LUTA CONTRA O CANCRO E ONCOLOGIA EM PORTUGAL

RUI MANUEL PINTO COSTA

CITCEM
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA

Edições Afrontamento

LUTA CONTRA O CANCRO E ONCOLOGIA EM PORTUGAL. ESTRUTURAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DE UMA ÁREA CIENTÍFICA (1839-1974)

RUI MANUEL PINTO COSTA

CITCEM
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA

Título: **Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)**

Autor: Rui Manuel Pinto Costa
Fotografia da capa: Sala de Cirurgia do Pavilhão do Rádio. Década de 30 do século XX
Biblioteca de Arte. Fundação Calouste Gulbenkian [CFT003.4179.jpg]
Design gráfico: Helena Lobo Design www.hldesign.pt
Co-edição: CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória»
FLUP – Via Panorâmica, s/n / 4150-564 Porto | www.citcem.org | citcem@letras.up.pt
Edições Afrontamento, Lda. / Rua Costa Cabral, 859 / 4200-225 Porto
www.edicoesafrontamento.pt | geral@edicoesafrontamento.pt
Colecção: Teses Universitárias, 2 – *Prémio CITCEM / Afrontamento*
N.º edição: 1440
ISBN: 978-972-36-1231-8 (Edições Afrontamento)
ISBN: 978-989-8351-15-9 (CITCEM)
Depósito legal: 340600/12
Impressão e acabamento: Rainho & Neves Lda. / Santa Maria da Feira
geral@rainhoeneves.pt
Distribuição: Companhia das Artes – Livros e Distribuição, Lda.
comercial@companhiadasartes.pt
Março de 2012

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia
no âmbito do projecto PEst-OE/HIS/UI4059/2011

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS **5**

ÍNDICE DE GRÁFICOS **6**

ÍNDICE DE FIGURAS **7**

ÍNDICE DE FOTOS **8**

SIGLAS E ABREVIATURAS **9**

PREFÁCIO **15**

NOTA DE ABERTURA **19**

INTRODUÇÃO **23**

Capítulo I. Compreender, explicar e tratar o incurável. Um olhar sobre o cancro na história da humanidade **43**
1. A arqueologia de uma doença 44
2. Do humorismo galénico à teoria celular 53
3. Novas armas no século da cirurgia 72
4. Percepções e respostas médico-sociais face a uma nova/velha doença 80
5. O risco oncológico: uma categoria científica e política na internacionalização da luta contra o cancro 101

Capítulo II. O desafio do medo e o tempo de despertar **123**
1. Higienismo e medicina em Portugal nos alvores de novecentos 124
2. Discurso médico, saúde pública e estratégias políticas para *Uma questão palpitante do tempo actual* 143
2.1. Produção científica sobre cancerologia na segunda metade de oitocentos. O caso das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto 143
2.2. As forças motrizes da medicina social: discurso médico e teoria parasitária 149
2.3. Os estudos estatísticos e a primeira comissão para o estudo do cancro 151
2.4. Entrando na rotina do bisturi 158
2.5. Uma nova consciência médica 160
2.6. O impasse de um projecto nascido no esteio da saúde pública 164
2.7. O Hospital Escolar de Lisboa, *locus* primeiro da investigação oncológica 169
2.8. Um caso de oportunidade política 171
3. A propaganda anticancerosa e a saúde pública: despertar consciências e educar o cidadão 181
3.1. A filantropia renascida: uma tradição portuguesa ao serviço de uma nova causa 187
3.2. Instrumentos de propaganda, cancerofobia, socialização da medicina e educação para a saúde 193

Capítulo III. A estruturação do IPO na génese da luta contra o cancro **217**
1. Instituto Português de Oncologia: um projecto fundador sob o signo da modernidade 218
2. *O laboratório dos macacos* e a primazia da investigação 241
3. Actividade assistencial, financiamento e modelo de funcionamento 260
3.1. A vida diária do canceroso no circuito institucional 266
4. Uma estrutura *de* poder e *do* poder 275
5. Uma expansão atrasada: os centros regionais e a sedimentação de um projecto 289

Capítulo IV. Ciência, tecnologia e investigação. A institucionalização de uma nova disciplina médica **307**
1. Da teoria parasitária à oncologia experimental: as bases científicas de uma nova disciplina médica 313
2. A evolução das técnicas e tecnologias 330
2.1. A cirurgia 334
2.2. A radioterapia 344
2.2.1. Desafios de protecção e segurança 359
2.3. A quimioterapia 362
2.4. Os radioisótopos 369
3. Os desafios da formação científica e profissional 372
3.1. Reformar a medicina através do exterior 372
3.2. A refundação da enfermagem portuguesa e a Fundação Rockefeller 381
4. Especialização oncológica e valorização de um saber 392

Capítulo V. Considerações finais **407**

Capítulo VI. Linhas interpretativas para o futuro: a imagem prospectiva de um campo a explorar **413**

Capítulo VII. Anexos **417**
Anexo 1 – Marcos históricos na cirurgia oncológica (1809-1945) 418
Anexo 2 – Bibliografia de Marck Athias 419
Anexo 3 – Bibliografia de Francisco Gentil 424
Anexo 4 – «Normas para a protecção dos que trabalham com rádio» 431
Anexo 5 – Mapas do Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1.ª Fase) 432

Capítulo VIII. Fontes e Bibliografia **433**
1. Fontes impressas 434
1.1. Enciclopédias e dicionários 434
1.2. Documentos oficiais 434
1.3. Legislação 434
2. Periódicos 435
2.1. Periódicos de natureza médica e sanitária 435
2.2. Outros periódicos 436
3. Dissertações inaugurais apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto 436
4. Dissertações inaugurais apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa 437
5. Bibliografia sobre cancro 438
6. Bibliografia sobre saúde e medicina 447

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Proposições de John Howard para a luta contra o cancro (1792) 93
Quadro 2: Algumas das primeiras instituições de pesquisa científica do cancro no mundo 114
Quadro 3: Patologias prevalentes e número de óbitos no Hospital de São José (1851 e 1º trimestre de 1852) 126
Quadro 4: Permilagem da mortalidade global hospitalar por doença em dois hospitais 135
Quadro 5: Relação entre doentes oncológicos e não oncológicos observados no IPO (1928-1933) 139
Quadro 6: Doentes oncológicos tratados no IPO (1930-1933) 139
Quadro 7: Doentes com sífilis tratados nos hospitais civis e militares (1930-1933) 139
Quadro 8: Doentes com tuberculose internados e inscritos em sanatórios e dispensários da ANT (1930-1933) 140
Quadro 9: Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Dissertações e temática oncológica (1827-1909) 148
Quadro 10: Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Lisboa. Dissertações e temática oncológica (1836-1902) 149
Quadro 11: Frequências absolutas de doentes cancerosos em Lisboa (1881-1903) 154
Quadro 12: Frequências absolutas de doentes cancerosos no Porto (1893-1902) 154
Quadro 13: Percentagem média de óbitos por cancro (1893-1894/1902-1903) 157
Quadro 14: Participação de membros da comissão directora do IPO em reuniões científicas internacionais (1923-1935) 223
Quadro 15: Doentes inscritos no IPO (1928-1939) 262
Quadro 16: Percentagem de doentes curados (1928-1939) 269
Quadro 17: Evolução do número de actos terapêuticos (1928-1939) 270
Quadro 18: Evolução do número de exames diagnósticos (1928-1939) 271
Quadro 19: Comparação da actividade do IPO (1948-1959) 272
Quadro 20: Taxas de mortalidade comparadas, por 1000 habitantes (1948-1958) 294
Quadro 21: Teses de Doutoramento publicadas no Arquivo de Patologia (1940-1972) 405

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Mortalidade por cancro e mortalidade geral por todas as causas de morte na cidade de Lisboa (1881-1892) 129
Gráfico 2: Média da mortalidade anual por diversas afecções no continente e ilhas adjacentes (1916-1925) 137
Gráfico 3: Número de mortes anuais por cancro em Portugal (1902-1930) 138
Gráfico 4: Número de óbitos por cancro no Porto (1893-1903) 156
Gráfico 5: Número de óbitos por cancro no Porto por 100.000 habitantes vivos (1893-1902) 156
Gráfico 6: Percentagem da mortalidade pelo cancro em cada ano no Porto (1893-1902) 156
Gráfico 7: Cirurgias a doenças oncológicas no Hospital Geral de Santo António – Porto (1904) 159
Gráfico 8: Total de doentes assistidos no IPO (1928-1948) 213
Gráfico 9: Artigos publicados por Francisco Gentil em periódicos científicos (1900-1958) 252
Gráfico 10: Resumo do movimento de doentes (1928-1962) 274
Gráfico 11: Bolsas de estudo e de investigação atribuídas em Portugal pela Fundação Rockefeller (1932-1946) 386
Gráfico 12: Comparação entre os fundos alocados pela Fundação Rockefeller à luta anti-sezónica e à Escola Técnica de Enfermeiras (1933-1947) 389
Gráfico 13: Fundos alocados pela Fundação Rockefeller à Direcção-Geral de Saúde (1933-1942) 389

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mastectomia. Técnica do século XVII 60
Figura 2: Instrumentos cirúrgicos utilizados em finais do século XVII e primeira metade do século XVIII 61
Figura 3: Imagem de um cancro oculto da mama direita (século XVIII) 62
Figura 4: Instrumentos cirúrgicos da segunda metade do século XVIII utilizados na exérese de tumores cutâneos 63
Figura 5: Página de rosto do *Methodo facílimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro* 65
Figura 6: *O que convém saber acêrca do cancro* 195
Figura 7: *O perigo do cancro* 197
Figura 8: Cartazes (1933-1936) 198
Figura 9: *O cancro pode ser dominado* 199
Figura 10: *O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo* 209
Figura 11: Planta da I.ª Clínica Cirúrgica em 1925 226
Figura 12: Anúncio do 3.º Curso de Roentgenterapia e Curieterapia na imprensa médica (1930) 255
Figura 13: Publicidade ao tratamento de múltiplas afecções através do rádio em consultório médico (1918) 348
Figura 14: Publicidade a máscaras de beleza radioactivas (1925) 349

ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1: João Alberto Pereira de Azevedo Neves (1877-1955) 152
Foto 2: Francisco Soares Branco Gentil (1870-1964) 163
Foto 3: Aspecto da 1ª Exposição de Propaganda de luta contra o Cancro em Outubro de 1940 212
Foto 4: Francisco Gentil e Bénard Guedes no Congresso Internacional do Cancro em Madrid (1933) 223
Foto 5: O Pavilhão do Rádio (1933) 231
Foto 6: Anfiteatro do IPO (1948) 238
Foto 7: Edifício central do IPO: Bloco Hospitalar (1948) 238
Foto 8: Marck Anahory Athias (1875-1946) 245
Foto 9: Conferência do Prof. Lacassagne no IPO em Junho de 1951 398

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 Sciencias 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
Art.º – Artigo
Cap. – capítulo
Cf. – Confira
Cfr. – Confronte
Cit. – Citado
Coord. – Coordenação
Dir. – Direcção
ed./Eds. – Edição/editores
Lib. – Libri
Org. – Organização
p. – página/s
s.d. – sem data
s.l. – sem lugar
s.n. – sem editor
s.p. – sem número de página
s/d – sem dados
Sep. – Separata
T. – Tomo
Tip. – Tipografia
Trad. – Tradução
Vol./s. – Volume/s

À memória da avó Maria Adelaide, pelo seu amor incondicional.
Aos meus pais, pelo apoio constante.

É o cancro uma enfermidade tão fera, que à violência de sua fúria parece impossivel 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, por conseguinte, sem que roube a mais estimável jóia da vida.

Anastácio da Nóbrega, 1741

O cancro é a mais terrivel das enfermidades organicas. Principia pela occulta alteração das propriedades vitaes, e acaba pela total destruição do tecido dos orgãos.

F. M. V. Legouas, 1817

(…) quando não seja um remédio para a moléstia mais rebelde e mais hedionda de quantas se conhecem, ao menos seja um linitivo para um soffrimento, que de tal modo se exaspera debaixo de todo e qualquer tratamento, que os homens da sciencia lhe teem chamado o – noli me tangere – epigramma terrível para a medicina, e atrozmente horroroso para a humanidade!

