogenia Microbiótica e Antisepsia*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: 1888.

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – “Histórias da medicina e da farmácia na oficina do profissional da história.” *Revista Portuguesa de Farmácia*. Vol. 51. Nº 1 (2001), pp. 17-25.

PETIT, Jean-Louis – *Traité des maladies chirurgicales et des operations qui leur conviennent*. 3 vol. Paris: Chez Méquignon l'aîné, 1775-1790.

PIMENTA, António Coutinho de Araújo – *Asepsia e Antisepsia em cirurgia*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: Typographia de Pereira e Cunha, 1892.

PINA, Luís de – *História Geral da Medicina*. Porto: Tipografia da Livraria Simões Lopes, 1954.

PINA, Luís de – *Um capítulo portuense da História da Higiene em Portugal*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1955.

PORTER, Roy (ed.) – *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge: CUP, 1996.

PORTUGAL, António Rodrigues – *Novo systema dos tumores, no qual estas doenças se reduzem em seus géneros e espécies, por José Jacob Plenck, etc. Traduzido do latim. Primeira Parte*. Porto: na Officina de Antonio Alvares, 1786.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. NUNES, José Mendes; *et al* (coord.) – *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Lisboa: DGS, 2002.

PORTUGAL. Instituto para a Alta Cultura – *Catálogo das publicações editadas e subsidiadas pelo Instituto para a Alta Cultura*. Lisboa: IAC, 1950.

PORTUGAL. Universidade de Lisboa – *Doutoramentos na Universidade de Lisboa, 1911-1971*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1972.

RAMOS, Albano – “Recordando o Prof. Dr. Roberto de Carvalho no centenário do seu nascimento.” *Revista de Guimarães*. Nº 104 (1994), pp. 243-272.

RAMOS do Ó, Jorge – *Instituto de Alta Cultura*. In ROSAS, Fernando; BRITO, J. M. Brandão de – *Dicionário de História do Estado Novo*. Vol. 1. Lisboa: Bertrand Editora, 1996, pp. 482-483.

REGAUD, Jean – *Claudius Regaud*. Paris: Maloine, 1982.

RELMAN, Arnold – “The new medical-industrial complex.” *New England Journal of Medicine*. 303 (1980), pp. 963-970.

RENGADE, J. – *Os Grandes Males e os Grandes Remédios*. Lisboa: Editora Empresa Literária Luso-Brasileira, 1883.

RICO, Toscano – “Marck Athias.” *Arquivo de Patologia*. 21 (1949), pp. 117-140.

RODRIGUES, Álvaro – “A influência da investigação científica portuguesa na evolução da Medicina mundial.” *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa*. 21 (1977), pp. 311-331.

RONAN, Colin – *Histoire mondiale des sciences*. Paris: Éditions du Seuil, 1988.

ROQUÉ, Javier; HERRAN, Néstor (ed.) – “Isotopes: Science, Technology and Medicine in the Twentieth Century.” *Dynamis*. Vol. 29 (2009), pp. 123-364.

ROSAS, Fernando – *Saber durar (1926-1949)*. In MATTOSO, José (dir.) - *História de Portugal. VII Volume: O Estado Novo (1926-1974)* (Coord. de Fernando Rosas). S/l: Círculo de Leitores, 1994, pp. 148-415.

ROSAS, Fernando; BRITO, J. M. Brandão de – *Dicionário de História do Estado Novo*. 2 Vols. Lisboa: Bertrand Editora, 1996.

ROSEN, George – *Uma história da saúde pública*. (Tradução do original inglês de 1958). São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Unesp-Abrasco, 1958.

ROSENBERG, Charles – *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: CUP, 1992.

ROSSITER, Frederico – *Guia prático da saúde: tratado popular de anatomia, fisiologia e higiene, com a descrição científica das enfermidades, suas causas e seu tratamento*. Lisboa: Sociedade Filantrópica Adventista, 1933.

RUTKOW, Ira M. – “William Stewart Halsted.” *Archives of Surgery*. 135 (2000), pp. 1478-1479.

S. ISIDORI – *Hispalensis Episcopi Hispaniarum Doctoris Opera Omnia*. Romae: Typis Antonii Fulgonii, 1798.

SACADURA, Sebastião Cabral da Costa – “Para a História das sociedades e revistas médicas portuguesas.” *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 116. Nº 1-3 (1952), pp. 17 - 22.

SANCHES, António Nunes Ribeiro – *Observations sur les maladies vénériennes, par feu M. Antonio Nunes Ribeiro Sanches, publiées par M. Andry*. Paris : chez Théophile Barrois le jeune, libraire, 1785.

SANCHES, José – “Centenário dos Raios X.” *Acta Médica Portuguesa*. 8 (1995) pp. 203-205.