Silva Beirão, 1857

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

PREFÁCIO

JORGE FERNANDES ALVES

Há uma nova história da Medicina em construção, a que procura reconhecer os modos sociais como se tem encarado a saúde e a doença ao longo do tempo, nas suas vivências, nos seus medos e fantasmas, nos seus combates emotivos ou tecnicamente especializados. Uma história social, que se cruza com a história das ciências, com a história da cultura ou com a antropologia da saúde, que procura interpretar discursos, desocultar instituições, reconhecer a diversidade das actividades profissionais afins, valorizar filantropias elitistas sensibilizadas e preocupadas com determinadas formas de sofrimento, sem descurar o registo dos avanços técnicos e científicos no combate às doenças. Uma história que procura alargar o campo de observação, inserir diferentes tipos de protagonistas nos seus territórios de acção, percepcionar movimentos científicos e mobilizações sociais e políticas em torno de determinadas doenças nos seus contextos mais vastos.

Neste quadro se situa o presente volume de Rui Manuel Pinto Costa dedicado à luta contra com o cancro e à oncologia em Portugal e à estruturação da respectiva área científica, enquanto produto da tese de doutoramento em História apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, com discussão pública em 8 de Novembro de 2010 e aprovação por unanimidade, com a mais alta classificação. Esta obra chega-nos depois de um trabalho anterior e convincente, também ligado a esta nova história da medicina, intitulado: *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974) – Afirmação, legitimação e ordenamento profissional* (Porto: UPorto editorial, 2009).

Rui Manuel Pinto Costa, historiador e simultaneamente profissional da saúde, que convive diariamente com a patologia e com os doentes de cancro, dá-nos, assim, mais um estudo histórico de grande fôlego, rastreando no tempo as marcas desse mal e da lenta construção da oncologia, através de uma narrativa que, não sendo de leitura fácil, é apelativa e absorvente. Carregando informações que ajudam a calcorrear um caminho de esperança com a investigação científica, apesar de constituir uma área onde se observa a factualidade de «os êxitos obtidos não terem correspondência directa, pelo menos no imediato, à expectativa entretanto criada», o autor assinala que «a actual compreensão da doença abriu caminhos a tratamentos mais dirigidos e menos agressivos para os tecidos normais, o que reduz os efeitos secundários característicos dos tratamentos tradicionais», embora longe ainda da cura ou da prevenção vacínica definitiva em relação a uma doença, o cancro, que «veio para ficar e para marcar esta civilização».

Partindo do princípio de que a noção de doença é uma construção intelectual (agrupamento de sintomas, sinais, lesões e, às vezes, causas, que dão origem a um diagnóstico a que se aplica um etiqueta), evocando assim Jean-Charles Sournia, Rui Manuel Pinto Costa começa por desenvolver um olhar arqueológico sobre o cancro e seu lugar na história, sua percepção e respostas médico-sociais numa pesquisa amplamente sustentada em largo acervo de fontes e de bibliografia, captando representações e mentalidades. Particularmente relevante é a sua abordagem ao papel dos pioneiros da luta contra o cancro em Portugal, com base nas teses e revistas médicas principalmente a partir dos inícios do

século XX, perante a escassez de meios e de recursos, mas com esforços de propaganda e de educação para a saúde.

A estruturação do Instituto Português de Oncologia, enquanto projecto de modernidade na luta contra o cancro que traz para Portugal a tecnologia mais recente, superando as tradicionais perspectivas hospitalares do problema, bem como o protagonismo médico e inovador de Francisco Gentil, ganham um espaço próprio e central nesta narrativa, pelo seu percurso de especialização, de investigação científica, de autonomia e de tratamento hospitalar, com novos padrões de funcionamento, no seu jogo de poderes e saberes.

De igual modo, o autor concede larga explanação ao processo de institucionalização de uma nova disciplina médica, a oncologia, na sua mudança paradigmática, que passou a valorizar o campo experimental, ultrapassando as teorias parasitárias, e a utilizar novas técnicas e tecnologias, o que implicou novos desafios na formação científica e profissional, com impacto aos níveis do médico, da enfermagem e de outros técnicos de saúde para operarem com os novos equipamentos.

O IPO, com o seu percurso institucional, nas suas diversas valências, torna-se, deste modo, no eixo interpretativo da oncologia em Portugal, sustentando uma investigação inovadora, de natureza interdisciplinar, rica em informação, que ajudará o público, mormente os profissionais de saúde, a compreenderem melhor a historicidade da doença e do seu combate.

NOTA DE ABERTURA

ANA LEONOR PEREIRA*
JOÃO RUI PITA**

* Faculdade de Letras; CEIS20 – Universidade de Coimbra
** Faculdade de Farmácia; CEIS20 – Universidade de Coimbra

A presente obra tem por base a tese de doutoramento do Doutor Rui Costa intitulada *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1845-1974)*. Trata-se de um trabalho realizado com o maior rigor científico, de acordo com as exigências formais, metodológicas e substanciais do trabalho historiográfico. Além disso, o seu objecto é profundamente inovador no panorama nacional. Trata-se, também, de uma investigação que apenas poderia ser realizada por alguém com duas formações científicas. Com efeito, o autor é enfermeiro, trabalha no Porto, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil e doutorou-se em História na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, depois de ter feito uma licenciatura em História na mesma Faculdade. O jovem Doutor é investigador do Centro de Investigação Transdisciplinar, Cultura, Espaço, Memória da Faculdade de Letras da Universidade do Porto – CITCEM-FLUP, desde 2007, tendo sido seu orientador de tese o Prof. Doutor Jorge Alves, prestigiado professor da FLUP com vasta obra publicada.

O autor tem, portanto, duas formações científicas que se reflectem nitidamente na presente obra, permitindo-lhe alcançar um nível de cientificidade historiográfica muito elevado e raro. A investigação que serviu de base à publicação desta obra é um trabalho pioneiro na historiografia portuguesa. Depois de fazer uma arqueologia da doença, reporta-se à realidade portuguesa integrando a problemática dos estudos sobre o cancro no contexto da saúde pública portuguesa, sublinhando de seguida a estruturação do Instituto Português de Oncologia – IPO – na luta contra o cancro, bem como a institucionalização da oncologia como disciplina médica de bases científicas. As relações entre as práticas científicas e o poder político, bem como as questões de natureza social e económica encontram-se igualmente bem estudadas. A presente obra não é um texto laudatório ou panegírico como muitas vezes acontece na história das ciências e em particular na história da medicina, quando esta não é feita por profissionais da história. No entanto, as figuras e as instituições estão bem estudadas, sublinhando-se, por exemplo, o trabalho pioneiro em Portugal de Francisco Gentil, Azevedo Neves, Marck Athias e outros. As fontes e a bibliografia, muito consistentes, revelam a solidez documental do trabalho.

Várias revistas de história de prestígio internacional estão a focar a problemática da história do cancro e da oncologia em números temáticos totalmente devotados ao assunto. É o caso da revista brasileira *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (volume 17, suplemento 1, Julho de 2010); é o caso da prestigiada revista norte-americana *Bulletin of the History of Medicine* (volume 81, número 1, 2007), entre tantas outras. Isto revela, por si só, a actualidade historiográfica da temática em questão, o que imediatamente se compreende pela leitura da obra. Esta obra é de facto marcante pois, além de ter chegado a conclusões inovadoras sobre a problemática da oncologia em Portugal, incluindo as relações do Estado Novo com a investigação e as inovações científicas neste domínio, abre portas a novas pesquisas e objectos de estudo que despertam o maior interesse científico.

Em 2011, o Doutor Rui Costa foi admitido como investigador colaborador do Centro

de Estudos Interdisciplinares do Séc. XX da Universidade de Coimbra – CEIS20. Está afecto ao Grupo de História e Sociologia da Ciência (GHSC/CEIS20) fundado por nós no ano de 1998. Partilhamos, com muito gosto, a responsabilidade de orientação científica da investigação que actualmente desenvolve. No nosso grupo de investigação (GHSC/CEIS20) que conta actualmente, entre investigadores doutorados, não doutorados e colaboradores, mais de trinta membros, a história das ciências da vida e da saúde é, desde o início e por opção reflectida, a área privilegiada de pesquisa. Esta é a razão de ordem estrutural a somar a todas as qualidades do autor que justifica a sua colaboração neste grupo de investigação da Universidade de Coimbra.

Recomendamos vivamente a presente obra pois resulta de um profundo trabalho de investigação historiográfica e está escrita com elegância, rigor e carinho. Para a história e para todas a ciências sociais e humanas, é um contributo marcante. Para públicos tão interessados como profissionais da saúde, cientistas das ciências da saúde, profissionais de jornalismo científico ou qualquer um de nós enquanto cidadão e ser humano, esta obra permite-nos tomar consciência concreta e científica do que tem sido a luta histórica contra o cancro em Portugal.

INTRODUÇÃO

Nota do autor – Ao longo do texto encontram-se transcrições de excertos documentais em língua portuguesa dos séculos XVIII, XIX e XX. Optou-se por não harmonizar a grafia dos mesmos, pelo facto de não se predisporem a qualquer dificuldade interpretativa. Excepto indicação em contrário, todas as traduções de textos em língua não portuguesa foram realizadas pelo autor.

O CANCRO: UM TEMA E UMA PROBLEMÁTICA

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, foi no decurso do século XX que o cancro assumiu 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»[1].

Genericamente, a doença oncológica tornou-se no que o historiador David Cantor acertadamente designou como «a metáfora da doença dominante»[2] 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 de natureza epidémica ou não. Pelo seu estatuto simbólico, é sintomática das nossas esperanças e medos face às reais possibilidades dos progressos científicos. A complexidade do cancro na integralidade das suas diversas dimensões: biológica, humana e social, reforça a necessidade de articular as ciências da vida com as ciências sociais e humanas, implicando abordar a projecção histórica de uma patologia que assume foros intemporais de fatalidade sociossanitária, e que no tempo presente constitui um assunto transversal e incontornável, tanto mais que toca com muita frequência a nossa vivência humana.

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 no sentido de o debelar.

Durante milhares de anos, a medicina constatou a sua impotência perante esta doença, tão esquiva, intratável e angustiante como tantas outras. Actualmente, constitui-se ainda como o arquétipo da nossa impotência relativa no que toca ao controlo da doença e da morte, materializada em recontros belicosos que se desenrolam nos campos de batalha

---

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

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

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»[3].

Pela frequência e sinonímia que ainda adquire com a inexorabilidade da morte, o cancro encontra-se emocionalmente muito próximo 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 à doença em si. Facilmente se pode verificar que o universo da oncologia, da luta contra o cancro, do financiamento dos cuidados de saúde, e das questões que envolvem os avanços técnico-científicos nesta área se situam entre os temas que actualmente mais interessam aos cidadãos portugueses, bem visíveis no protagonismo e projecção que encontram ao nível da própria comunicação social[4]. Em termos puramente estatísticos, importa reconhecer que em todas as suas formas, o cancro mata anualmente cerca de 23.000 pessoas em Portugal, 10.000 das quais com menos de 70 anos de idade[5]. Estes números são consentâneos com a demais realidade mundial, onde as doenças do foro oncológico mantêm um lugar de destaque nas principais causas de morte em todo o globo. Eventualmente, a doença oncológica atingirá uma em cada três pessoas nas nações mais prósperas, acreditando-se que as causas para este incremento ao longo de todo o século XX se prendem em 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%[6]. 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 associada à idade avançada, 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 actuais previsões sobre o envelhecimento da população.

---

[3] Cf. o prefácio da obra de VARELLA, Drauzio – *Borboletas da alma. Escritos sobre ciência e saúde*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 12.

[4] Cf. 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 V.º Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*, p. 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, p. 67-91.

[5] Cf. *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html* e ainda *The WHO Global InfoBase Source Metadata*.

[6] Cf. WHO – *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO, 2008, p. 29-30.

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

Ao nível nacional, o Plano Oncológico Nacional de 2001[7], em paridade com a Rede de referenciação hospitalar de oncologia de 2002[8], constituem o exemplo acabado da consciencialização do poder político sobre o relevo desta doença, vertido na legislação sanitária. Da planificação à assistência hospitalar, passando pelo ensino, formação e investigação ao nivel das instituições e técnicos de saúde, todos esses elementos foram abordados no judicioso sentido de estabelecer uma estratégia de política global sobre a problemática do tratamento.

Parece, portanto, ser oportuno e adequado reflectir sobre um tema tão actual quanto transversal, mantendo presente que se deve evitar o reducionismo potencial em que se pode incorrer, ao concentrar cegamente o labor de análise histórica numa patologia particular. Nesse sentido, rejeitámos à partida o comodismo do relato dos grandes sucessos, optando pela análise das estruturas, condições e meios de investigação, ensino e tratamento da doença no nosso país, a partir do momento em que a luta contra o cancro começou a despertar o interesse da classe médica e do demais tecido social.

Uma realidade multifacetada

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. 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, abarcando mais de 200 tipos diferentes, ou seja, de tumores malignos, também designados por neoplasias, cada um deles com características particulares, causas, manifestações, evolução, prognósticos e tratamentos específicos, mas

[7] Veja-se o PON 2001-2005 na Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001. DR I Série-B n.º 190, de 17 de Agosto de 2001, p. 5241 e seguintes, e ainda MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Oncológico Nacional 2001-2005*. Lisboa: DGS, 2002.

[8] 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.

que pelas suas características fisiopatológicas se englobam sobre uma mesma designação genérica[9]. Quando utilizamos a palavra *cancro,* referimo-nos a um conjunto relativamente alargado de patologias do foro oncológico geralmente reunidas sobre a mesma designação, e é nesse sentido plural que utilizamos o termo *cancro* no decorrer deste livro.

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[10]. A partir dessa 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 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.

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 propriamente dita, podemos aproximá-la daquilo que Jacques Le Goff apelida de «uma ideia», e do que Mirko Grmek apoda de «complexa realidade empírica»[11]. Este último, em particular, apontou abertamente que a doença, fosse ela qual fosse, era acima de tudo um conceito, uma construção teórica que reflecte não só as ideias mas também a realidade patológica de um determinado período histórico.

Apesar de 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 quimiote-

---

[9] 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.* 2.ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

[10] 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, 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: I' institution de la santé et de la maladie.* Canada/France: Presses de L'Université du Québec/ Presses Universitaires de Lyon, 1985, p. 305-332.

[11] Le GOFF, Jacques (org.) – *As doenças têm História.* Lisboa: Terramar, 1985, p. 7-8.

rapêuticos. No decurso dos dois últimos decénios, a compreensão dos processos biológicos e moleculares postos em causa no cancro aumentou exponencialmente, o que conduziu a abordagens inovadoras quer na prevenção, como no diagnóstico e ulterior tratamento. No entanto, no decorrer do mesmo período temporal, 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.

Tal como qualquer outra doença, faz igualmente parte do enredo de um jogo científico, médico e social que coloca em causa a nossa capacidade de lidar com 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 foi assumindo progressivamente um particular e destaque.

Se bem que partilhamos o pensamento de LeGoff quando 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»[12], acrescentaríamos 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 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 alvores do século XX, tornando-se mesmo num objectivo de cariz biopolítico assumido por alguns Estados. Para tal, 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 e consolidou em torno de uma só doença.

---

[12] Le GOFF, Jacques (org.) – *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985, p. 7-8.

No espírito da sociedade ocidental, vencer o cancro passou sempre pelo crivo fino da descoberta, da invenção e do progresso científico, elementos que marcaram 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[13].

No início dos anos 70, conhecia-se ainda bem pouco sobre uma doença que poderia tornar-se tão irrisória e tratável no futuro, como já nessa altura pareciam ser a pneumonia ou a tuberculose. Apesar do gigantesco «complexo médico-industrial»[14] 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 até aos nossos dias, verifica-se que se mantém sem solução uma grande parte da patologia oncológica[15]. É por vezes habitual, como tem sucedido no campo da medicina molecular, os êxitos obtidos não terem correspondência directa, pelo menos no imediato, com as expectativas entretanto criadas. 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 da obtenção de resultados apreciáveis[16]. 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» ou à «bala mágica» como foram os antibióticos, ou ainda à prevenção vacínica definitiva, essa ainda não existe, e é bem provável que não veja tão cedo a luz do dia. De momento, parece que não restam dúvidas: o cancro veio para ficar e para continuar a 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.

---

[13] 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.

[14] Terminologia proposta 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), p. 963-970.

[15] 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), p. 126-127.

[16] Cf. as observações de Sir David Weatherall: WEATHERALL, D. J. – «Internal medicine in the 21st century». *Journal of Internal Medicine.* 247 (2000), p. 3-5.

Historiografia do cancro

De um modo muito genérico, podemos afirmar que os historiadores tendem a investigar a história de uma doença, não para que se possa orientar uma política de saúde, mas porque esse estudo nos revela os caminhos que as sociedades utilizaram na abordagem sanitária do problema, bem como dos traços mentais e culturais que a caracterizaram ao longo das diferentes épocas e lugares. No entanto, o que se tornou claro com o caso do cancro, é que a compreensão das abordagens científicas, da evolução tecnológica e do tratamento médico, sendo elementos incontornáveis para a historiografia, podem servir para fazer repensar as políticas de saúde entretanto trilhadas.

Desde os finais dos anos 70 do século passado a temática do cancro tem vindo a suscitar um interesse progressivamente maior, sobretudo na esfera da investigação histórica internacional. Desde então, a bibliografia sobre a história da pesquisa oncológica tem-se tornado mais vasta, reflectindo tanto a prevalência da doença como os vastos recursos financeiros entretanto investidos nesse domínio. Um bom exemplo dessa tendência que se começou a esboçar a partir do pós-guerra, é a multiplicidade de artigos historiográficos dedicados exclusivamente ao cancro, e que permitiram inclusivamente 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 3.000 artigos escritos entre 1945 e 1988, que incluem não só os muitos trabalhos lavrados em língua inglesa, mas também francesa, italiana, russa, alemã, polaca, holandesa, portuguesa e castelhana[17].

Os principais investigadores provêm do mundo anglo-saxónico e francófono, versando, naturalmente, a evolução da luta contra o cancro nos respectivos países de origem. Vários desses trabalhos saíram 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, não apenas na vertente de luta sanitária institucional e política, mas também no campo da promoção de alterações científicas e tecnológicas no universo médico. Se os primeiros começaram a partir da segunda metade dos anos 70 pela mão de Lester Breslow, Richard Rettig, Samuel Epstein e Peller Sigismund[18], 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, pontuados por figuras como David Cantor e James Olson, entre outros[19].

---

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

[18] 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; SIGISMUND, Peller – *Cancer research since 1900: an evaluation*. New York: Philosophical Library, 1979.

[19] Cf. CANTOR, David (ed.) – *Cancer in the Twentieth Century*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008; CANTOR,

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, 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. 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*[20].

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 reclamar estudos de síntese sobre fenómenos patológicos cujas manifestações sociais e culturais sejam distintas das identificadas até hoje.

No mundo da historiografia francófona destaca-se de imediato o nome referencial e incontornável de Patrice Pinell[21]. Fazendo uma leitura sociológica muito abrangente e historicamente detalhada sobre a luta contra o cancro em França, Pinell fez uso de uma abordagem político-institucional para um período histórico muito específico, se bem que fun-

---

David – *Cancer*. In BYNUM, W. F. & PORTER, R. (ed.) – *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. 2 vols. London: Routledge, 1993, p. 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; WAILOO, Keith – *How cancer crossed the color line*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

[20] Cf. CANTOR, David (ed.) – «Cancer in the Twentieth Century». *The Bulletin of the History of Medicine*. Special Issue. Vol. 81, n.º 1 (Spring 2007).

[21] Cf. 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. Veja-se ainda PINELL, Patrice – *Cancer*. In COOTER, R.; PICKSTONE, J. (Eds.) – *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000, p. 671-686.

damental, que vai dos finais do século XIX até aos anos 40 do século XX. Abordou sobretudo o processo de evolução no qual se inscreveram as transformações que promoveram 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 França, mas a nível internacional. Por seu turno, Pierre Darmon[22] fez uma leitura histórica bastante alargada no tempo para mostrar o percurso das doutrinas, terapêuticas e concepções sociais sobre a doença. Dissecando a relação entre o laboratório e a prática clínica, Ilana Löwy[23] debruçou-se sobre a cultura da experimentação clínica em oncologia, através da descrição da transferência das inovações laboratoriais.

Ainda no campo institucional, Joan Austoker abordou a história do *Imperial Cancer Research Fund* (ICRF), ressalvando 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 *ICRF*. 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[24]. Linha semelhante seguiu Ernest McCulloch[25] para o relato do sucedido com o *Ontario Cancer Institute* no Canadá, enquanto no tocante aos programas anticancerosos desse país, Charles Hayter mostrou as influências organizacionais e científicas bebidas tanto nos EUA como em França, e que permitiram a eclosão de uma heterogeneidade de respostas médico-sociais canadianas entre 1900 e 1940[26].

Se bem que o percurso institucional seguido em Itália fosse o mote para os trabalhos de Patrizia Placucci[27] e Giorgio Cosmacini[28], a primeira mostrou-se mais atenta às particularidades italianas na institucionalização da luta contra o cancro. Por seu turno, Cosmacini

---

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

[23] Cf. LÖWY, Ilana – *Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

[24] 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.

[25] Cf. McCULLOCH, Ernest A. – *The Ontario Cancer Institute: successes and reveses at Sherbourne Street.* Montreal; London: McGill-Queen's University Press, 2003.

[26] Cf. HAYTER, Charles – *An element of hope: radium and the response to cancer in Canada, 1900-1940.* Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, 2005.

[27] Cf. PLACUCCI, Patrizia – «La malattia del secolo: L'Istituto Vittorio Emanuelle III per lo Studio del Cancro a Milano, 1928-1939». *Sanità, Scienza e Storia.* N.º 1-2 (Stampa 1995), p. 285-314.

[28] Cf. COSMACINI, Giorgio; SIRONI, V. A. – *Il male del secolo: per una storia del cancro.* Roma: Laterza, 2002.

enfatizou o desenvolvimento da oncologia enquanto disciplina médica em busca de uma identidade disciplinar e a evolução das ideias que enformaram as políticas antitumorais.

Sem fugir do contexto dos estabelecimentos ligados ao tratamento e investigação, mas mais voltado para a vertente dos trabalhos científicos e dos programas governamentais, a recente abordagem «mercantilista» de Theodore Malinin também não deixou de colocar a ênfase nos desenvolvimentos científicos norte-americanos obtidos em redor da doença[29]. Num registo paralelo, feito em redor do urânio como material de base à terapêutica anticancerosa, Howard Ball destacou os problemas associados à saúde ocupacional e poluentes radioactivos resultantes da necessidade de dotar os centros anticancerosos deste elemento[30].

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[31].

Por seu turno, o percurso institucional dos centros anticancerosos alemães foi abordado por Gustav Wagner e Andrea Mauerberg[32], ao passo que Wolfgang Hien soube trazer a metodologia sociológica para se focar na questão dos cancros provocados pela indústria química[33]. 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[34].

Num estudo de Marie-José Imbault-Huart, a autora afirmou mesmo não haver uma história do cancro do ponto de vista social, mas sim científico. A partir daí, e recorrendo a

---

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

[30] Cf. BALL, Howard – *Cancer factories: America's tragic quest for uranium self-sufficiency.* Westport, Conn: Greenwood Press, 1993.

[31] 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, p. 89-94.

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

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

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

casos remotos como o cancro da mama da rainha Ana de Áustria, a autora propôs 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[35].

Numa abordagem mais voltada para os caminhos da história cultural, James Patterson[36] 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. 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 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 declarar 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[37].

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 da mama, do ovário, do útero, do pulmão, leucemia, 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[38]. Não surpreende, pois, que desse dar azo a trabalhos especialmente imbuídos das premissas da história do género, como os de Kirsten Gardner, Mary De Shazer, Tammy Comeau ou Maren Klawiter[39].

---

[35] Cf. IMBAULT-HUART, Marie-José – *História do cancro*. In Le GOFF, Jacques (org.) – *As doenças têm História*. Mem Martins: Terramar, 1985, p. 165-176.

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

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

[38] Cf. 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), p. 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), p. 17-43, TAYLOR, T. – «Purgatory on Earth: An Account of Breast Cancer from Nineteenth-Century France». *Social History of Medicine*. 11 (1989), p. 381-402, 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), p. 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), p. 291-313.

[39] Cf. GARDEN, Kirsten E. – *Early detection: women, cancer, & awareness campaigns in the twentieth-century United States*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2006; De SHAZER, Mary K. – *Fractured borders: reading women's cancer lite-*

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[40], antropológico, interdisciplinar[41], na incontornável vertente da história das ideias[42], ou ainda ou ainda na área da paleo-oncologia[43]. Outro segmento ligado à história das profissões de saúde paramédicas começou também a despontar, como é o caso da enfermagem oncológica, que teve no trabalho de Judith Johnson[44] uma interessante e inovadora abordagem ao entrecruzar discursos da memória oral com os registos da memória escrita.

Se bem que os estudos de fundo sobre a história da terapêutica anticancerosa começam agora a surgir[45], são ainda escassos, assim como os trabalhos histórico-estatísticos, apesar de Johannes Clemmesen[46] 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 sobre a doença oncológica ou da luta contra o cancro. 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[47], não faz senão referências meramente pontuais e pouco desenvolvidas no tocante à oncologia e à luta contra

---

rature. Ann Arbour: University of Michigan Press, 2005; COMEAU, Tammy – *The gendered sub-text of medical discourse on cancer in the nineteenth century.* Ontario: University of Western Ontario. Thesis (doctoral), 2004; KLAWITER, Maren – *The biopolitics of breast cancer: changing cultures of disease and activism.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

[40] 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.