SANTA ANNA, Joaquim José – *Elementos de Cirurgia Ocular*. Lisboa: Na Officina de Simão Thaddeo Ferreira, 1793.

SANTOS, Eugénio dos – “O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário.” *Revista da Faculdade de Letras. História*. (IIª Série) Vol. I. (1984), pp. 199-201.

SANTOS, Reinaldo dos – “As Universidades e a investigação científica.” *Boletim da Academia das Ciências de Lisboa*. NS 30 (1958), pp. 275-281.

SANTOS, Reinaldo dos – “Sobre o problema do ensino médico.” *A Medicina Contemporânea*. (IIIª Série) Ano XLVIII. Nº 51 (21 de Dezembro de 1930), p. 449.

SCULTETI, Joannis – *Armamentarium Chirurgicum*. Hagae-Comitum: Ex Officina Adriani Vlacq, 1656.

SCULTET, Jean – *L'Arcenal de Chirurgie*. Lyon: Leonard de La Roche, 1712.

SCULTETUS, Johannes – *Armamentarium Chirurgicum*. Ulm: B. Kühnen, 1655.

SEVERINO, Marco Aurelio – *De recondita abscessuum natura*. Napoli: Ottavio Beltrano, 1632.

SHARP, Samuel – *Critical Enquiry into the Present State of Surgery*. London: Tonson, 1750.

SILVA, Ana Paula Lopes da – *Portugal nas Exposições Internacionais Coloniais e Universais (1929-1939): a retórica científica e tecnológica*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, FCT, Secção Autónoma de Ciências Sociais Aplicadas, 2000.

SILVA, Júlio Joaquim da Costa Rodrigues da – “O Imaginário Social das Epidemias em Portugal no Século XIX.” *Lusíada*. Série II. Nº 1 (2004), pp. 95-125.

SOCIÉTÉ DES NATIONS – *L'Organisation d'Hygiène*. Genève: Section d'information de L'Organisation d'Hygiène, 1931.

SOCIÉTÉ DES NATIONS – *Bulletin de L'Organisation d'Hygiène. Bibliographie des travaux techniques de L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. 1920-1945. Vol. XI*. Genève: 1945.

SONTAG, Susan – *Illness as Metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1978.

SOURNIA, Jean-Charles – *O homem e a doença*. In Le GOFF, Jacques (Org.) – *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985.

SOUSA, A. Tavares de – *Curso de História da Medicina. Das origens aos fins do século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.

TAVARES, Amândio – *O Instituto de Alta Cultura e a Investigação Científica em Portugal. 2 vols. (1951-1960)*. IAC. Lisboa: 1962.

THORWALD, J. – *Science and the secrets of early medicine*. New York: Harcourt, Brace and World, 1962.

TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926.

VARELLA, Drauzio – *Borboletas da alma. Escritos sobre ciência e saúde*. São Paulo: Companhia da Letras, 2006.

VILHENA, Henrique de – “Sobre Marck Athias.” *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 [1948-49] (1949), pp. 107-108.

VIRCHOW, Rudolf – *Cellular Pathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*. Berlin: 1959.

WAGENSTEEN, O. H. – “Has medical history importance for surgeons?” *Surgery, Gynecology & Obstetrics*. 140 (1975), p. 434.

WALKER, Timothy D. – “O papel e as práticas dos *curandeiros* e *saludadores* na sociedade portuguesa no início da idade moderna.” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 11. Suplem. 1 (2004), pp. 223-237.

WALKER, Timothy D. – *Doctors, Folk Medicine and the Inquisition. The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment*. Brill: Leiden-Boston, 2005.

WEATHERALL, D. J. – “Internal medicine in the 21st century.” *Journal of Internal Medicine*. 247 (2000), pp. 3-5.

WHO – *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO, 2008.

WILTSHAW, Eve – *History of the Royal Marsden Hospital*. London: The Royal Marsden Hospital, 1998.

Zodiaco Lusitano-Delphico. Anatomico, Botanico, Chirurgico, Dendrologico, Ictyologico, Lithologico-Medico, Metereológico, Optico, Ornithológico, Pharmaceutico, e Zoologico. 1749.

8.7 – Bibliografia sobre metodologia científica

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana Gonçalves – *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 4^a ed. Porto: C. Azevedo, 1998.

CAMPENHOUDT, Luc Van – *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003.

DESHAIES, Bruno – *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2^a ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

SERRÃO, Joel; LEAL, Maria José da Silva; PEREIRA, Miriam Halpern – *Roteiro de Fontes da História Contemporânea Portuguesa. Arquivos de Lisboa*. Vol. III. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1985.

SILVA, Vítor Manuel de Aguiar e – *Teoria da Literatura*. Vol. 1. 8ª Edição. Coimbra: Almedina, 1999.