[41] 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.

[42] Cf. RATHER, L. J. – *The Genesis of Cancer. A Study in the History of Ideas.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1978; FITZGERALD, Patrick – *From demons and evil spirits to cancer genes: the development of concepts concerning the causes of cancer and carcinogenesis.* Washington, D.C.: American Registry of Pathology, Armed Forces Institute of Pathology, 2000.

[43] Cf. SPYROS, Retsas (ed.) – *Palaeo-oncology: the antiquity of cancer.* London: Farrand, 1986.

[44] Cf. JOHNSON, Judith; BAIRD, Susan B.; HIRDELEY, Laura – *It took courage, compassion, and curiosity; recollections and writings of leaders in cancer nursing 1890-1970.* Pittsburg, PA: Oncology Nursing Society, 2001.

[45] Cf. o dossier temático: ROQUÉ, Javier; HERRAN, Néstor (ed.) – «Isotopes: Science, Technology and Medicine in the Twentieth Century». *Dynamis.* Vol. 29 (2009), p. 123-364.

[46] Cf. CLEMMSEN, Johannes – *Statistical Studies in the Aetiology of Malignant Neoplasms. Vol I, Review and Results.* Copenhagen: Munksgaard, 1965.

[47] Constituida 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 (1.ª ed. 1899).

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* [48] faz apenas uma breve referência linear ao Instituto Português de Oncologia (IPO) e à pessoa de Francisco Gentil, certamente condicionado pelo carácter sintético que 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 escassos entre nós. Quanto aos que existem, tratam-se sobretudo de abordagens de cariz eminentemente institucional e biográfico, redigidos quase exclusivamente por médicos, versando sobre os traços mais salientes de um universo devedor da figura tutelar do médico Francisco Gentil[49] 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 Botelho[50], havendo ainda outras que se dedicaram ao caminho mais recentemente trilhado pelos centros regionais do Porto e Coimbra no tratamento da doença oncológica[51]. 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.

---

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

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

[50] 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 esteve 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 5.º 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.

[51] Cf. 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, e PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Um caminho com história. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional de Coimbra.* Lisboa: IPO; Coimbra: CRO, 2003.

Numa leitura diferente e de carácter sociológico, destacamos a existência das incursões de Hélder Raposo[52] e João Arriscado Nunes[53], o primeiro dos quais fez uma 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.

Ainda em língua portuguesa, mas do outro lado do Atlântico, a produção historiográfica brasileira tem-se mostrado bem mais activa nesta temática. Desde meados da primeira década do novo século que o labor de alguns historiadores, especialmente da Fundação Oswaldo Cruz (onde sobressaem os trabalhos de Luiz António Teixeira entre outros)[54], se tem cristalizado em livros, artigos, dissertações e teses, que culminaram em Julho de 2010 na elaboração da primeira colectânea de artigos sobre o tema, reunidos num volume temático da revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* Como é apanágio desta publicação, as visões multifacetadas foram a tónica dominante, linha editorial muito corrente em publicações desta natureza, desta feita dedicado ao percurso da institucionalização do INCA e da luta contra o cancro no Brasil durante a primeira metade do século XX[55].

Com estas referências pretendemos elaborar um recenseamento sintético, mas suficientemente abrangente e significativo acerca da produção historiográfica nacional e internacional relativa à doença oncológica. Importa reconhecer que estão ainda por realizar em Portugal estudos abrangentes, sistemáticos e integradores, onde se articulem os diversos enfoques possíveis, e não apenas as estruturas hospitalares e os reflexos da doença na sociedade, abordagens que são habitualmente apadrinhadas pelo recurso à metodologia do construtivismo fenomenológico.

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.

---

[52] RAPOSO, Hélder – «A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia». *Fórum Sociológico.* N.º 11/12 (2004), p. 177-203.

[53] 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, p. 285-315; *idem* – «Escala, heterogeneidade e representação: Para uma cartografia da investigação sobre o cancro». *Revista Crítica de Ciências Sociais.* N.º 46. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra, 1996, p. 9-46.

[54] Cf. TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina Maria Oliveira – *De doença desconhecida a problema de saúde pública*: *o INCA e o controle do câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007; TEIXEIRA, Luiz Antonio – «O câncer na mira da medicina brasileira». *Revista Brasileira de História da Ciência.* Vol. 2, n.º 1 (2009), p. 104-117; SAMPAIO, Consuelo Novais – *70 Anos de lutas e conquistas*: Liga Bahiana Contra o Câncer. Salvador: LBCC, 2006; CARVALHO, Alexandre Octavio Ribeiro de – *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória*: *uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil.* Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas. Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Pós-graduação em História Política e Bens Culturais, 2006.

[55] Cf. TEIXEIRA, Luiz Antonio (coord.) – *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* Vol. 17, supl. 1. Rio de Janeiro (2010).

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 passou 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, mas neste caso a investigação sobre cancerologia não pode ser desligada de uma outra linha de força, igualmente de carácter científico, que rapidamente enformou 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 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 assistiu-se ao despertar da classe médica e da sociedade para uma doença particular, que pela sua frequência crescente se começava 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. Sabendo que os domínios científicos emergentes estão muitas vezes inextrincavelmente vinculados a quadros institucionais e lógicas organizacionais que lhes conferem espaço de desenvolvimento e margem de afirmação, infere-se 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.

Não há dúvida que 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 não correspondeu 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, 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 tornou a luta contra o cancro num 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 inexora-

velmente 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»[56], realçou-se o estudo e a explicação da génese e transformações estruturais de um saber científico, de modo a obter uma visão mais completa da realidade histórica. E por muito que nos sentíssemos tentados a realizar uma aproximação comparativa do processo histórico que enformou 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[57], que optou 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 (GHSC/ /CEIS20), coordenado por João Rui Pita e Ana Leonor Pereira[58].

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

---

[56] Expressão utilizada por Wilson em 1980 para denunciar os abusos da aproximação sociológica à historiografia médica americana. Cf. GRMEK, Mirko D. (dir.) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. T. 1. Antiquité et Moyen Âge.* Paris: Seuil, 1995, p. 22.

[57] Mirko D. Grmek, médico e historiador das ciências e da medicina, françês de origem croata falecido em 2000, foi um dos mais 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, Archaïque et Classique.* Paris: Payot, 1983.

[58] 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, n.º 1 (2001), p. 17-25.

DELIMITAÇÃO CRONOLÓGICA E ESTRUTURA

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 dissertação inaugural em medicina dedicada à cancerologia, no que constituiu o primeiro resquício incipiente da investigação científica 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 a 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 seu impacto social 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, 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, 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.

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. 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.

FONTES E METODOLOGIA

A pesquisa 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 reflicta de igual modo os momentos de ruptura ideológica, as influências dos discursos político-sanitários e os movimentos sociais face à luta anticancerosa.

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. Uma das vantagens mais clara de analisar o periodismo médico, advém do facto de reflectir fielmente o pensamento, as atitudes, anseios e vontades dos mais directos implicados nesse processo, proporcionando 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 a partir de um total de 523 publicações periódicas relativas à medicina e ciências afins, entre 1749 e 1974. Dos variadíssimos títulos disponí-

veis, foram especialmente escolhidos e 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 Sciencias Médicas de Lisboa* e o *Jornal do Médico*, 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 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.

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 exaustiva 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.

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[59].

[59] 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.

CAPÍTULO I

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[60].

JEAN-CHARLES SOURNIA

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 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 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.

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 *carcinos*, 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 aflorarem 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»[61]

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

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.) traduziu a terminologia grega para o latim, fê-lo para designar as ulcerações malignas de penetração profunda, mantendo-se até hoje a designação que conhecemos: *cancro*[62].

Mais tarde, Galeno (131-203 d. C.) também aportou a terminologia «oncos», expressão com origem grega em *ὀγκος*[63] (tumor). No seu *Tratado dos tumores*[64] (De tumoribus praeter naturam), único tratado médico da antiguidade dedicado exclusivamente aos tumores cancerosos e não cancerosos, começou 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, abcessos, 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 actinomicósicos, lúpus e outras enfermidades diversas. De todos estes diferentes tipos, apenas os cancros correspondem genericamente à actual noção de tumor neoplásico.

---

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

[62] Cf. CELSI, Aurelis Cor. – *De re medica. Libri VIII.* Lugduni: Apud. Joan. Tomasium & Gulielmum Gazerum, 1554, p. 306.

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

[64] 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, necessaires à tous les chirurgiens.* Lyon: Tibault Payan, 1558.

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*[65], para Galeno os «tumores contra natura» eram explicados pela discrasia dos quatro humores. Eram 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 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 pelo cautério ou pela excisão local seguida de cauterização com ferro em brasa, passando pela aplicação directa de unguentos arsenicais altamente corrosivos, tanto gregos como romanos conheciam o carácter recidivante da doença. Um tratamento mais racional foi proposto por Leónidas de Alexandria no 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 saudável, aproximando-se de certa maneira de algumas técnicas cirúrgicas utilizadas em grande escala no século XX. Mesmo assim esta excisão era selectiva, feita apenas no caso de tumores de pequena extensão. Ainda no cancro da mama, Leónidas rejeitava qualquer acto cirúrgico caso se encontrasse endurecida ou se o tumor estivesse aderente à parede muscular 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 do ser humano a uma enfermidade que o vem acompanhando 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 hominídeos. De facto, já se identificaram metástases ósseas fossilizadas em esqueletos de dinossauros com mais de 150 milhões de anos[66], e ainda um osteoma no registo fóssil de um peixe com 300 milhões de anos[67].

---

[65] 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, p. 59-60.

[66] Cf. ROTHSCHILD, B. M.; TANKE, D. H.; HELBLING, M.; MARTIN, L. D. – «Epidemiologic study of tumors in dinosaurs». *Naturwissenschaften.* 90 (2003), p. 495-500.

[67] Cf. MOODIE, R. L – «Tumors in the Lower Carboniferous». *Science.* 66 (1927), p. 540.

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[68]. Tendo por base estruturas ósseas 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[69], sendo estes os habitualmente 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[70].

Apesar de 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 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, 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 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[71].

Para além das doenças oncológicas com manifestações ósseas, a paleopatologia permitiu recentemente determinar um carcinoma prostático como causa de morte num 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[72].

---

[68] 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), p. 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, p. 265-272.

[69] 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, p. 2155-2185.

[70] 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, p. 39-40.

[71] Cf. HALPERIN, Edward C. – «Paleo-Oncology: The Role of Ancient Remains in the Study of Cancer». *Perspectives in Biology and Medicine.* Vol. 47, n.º 1 (Winter 2004), p. 1-14.

[72] 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), p. 2591-2595.

Passando para o campo do registo escrito, a descrição documental mais antiga que se conhece sobre o tratamento cirúrgico é uma relação de oito casos de tumores ou úlceras da mama no Antigo Egipto, tratadas com recurso à cauterização. Estas referências encontram-se contidas no papiro Edwin Smith, datando de 1550 a. C., ou seja, há mais de 3.500 anos[73]. 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 nasofaríngе. 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[74].

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 há cerca de 2.000/2.500 anos atrás, o cancro já era reconhecido como entidade patológica distinta no subcontinente indiano[75].

Existem ainda outros exemplos dispersos, que conhecemos melhor por se reportarem a elementos da alta sociedade, o que de algum modo permitiu o seu registo para a posteridade. Por exemplo, o médico grego 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, o que para a época constituía uma verdadeira raridade, é provável que não se tratasse de um 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

---

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

[74] 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 egiptólogo alemão Georg Ebers, que o decifrou em 1873.

[75] Cf. SURAIYA, J. N. – «Medicine in Ancient India with Special Reference to Cancer». *Indian Journal of Cancer.* 10 (December 1973), p. 391-402.

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. É o caso da referência a 8 casos de cancro numa 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 Espanha[76].

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 em vida, muitos deles ainda genericamente englobados na categoria das doenças dos humores, o que poderia fazer subir eventualmente a frequência de uma doença incorrectamente diagnosticada. A este propósito, a paleopatologia tem permitido detectar alguns casos em restos humanos mumificados do período medieval[77].

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

Os textos dos médicos árabes medievais são disso um bom exemplo, muitos deles traduções dos antigos tratados romanos de Galeno, ou então bizantinos, como os de Oribásio e Paulo de Egina. No livro *Da medicina*[78], Paulo de Egina refere-se à mama e ao útero como lugares de eleição do cancro, considerando inútil a operação em caso de implantação uterina, devido à rápida recidiva e ao aparecimento de metástases. No caso do cancro da mama recomendava a extirpação, mostrando-se claramente contra o uso do cautério, dispositivo muito usado com frequência por outros médicos. Também no tratado de carácter enciclopédico *Sinagoge Médica*[79], Oribásio reproduz as opiniões dos hipocráticos e alexandrinos, referindo que os cancros eram incuráveis, aumentando rápida ou lentamente de volume, eram dolorosos, o lugar de aparecimento variável, reconhecendo a rápida capacidade de recidiva após excisão ou o exacerbar da doença em caso de aplicação de medicamentos corrosivos.

Neste sentido, a concepção medieval sobre a doença praticamente não muda relativamente ao conhecimento e premissas galénicas. No século XI, Avicena faz descrições do

---

[76] Cf. 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, p. 304-306.

[77] Cf. FALCHETTI, Mario; LUPI, Ramona; OTTINI, Laura – «Molecular analysis of a colorectal carcinoma from a mummy of the XVth century». *Medicina nei Secoli. Arte e Scienza.* Vol. 18, n.º 3 (2006), p. 943-951; MARCHETTI, A.; PELLEGRINI, S.; BEVILACQUA, G.; FORNACIARI, G. – «K-RAS mutation in the tumour of Ferrante I of Aragon, King of Naples». *Lancet.* Vol. 347, n.º 9010 (1996), p. 1272.

[78] 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, p. 332-334.

[79] Cf. BUSSEMAKER, U. C.; DAREMBERG, C. (ed. e trad.) – *Oeuvres d'Oribase.* 6 vols. Paris: J. B. Bailliere & fils, Imprimerie Nationale, 1851-76.

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. 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. Por seu turno, Abulcassis mostrava-se igualmente favorável à excisão das lesões cancerosas se estas se localizassem em áreas acessíveis e à 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 régio, também culpa a melancolia, ou seja a bílis negra referida por Hipócrates. O tratamento que propunha tinha por base uma dieta e alguns purgantes, operando apenas se o tumor pudesse ser completamente excisado. Sem surpresa, reconhecia que a remoção incompleta 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[80].

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 restante Europa[81], encontram-se presentes várias expressões que exprimem o pavor suscitado pela doença, tema sobre o qual se debruçou com particular atenção. Enfermidade perniciosa quando se tornava visível, costumava ser de uma tal gravidade que Chauliac 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 a opinião dominante. O próprio Chauliac aconselhava comer peixe e caranguejo de um rio rochoso, o uso de esmeraldas e safiras como preventivo e, ainda como tratamento, a aplicação diária de carne de galinha fresca na zona afectada, coberta com atadura de pano escarlate.

Mas a uniformidade terapêutica não existia. Com efeito, ao longo da Idade Média subsistiu quase sempre uma querela permanente entre médicos e cirurgiões sobre a necessidade ou não da intervenção cirúrgica. Nesse sentido é interessante consultar os diferentes tratados

---

[80] Cf. FORGUE, Émile – «Le problème du cancer dans ses aspects psychiques». *Journal des Practiciens.* 25 (1931), p. 1578.

[81] Cf. JOUBERT, Laurent – *La Grande Chirurgie de Monsieur Guy de Chaulliac.* 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 Chauliac et la 'Grande Chirurgie'. Quatre siècles de vie universitaire». *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie.* Vol. 6, n.º 3 (2007), p. 39-44.

médicos publicados em Portugal publicados entre o final da Idade Média e o Renascimento. No *Tratado das Epidemias* de 1418, de Valesco de Taranta[82], referem-se 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, 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[83].

Se bem que Amato advogava a intervenção cirúrgica numa fase precoce, 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, optava 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 6.° dos Aforismos)»[84].

Profundamente conhecedor dos textos de Galeno e Hipócrates, a concepção de Amato sobre a doença e o 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 os seguidores de Galeno, das ideias aristotélicas e da prática escolástica de conciliar as opiniões das principais autoridades médicas da antiguidade.

A ideia prevalecente sobre a origem do cancro era ainda de raiz galénica. Mantendo esta concepção, Amato replicava 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»[85]. Recomen-

---

[82] 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*, p. 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 (1.ª edição em 1899).

[83] 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 Medicinais.* Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980.

[84] LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinais.* Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 221.

[85] LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinais.* Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 223.

dava, 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 Centúria[86] 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 papila. Diagnosticou de imediato «uma atroz doença, que era sem dúvida um cancro», expondo de imediato à mulher 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 desse tempo. Contudo, tal proposta acabou por ser rejeitada pela própria 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»[87]. 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»[88].

Desde Hipócrates até ao dealbar do século XIX, a teoria galénica da melancolia e 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 tornaram-se cada vez mais numerosas, sobretudo a partir da introdução das doutrinas iatromecânicas de seiscentos, que colocavam o ingurgitamento da linfa no centro da carcinogénese.

---

[86] LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinais.* Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 220-224.

[87] LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Medicinais.* Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 222.

[88] 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.

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[89]. 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 face aos 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[90], 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 começa a ser visto como o 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.

---

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

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

A procura da causa «química» do cancro teve a sua era a partir de 1700, quando Bernardino Ramazzini (1633-1714) publica *De morbis artificium diatriba*[91], 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 lhe pareciam estar associadas, 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[92]. 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 injecção em cães, do que ele chamou de «suco» canceroso[93].

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 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 seguimento 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, ambos postulavam que o tratamento do denomi-

---

[91] Cf. RAMAZZINI, Bernardino – *De morbis artificium 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.

[92] 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).

[93] 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.

nado «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 esquentaõ 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 (…)*[94].

Realizavam-se ainda a aplicação de emplastros, 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 por Luís Gomes Ferreira nas fases mais precoces da doença[95]. De todos estes, o mais utilizado era o arsénico, 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 cancro quando não passavam de 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 (…)»[96] tudo curando sem tocar com o ferro. Outros anúncios mostram que o uso de emplastros 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 «Emplastros para curar as chagas malignas, e cancrosas, para ruturas; para desfazer tumores»[97].

---

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

[95] 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.

[96] *Gazeta de Lisboa*. N.º 2 (11 de Janeiro de 1746).

[97] *Gazeta de Lisboa Occidental*. N.º 24 (1724), p. 192.

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 preparados 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 Tubalense* de 1740 e em algumas boticas portuguesas de finais dessa centúria[98]. 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.

Mas era na intervenção limitada do bisturi que residiam ao 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 homogénea 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. 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[99]. 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[100]. O mesmo se infere

---

[98] 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.

[99] 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, p. 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, Innocêncio F. da – *Diccionario Bibliographico Portuguez.* T. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858, p. 119.

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

da *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahliana*, editada em 1740, onde o jovem cirurgião lisboeta José Ferreira também opinava que não se devia intervir cirurgicamente nos casos de cancro[101]. 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[102].

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, muito semelhante em praticamente todo o espaço europeu. 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»[103].

Houve, contudo, efémeras tentativas de natureza experimental, feitas 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 experiência pretendia mostrar que 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. O trabalho experimental que se prolongou por grande parte de 1764, assente nos principios 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 beneficio para a humanidade»[104]. 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:

---

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

[102] 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.

[103] 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).

[104] FERREIRA, Ernesto – «O médico português Ribeiro Sanches e a cura do cancro». *Petrus Nonius.* Vol. 3, n.º 3-4 (1941), p. 224.

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[105].

A experiência acabaria por mostrar a ineficácia deste expediente, a mesma já sabida desde longa data sobre os efeitos do termalismo nestes casos: o recurso aos tradicionais «banhos» era tido por incapaz de proporcionar qualquer tipo de cura, servindo apenas um propósito paliativo ao promover o bem-estar dos afectados[106]. Ribeiro Sanches não deixou ainda de reconhecer os efeitos adversos das preparações mercuriais administrados para o tratamento da sífilis, afirmando ter visto gonorreias, cancros e bubões degenerarem em cirros e cancros[107].

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, excepções quase sempre descritas como tal, e que confirmavam o habitual pessimismo clínico. 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 abcessos e extraiam 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 negli-

---

[105] 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.* N.º 4 (Outubro de 1991), p. 37.

[106] 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.

[107] 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.

genciáveis: 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)[108] e Johannes Scultetus (1595-1645)[109], 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 a figura 1).

Entendida mais como uma intervenção de excepção do que uma prática comum ou sequer recomendável para o tratamento do cancro, 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[110].

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[111]. Marco Severino já tinha completado esta intervenção cirúrgica com a remoção dos gânglios axilares, mas é com Samuel Sharp e Jean-Louis Petit[112] 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 o 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 de corte bem afiado, preferencialmente de lâmina larga, e uma celeridade considerável por parte do executor. A fama e qualidade

---

[108] 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.

[109] 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.

[110] Cf. MOULIN, Daniel de – *A short history of breast cancer.* Boston: Martinus Nijhoff, 1983, p. 1-107.

[111] 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.* 2.ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C.ª., 1834, p. 311.

[112] 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 operations qui leur conviennent.* 3 vol. Paris: Chez Méquignon l'aîné, 1775-1790.

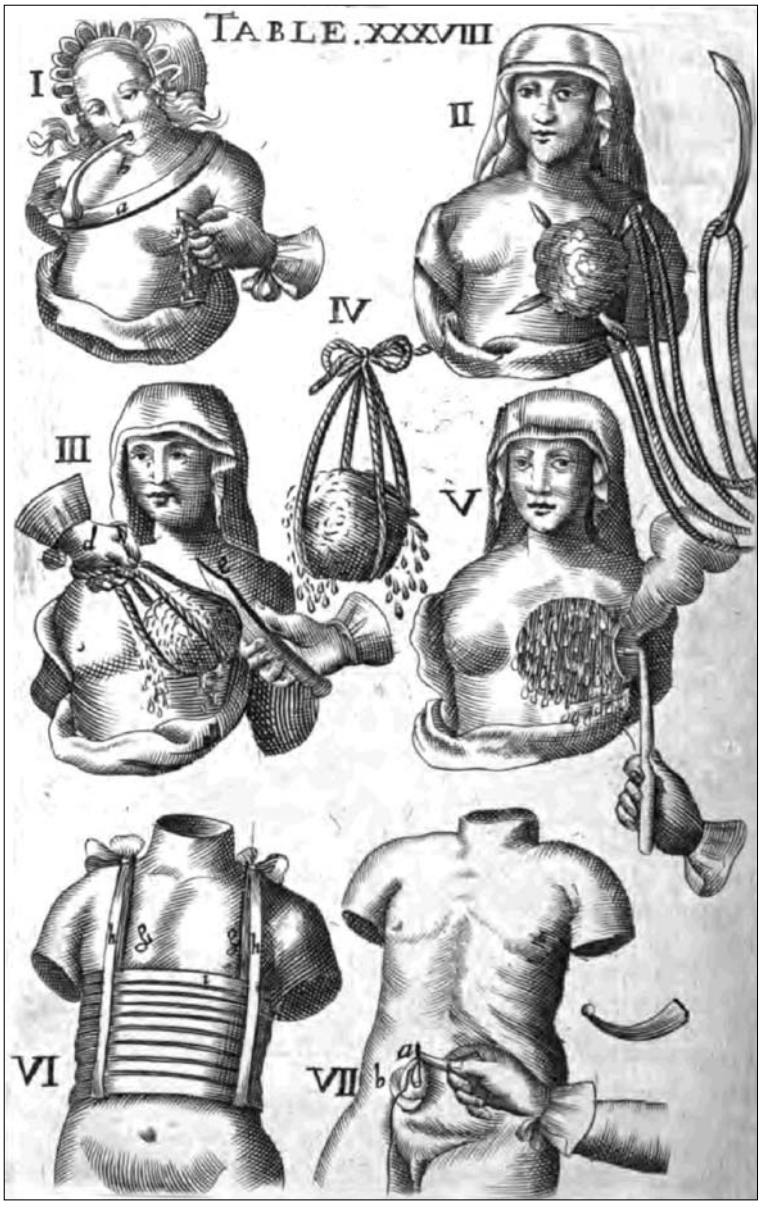


Figura 1: Mastectomia; técnica do século XVII. Procedimento em pleno uso no século XVII e descrita numa das mais famosas obras de cirurgia da época, era, contudo, uma prática pouco selectiva. Baseava-se no repuxamento da mama com recurso a fios em cruz inseridos na base da glândula (II), para de seguida 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).

do cirurgião 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 descrita nos tratados cirúrgicos da época (vejam-se as figuras 2, 3 e 4).

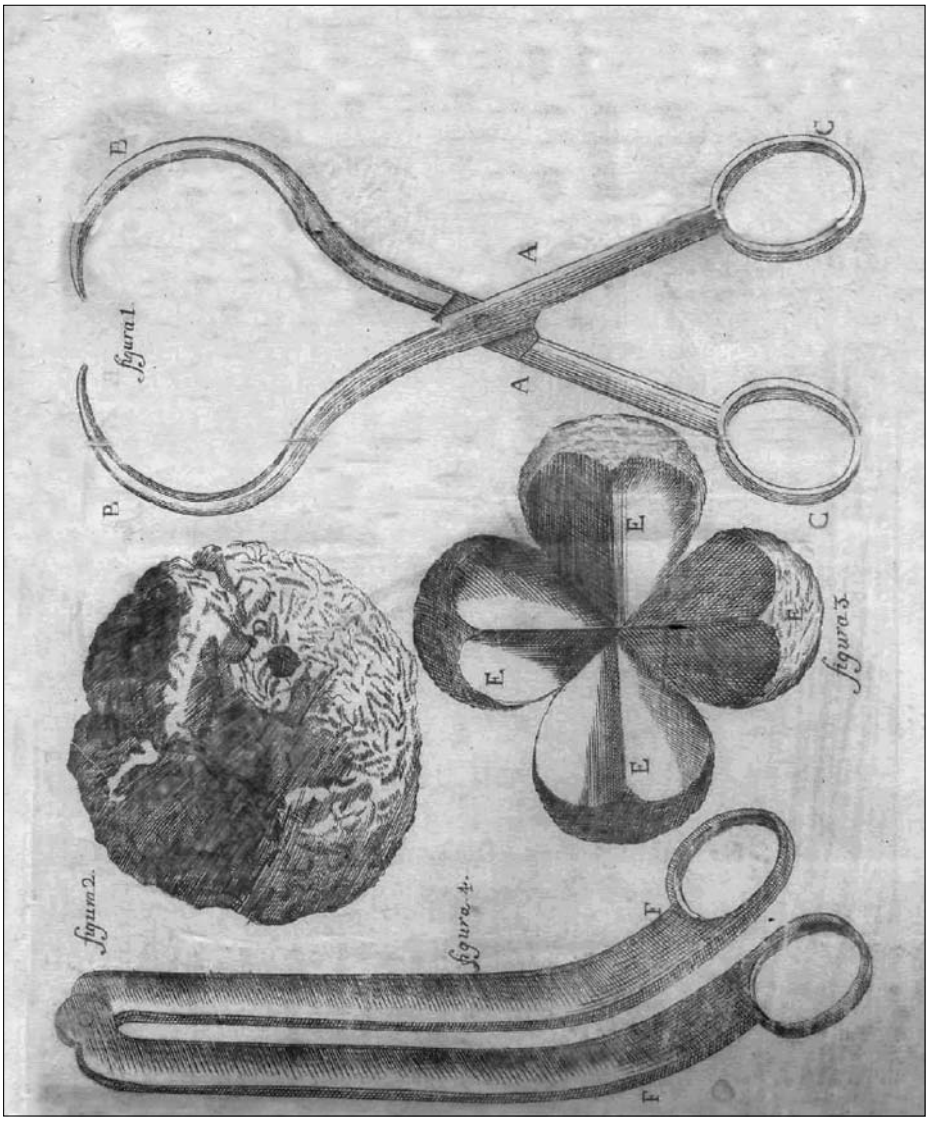


Figura 2: Instrumentos cirúrgicos utilizados em finais do século XVII e primeira metade do século XVIII para segurar os tumores pela base e proceder à excisão. Veja-se ainda um tumor ulcerado, aberto em quatro partes, mostrando a sua natureza homogénea. Fonte: NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facílimo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

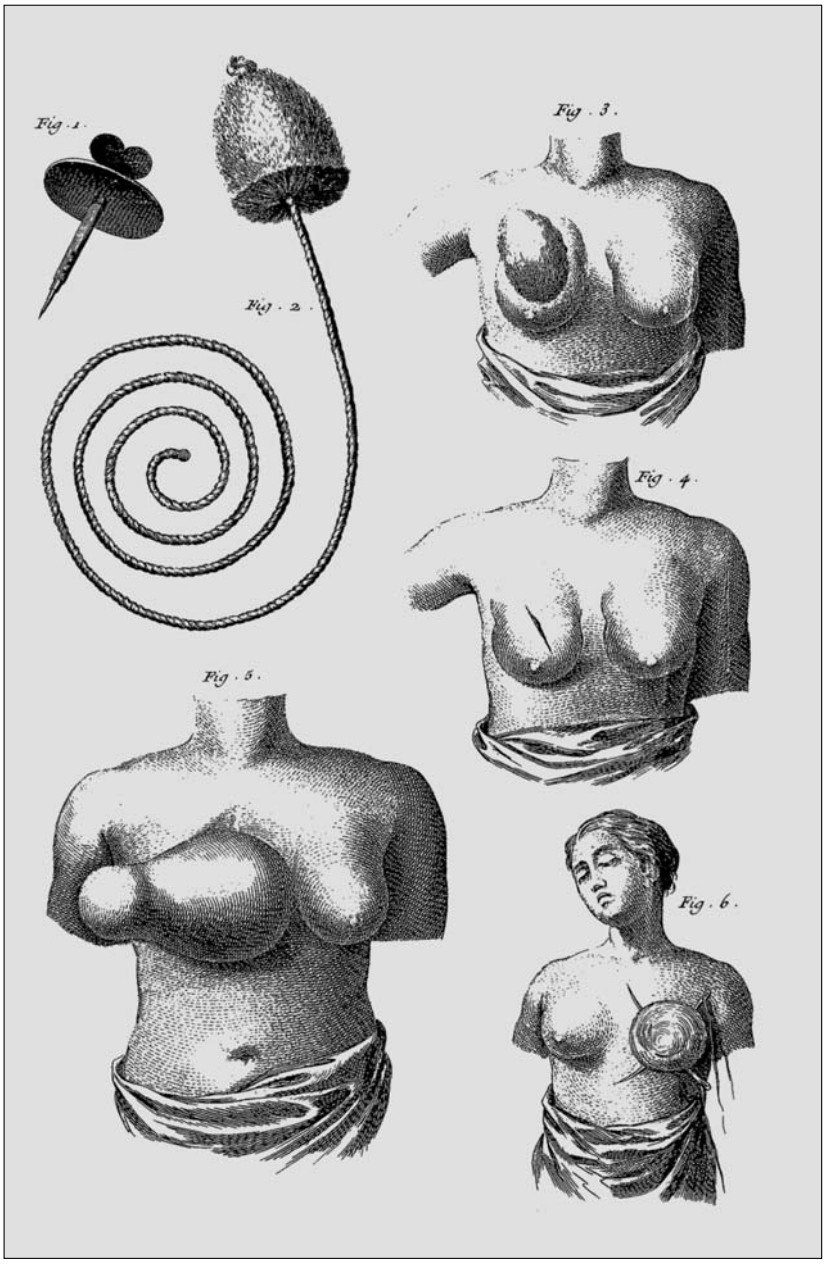


Figura 3: Imagem de um cancro oculto da mama direita que ocupa parte da mesma (3) e cicatriz resultante da extirpação do tumor (4). Veja-se ainda o método de mastectomia mais arcaico: depois de passar dois fios em cruz pela base do tumor, repuxava-se a mama e amputava-se (6). Fonte: Planche XXVIII in DIDEROT et d´ALEMBERT – *L'Encyclopédie ou Dictionnaire 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 méchaniques, 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.].

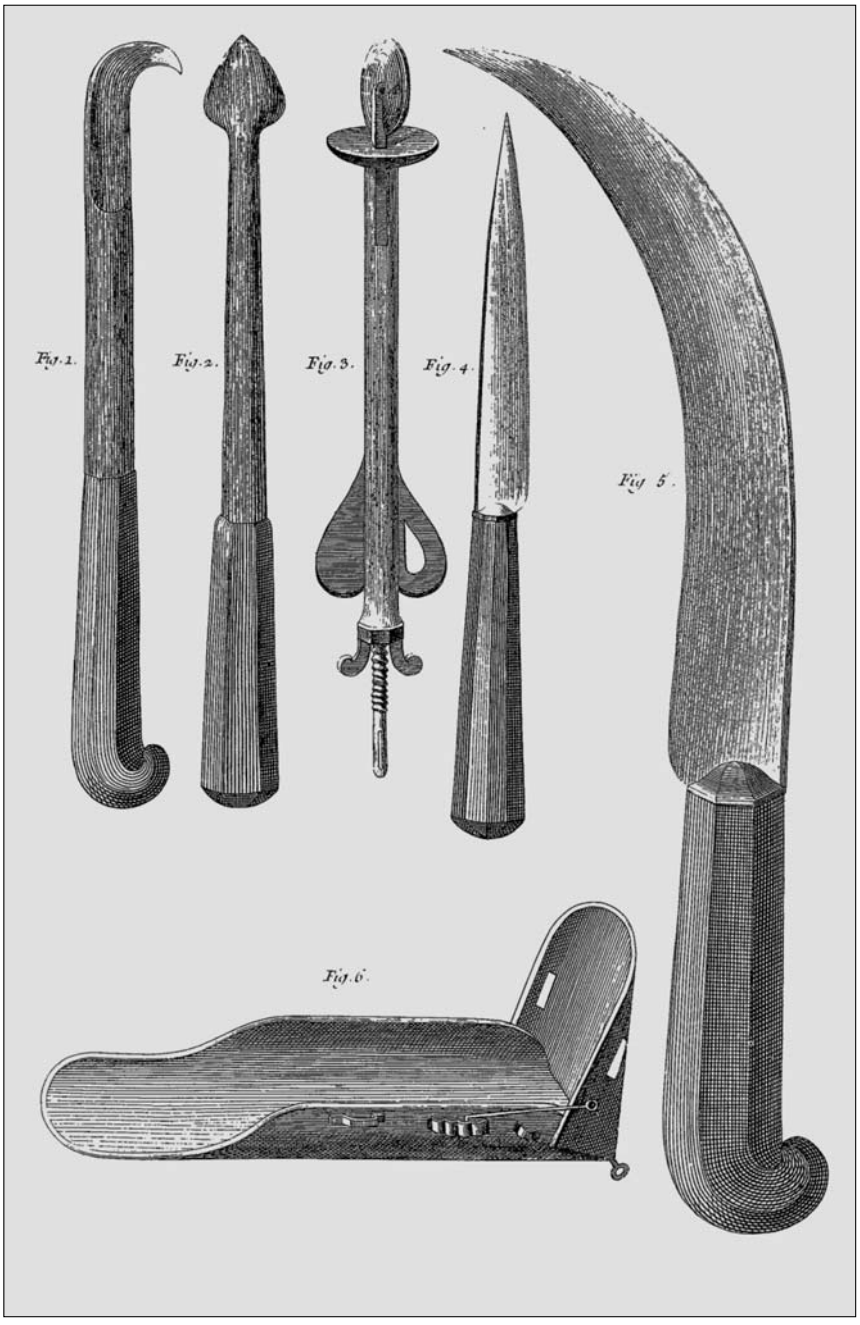


Figura 4: Instrumentos cirúrgicos da segunda metade do século XVIII utilizados na exérese de tumores cutâneos. Fonte: Planche XX in DIDEROT et d´ALEMBERT – *L'Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers. (28) Chirurgie – Appareils et matériel: recueil de planches sur les sciences, les arts libéraux et les arts méchaniques, 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 intensas e lancinantes. As feridas resultantes podiam demorar meses a cicatrizar se a doente não morresse antes diso.

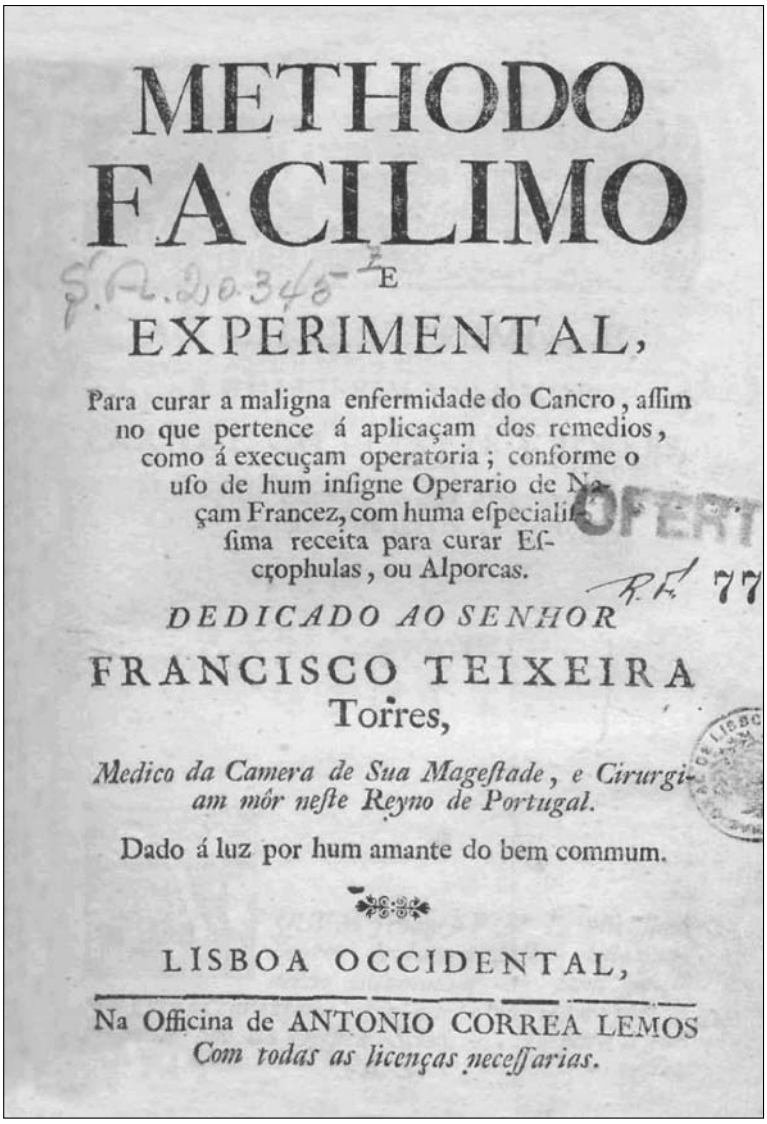
Um desses dolorosos e sangrentos relatos foi-nos deixado pela novelista Fanney Burney, submetida ela própria à excisão de um cancro da mama por mastectomia em 1810, realizada pela mão do então renomado cirurgião francês Dominique-Jean Larrey, que fazia uso das técnicas cirúrgicas sedimentadas ao longo 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 suster 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 aderia… contudo, mais uma vez, ainda não tinha tudo terminado…*[113].

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

[113] 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, p. 218-219. (Tradução nossa).

conhecimento da medicina francesa coeva, como é o caso do *Methodo facílimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro*, datado de 1741[114] (figura 5).



METHODO
FACILIMO
E
EXPERIMENTAL,

Para curar a maligna enfermidade do Cancro, aſſim no que pertence á aplicaçam dos remedios, como á execuçam operatoria; conforme o uſo de hum inſigne Operario de Na-çam Francez, com huma eſpecialiſ-ſima receita para curar Eſ-crophulas, ou Alporcas.

DEDICADO AO SENHOR

FRANCISCO TEIXEIRA
Torres,

Medico da Camera de Sua Mageſtade, e Cirurgi-am mór neſte Reyno de Portugal.

Dado á luz por hum amante do bem commum.

LISBOA OCCIDENTAL,

Na Officina de ANTONIO CORREA LEMOS
Com todas as licenças neceſſarias.

Figura 5: Página de rosto do *Methodo facílimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro.* Trata-se do volume existente na Biblioteca Nacional. Note-se que não consta a data da edição, se bem que de acordo com Inocêncio da Silva, data de 1741. Cf. SILVA, Innocêncio F. da – *Diccionario Bibliographico Portuguez.* T. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858, p. 57. De acordo com o *Dicionário da Lingua Portuguesa* de 1799, dataria 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. Parece-nos mais correcta a data proposta por Inocêncio.

Apesar de um título curioso e aparentemente promissor, este 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 pseudo-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 Bezerra[115] 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 mantiveram-se hábito bastante frequente ao longo de todo o século XVIII[116], 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:

> *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 específicos, 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 (…)*[117].

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 destrinça entre o cancro e os demais tumores[118]. Chegados às primeiras décadas do século XIX, perpetuavam-se no compendiado médico português os conhecimentos retidos desde o século

---

[114] Cf. NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facílimo 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].

[115] 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.

[116] 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, p. 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.

[117] SANTA ANNA, Joaquim José – *Elementos de Cirurgia Ocular.* Lisboa: Na Officina de Simão Thaddeo Ferreira, 1793, p. 75.

[118] 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.

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[119].

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 contactavam com uma espécie de «múmia» mal conservada, viam dissecar apenas dois músculos, e a anatomia prática dos principais órgãos era completamente ignorada[120].

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 epidemiologia[121] 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, consequência do celibato e do facto de nunca terem aleitado. Essa crença levou Francisco José de Almeida a argumentar em prol da amamentação dos recém-nascidos, como meio de prevenção contra várias moléstias, incluindo o cancro da mama:

> *Quando as mães vencidas de preocupação, e caprichos do luxo, e da vaidade, se negam a amamentarem seus filhos, não só fazem gravíssimos males aos pobres inocentes; mas destroem-se a si mesmas, ficando sujeitas às febres, que vem sobre parto, a hidropisias, tubérculos, reumatismos, ao cancro, e a outras enfermidades com que se pagam o seu crime*[122].

---

[119] 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, p. 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 1.ª edição é de 1786).

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

[121] 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.

[122] ALMEIDA, Francisco José de – *Tratado de educação fysica dos meninos para a nação portuguesa.* Lisboa: Na officina da Academia Real de Ciências, 1791, p. 129.

Também se passou a admitir 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. 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, 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 Sammuel Thomas von Soemmering, professor de anatomia em Mainz e em Munique[123].

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 estrura 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.

Mas se a medicina ainda não possuía as respostas para a generalidade dos problemas de saúde, muito menos para o caso do cancro. Pode mesmo afirmar-se que o poder curativo dos médicos (ou a ausência dele) do tempo de Hipócrates, não era substancialmente diferente daqueles no início do século XIX. Nessa altura, a medicina continuava ineficaz em larga medida. Somente nos séculos XIX e XX se desenvolveu como disciplina científica própria, e certamente mais próxima de uma tecnologia[124] 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 ao uso do microscópio acromático inventado em 1824, passou a realizar-se de forma corrente a partir de 1830, conferindo um acréscimo considerável ao desenvolvimento de várias disciplinas e em especial à medicina. O cancro, por exemplo, passa a ser estudado em termos 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

[123] 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.

[124] 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.

mais clara quando John Hunter[125] reconheceu e anunciou a diversidade dos tumores, confundidos até então sob a mesma designação genérica, 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 lançou 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 a que ocuparia 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, teorizando que estas células provinham da germinação de elementos entre tecidos normais.

Mais do que aportar uma mera construção nosológica microscópica, outro médico alemão discípulo de Müller, Rudolf Virchow (1821-1902), conferiu um novo impulso ao enunciar que o local dos fenómenos mórbidos, inclusivamente do cancro, era localizável a nível celular[126]. Rejeitando liminarmente a teoria dos humores ainda em vigor, voltou a atenção dos médicos para as células, até então totalmente negligenciadas. Com base na 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, de tal modo que toda a célula provinha de uma outra célula (*omnia celulla ex celullae*). As células não nasciam da linfa, mas antes de células-mãe, o mesmo se passando com o cancro, que poderia ter a sua origem numa célula normal. O cancro passa então a adquirir a 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 Lebert[127] em 1845. Com efeito, em 1866 ainda se

---

[125] «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.

[126] Cf. VIRCHOW, Rudolf – *Cellular Pathologie in iher Bedründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre.* Berlin: 1859.

[127] 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.

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.

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[128]. Mais do que dar origem a facções antagónicas, o facto é que estas teorias coexistiram e em certa medida tentavam colmatar as lacunas explicativas uma da outra.

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[129], 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,*

---

[128] Cf. a «Polémica com Barbosa sobre a teoria do desenvolvimento contínuo de Virchow». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa.* (27 de Novembro de 1869), p. 12.

[129] 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.

falam ou escrevem sobre tumores. O fiat lux ainda se não fez ouvir, e são ordem do dia a confusão e o cahos[130].

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 se veio a designar por caquexia cancerosa. Contudo, tal não impedia que em muitos casos o diagnóstico se mantivesse difícil e obscuro, podendo mesmo passar completamente desapercebido, o que era frequente antes da introdução da anatomia patológica. Esta, não só permitiu um melhor conhecimento dos danos tecidulares, como 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, ao passo que a hereditariedade passou a ser olhada com maior atenção desde que Pierre Broca apresentou o primeiro estudo que mostrava a prevalência familiar do cancro da mama (e outros tipos de patologia oncológica) no historial médico de uma família particularmente fustigada pela doença oncológica[131]. Estudar o historial oncológico desta família ao longo de várias gerações, permitiu-lhe concluir do potencial hereditário de transmissão e da predisposição familiar, aspecto ainda hoje pleno de actualidade.

---

[130] LIMA, António Augusto – *Indicações e contraindicações da extirpação do cancro*. Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870, p. 12-13.
[131] Cf. BROCA, Pierre P. – *Traité des tumeurs*. Vol. 1. Paris: P. Asselin, 1866, p. 151 e seguintes.

Esta predisposição encontrava na terminologia médica uma expressão que desde longa data lhe conferia corpo, e que mergulhava as suas raízes na teoria dos humores: a denominada 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[132]. 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»[133]. 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.

3. NOVAS ARMAS NO SÉCULO DA CIRURGIA

A terapêutica anticancerosa do século XIX limitava-se à sua impotência na 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[134]. Outros métodos foram tentados, como a aplicação de compressão no local do

[132] Cf. «O cancro considerado como doença constitucional». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIV (1906), p. 309-311.

[133] 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, p. 40.

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

tumor ou as experiências com sanguessugas, sem que os resultados se mostrassem de algum modo animadores[135].

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 controlo 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[136], 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[137].

Apesar da toada paliativa, ainda se recorria esporadicamente à sangria selectiva no sentido de combater as denominadas «peritonites sintomáticas»[138], o que certamente deixaria o paciente ainda mais debilitado, mas que mostra bem a permanência dos resquícios

---

[135] 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 médicine physiologique* (1822).

[136] 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.

[137] 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 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 (...).* 2.ª ed. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo, 1804, p. 36-37, 63-64.

[138] 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, p. 28 e seguintes.

de práticas cirúrgicas multi-seculares, ainda presentes na mentalidade médica dos finais de oitocentos. Tendo entretanto entrado em desuso desde a 2.ª 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 circulatárias[139].

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[140]. O desalento e ineficácia da terapêutica farmacológica era um dado assente e exposto sem rebuço em 1870 por António Lima, finalista do curso de medicina portuense:

> *A acquisição dos mais preciosos agentes pharmacologicos é devida a conhecimentos meramente impiricos. 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-cologia, 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*[141].

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[142]. 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

---

[139] Cf. «Indicações da Sangria». *Porto Médico.* 5.º Ano, n.º 11 (1908), p. 349-350.

[140] Cf. LENCASTRE, D. António de – «Notas clínicas: O condurango no tratamento do cancro». *A Medicina Contemporânea.* Ano IV (1886), p. 122-124.

[141] LIMA, António Augusto – *Indicações e contraindicações da extirpação do cancro.* Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870, p. 28.

[142] 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), p. 242-244.

ovariotomia realizada em Portugal tivesse lugar apenas em 1866, praticada por António Maria Barbosa, mas sem a obtenção do almejado sucesso[143].

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[144]. Confundido 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 cancróide 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*[145].

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 desapparecer, 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»[146].

Estas considerações relativas aos meios cirúrgicos utilizados no tratamento dos tumores visíveis, delimitados e acessíveis, estavam muito longe de serem aplicados aos órgãos

---

[143] Cf. BARBOSA, António Maria – *Nota sobre a ovariotomia, 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.

[144] Cf. SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura». *A Medicina Contemporânea.* Ano VII, n.º 27 (1889), p. 201-203, e SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura (continuação)». *A Medicina Contemporânea.* Ano VII, n.º 28 (1889), p. 209-210. E ainda MARTINS, J. T. de Sousa – «Explicações sobre ovariotomia. Acerca da primeira ovariotomia feita em Portugal. Acidentes da anestesia». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa.* (6 de Julho de 1889), p. 269.

[145] Cf «Revista Médica». *Archivo Universal.* N.º 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139.

[146] 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, p. 27.

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 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[147]. 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[148]. 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[149], após ter procedido à remoção de um tumor do ovário[150].

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 1.º 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*[151].

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

---

147 Cf. ACKERKNECHT, Erwin – *La médicine 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.

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

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

150 Cf. «Case of removal of an ovarian tumour». *The American Medical Intelligencer.* Vol. I, n.º 23 (1838), p. 409-411.

151 «Revista Médica». *Archivo Universal.* N.º 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28.

152 Cf. BARBOSA, António Maria – «Cancro encephaloide das partes molles do braço direito – amputação – cura». *Gazeta Médica de Lisboa.* T. III (1855), p. 21 e 57.

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[152]. 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[153]. 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[154].

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, tinham sido efectuadas mais de 20.000 cirurgias apenas nesse hospital[155]. 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 Bilroth 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 subtotal por cancro gástrico do piloro numa doente de 43 anos. No registo do cancro da mama, a introdução em 1894 da mastectomia radical por

---

[153] Foram três os artigos publicados na revista médica The Lancet, intitulados «*Illustrations of the antiseptic system of treatment in surgery*».

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

[155] Cf. WAGENSTEEN, O. H. – «Has medical history importance for surgeons?» *Surgery Gynecology & Obstetrics.* 140 (1975), p. 434.

William Halsted[156] permitiu aumentar a taxa de sucesso associada a este procedimento, sendo usado com resultados variáveis, 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 injecção 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*[157].

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 várias dissertações inaugurais nas escolas médicas portuguesas, 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:

> *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 Antonio, não possuem uma sala própria para operações! E só podemos attribuir 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*[158].

---

[156] 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), p. 1478-1479.

[157] *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 154.

[158] PIMENTA, António Coutinho de Araújo – *Asepsia e Antisepsia em cirurgia.* Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: Typographia de Pereira e Cunha, 1892, p. 70.

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, estabelecendo 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 referia 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 Röentgen 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 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 1.000 artigos científicos sobre o assunto. Contudo, faltava ainda adequar as doses e os procedimentos de segurança daquela que ficou conhecida na época como a Röentgenterapia. 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, inaugurando uma época de abordagens multidisciplinares. 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.

Da mesma maneira, e exceptuando os avanços cirúrgicos, as respostas médicas 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 relembrar 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»[159].

4. 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 surpreza[160].

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[161].

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.

---

[159] 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 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».

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

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

No que à medicina científica concerne, 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 sujeito como um todo, mas que era sempre visto como singular, próprio de cada um e indissociável do indivíduo. A doença podia-se manifestar localmente, mas constituía a súmula 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 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 classificá-lo como doença local mas de consequências sistémicas. Se até então era habitualmente considerado uma maleita do indivíduo no seu todo, em finais do século XIX a atenção tinha-se deslocado para as manifestações locais da doença, e ainda para as células cancerosas susceptíveis de constituírem a origem de novos crescimentos tumorais noutras regiões do corpo.

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

E se o pensamento médico dominante sobre a origem do cancro se foi 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, adentrando profundamente no século XX.

Desde a teoria celular de Virchow que se começa a falar do cancro como uma «loucura celular»[162], 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 enquanto mal terrível e quase sempre mortal. Os médicos reconheciam a doença, tentavam

[162] 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.

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[163].

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»[164], é de ressalvar 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 realizar qualquer tipo de abordagem cirúrgica 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 debilitaçoens de forças (...). No estado em que ao presente está, naõ admitte esta [cirurgia], pois allem de naõ concorrerem as condiçoens ditas, naõ está capaz pela debilidade do sujeito, senão a paleativa, com que paleando se va dilatando a vida por mais annos*[165].

Em 1741, no seu *Methodo facílimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro,* o cirurgião Anastácio da Nóbrega refere-se-lhe como sendo uma «(...) enfermidade tão fera, que à violência de sua fúria parece impossivel 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»[166].

---

[163] *«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, p. 181-182.

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

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

[166] NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facílimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro (...): dedicado ao*

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 sofrimento humano. As fases avançadas são descritas com o detalhe 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 altérão; e exprimem ao mesmo tempo a dôr fysica, e a deseperação; 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*[167].

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»*[168].

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

---

senhor Francisco Teixeira Torres, Medico da camera de Sua Magestade... Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741, p. 2.

[167] 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.

[168] 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, p. 32 e 33.

*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 vómitos 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*[169].

Os sintomas, por vezes vagos e negligenciados levavam ao alongar do problema, quantas vezes sintomaticamente silencioso, 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*):

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[170]*!*

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 accessos de suffocação ou por uma dyspnea violenta (…). A fome e, sobretudo, a sede torturam o doente, e apparece uma salivação muito

[169] CARVALHO, Silva – «Revista clinica. Cancro do esophago. Alimentação durante muitos dias por meio de clysteres». *A Medicina Contemporânea.* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 155.
[170] Poema traduzido e transcrito em DIAS, Maria Teresa Furtado – «O cancro do esófago e do estômago». *Boletim do IPO.* Vol 19, n.º 5 (1952), p. 10.

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 soffrimentos. (…) Depois de o cancro entrar em ulceração, a marcha da doença é geralmente rápida, e se algumas vezes apparece uma attenuação 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 (hemorrhagias, infecções bronchicas, pulmonares e pleuraes) não tardam a apparecer, tornando-se a morte imminente[171].

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 utilisar o tratamento médico de maneira a calmar a dôr e a levantar o estado moral»[172]. 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 attacada de uma-doença crónica para cuja cura o tempo concorre mais que as medicações, evitando sempre que dos seus lábios saia a pallavra incurável[173].

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»[174].

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 (...)»[175].

---

[171] ELIAS, António Duarte Lima – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto: 1902, p. 41-42.

[172] «Notas clinicas e therapeuticas. Tratamento médico dos tumores malignos da larynge». *Porto Médico*. 5.º Ano, n.º 9 (1908), p. 280.

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

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

[175] 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.

Na verdade, acontecia com o cancro o mesmo que se passava com a tuberculose, mas a matriz psicológica que a rodeava era substancialmente diferente, apesar do resultado final ser o mesmo. A marcha inicial, geralmente indolor e mais tarde 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 supérfulo descrever a moléstia ou sugerir qualquer tratamento»[176].

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[177]. 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, jornalista 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?»[178].

Na década de 30, altura em que a consciencialização da classe médica para o problema era já uma realidade, o sofrimento das fases terminais levava alguns clínicos a contemplar e até a propor a possibilidade da eutanásia, ressalvando a inexorabilidade de um sofrimento geralmente atroz: «Como fazer o diagnóstico precoz de tal doença que caladamente se instala, e caladamente progride, evolucionando com maior ou menor rapidez para uma fatal generalisação inaccessivel à terapêutica actual, e cujos quadros finaes explicam, e nos fazem respeitar, os civilizados que aprovam e defendem a eutanásia de alguns dos povos selvagens?»[179].

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»[180].

---

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

[177] Cf. «O cancro não é uma doença censurável». *A saúde*. N.º 103-104 (Abril de 1935), p. 2-3.

[178] 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, n.º 1 (1938), p. 8.

[179] BASTOS, Henrique – «O cancro da próstata». *A Medicina Contemporânea*. (III.ª Série). Ano LI, n.º 13 (26 de Março de 1933), p. 84.

[180] GENTIL, Francisco – «Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 20, n.º 2 (1948), p. 139.

A procura dos serviços médicos especializados, mesmo quando estes já existiam, eram propagandeados e funcionavam há 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 injecções 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*[181].

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 referência 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:

> *O cancro, hoje, dispondo 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 (…)»*[182].

Falta referir que a tuberculose adquiriu uma grande parte da sua aura «romântica» quando a metodologia higienista se mostrou eficaz no isolamento e dissemninação de

[181] »Uma entrevista ao Dr. Mário Vilhena». *Boletim do IPO.* Vol. 29, n.º 10 (1962), p. 6.

[182] NAMORA, Fernando – «O romantismo, o público e as doenças». *Boletim do IPO.* Vol. 30, n.º 3 (1963), p. 1-3.

muitos casos da então chamada 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*[183].

Os peritos da OMS reforçaram esta ideia um ano mais tarde, ao aludirem à 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 (…)»[184], doença que o tempo rotulou de incurável e à qual todos pretendiam 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 continuaram a ser invariavelmente os mesmos, ao afectado apenas restava 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, acabando 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.

---

[183] Palavras de Lima Basto in «Posse das Comissões do Núcleo do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 31, n.º 11 (1964), p. 5-6.

[184] «Os médicos não devem abandonar os casos de cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 32 (1965), p. 3.

Contudo, o nível de «especialização» de alguns santos em doenças particulares apenas atingiu um elevado grau de variedade e sofisticação no universo hagiológio católico.

Se bem que a frequência das doenças oncológicas ainda se pautasse pela relativa raridade até ao século XX, o medo e o sofrimento que despertava 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 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[185].

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[186].

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[187].

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[188].

---

[185] 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. 54, n.º 6 (2007), p. 264-273.

[186] Cf. FREY, E. F. – «Saints in medical history». *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae Amsterdam.* Vol. 14, n.º 1 (*1979), p.* 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.

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

[188] 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, p. 30-31.

Em paridade com a evidente apologia da santidade da visada, estes actos repulsivos e antinaturais 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 almoleimas» (ou almorreimas), mostrando a habitual filiação doença/santo protector, tão característica do cristianismo católico[189]. 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 Laziozi 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 doença[190]. 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[191], 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 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 deste mal, senão a par-

---

[189] Cf. o manuscrito setecentista anónimo da BPMP n.º 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), p. 199-201, e ainda o catálogo do padre oratoriano CARDOSO, Luis – *Receita Universal ou Breve Noticia dos Santos Especiais Advogados contra os achaques, doenças, perigos e infortúnios, a que ordinariamente vive sugeita a natureza humana.* Lisboa Occidental: na officina de Joseph António da Sylva, 1727.

[190] 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.* N.º 16 (5 de Abril de 1951), p. 129-130.

[191] Alguns historiadores acreditam que Laziozi 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), p. 824-827.

tir 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 atribuimos e que nos é familiar.

Um outro dado revelador do reduzido 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 intuitos 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[192].

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 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, Biett, Lenoble, Gluge, Valentin e Vogel, não obtiveram senão resultados completamente negativos. Por esta razão, no século XVIII e maior parte do XIX, a

[192] Cf. um destes raros exemplos na obra do pintor renascentista Ambrosious 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), p. 115-116.

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[193], 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.

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 especializado 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 de tratamento. A população local, temendo a contagiosidade da doença, acabou por forçar o encerramento da instituição[194].

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.

---

[193] Cf. esta tendência dominante em «Cancer», in *Dictionaire de Médicine*. (2.ª ed.) Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C.ª., 1834, p. 313.

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

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 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 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. 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 (quadro 1).

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

1.º – 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;
2.º – Admitir os doentes em que a operação parece dever procurar alívio, melhoras ou cura;
3.º – Criar consultas externas para todos os casos susceptiveis de serem tratados sem hospitalização;
4.º – Arquivar as observações de todos os doentes e permitir seja a quem fôr utilizar os documentos científicos desta maneira acumulados;
5.º – Tentar, quando dêem garantias suficientes de inocuidade, os novos métodos de tratamento;
6.º – 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 doentes que ocupavam o andar superior do edifício principal, tinham apenas 26 camas. O serviço produziu poucos médicos especializados em cancerologia, apesar de ter permitido reunir

num único local vários casos, melhorando desta forma a formação dos clínicos sobre a então rara doença[195].

Esta experiência pioneira, que encontrará paralelo nos centros anticancerosos 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 ponto de vista social. Bastará referir que os meios curativos não evoluíram e o pessimismo mantinha a sua tónica 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 as outras glândulas estão já engorgitadas e se a massa do sangue está infectada pelo vicio canceroso (...)*[196].

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, realizadas por um dos membros da instituição[197].

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, passaram a ser encarados como locais para os doentes sem família, igualmente necessários no caso das doenças contagiosas ou incomuns, 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 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.

---

[195] 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 medicine. Paris: 1906, p. 11 e seguintes.

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

[197] 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.

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»[198] 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[199], 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 despertos 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. Não faltaram livros, folhetos e jornais médicos contendo variados artigos relativos a essa temática, adjuvados por toda uma plêiade de estudos epidemiológicos acerca das epidemias, fossem elas de tifo exantemático, febre tifóide, cólera ou febre-amarela, enfermidades contagiosas que regularmente faziam a sua visita ao território continental português[200].

O Estado pareceu acompanhar de forma próxima o higienismo enquanto tendência que enformava o corpo médico, 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[201], mas o cumprimento das medidas sanitárias e de higiene colectiva legalmente

---

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

[199] 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 expèrimentale.* Paris: 1865.

[200] 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 p. 403-411.

[201] 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

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.

Nesta perspectiva, o tratamento do cancro raramente se veria enquadrado neste movimento, acomodando-se com maior propriedade num registo de apoio meramente caritativo. O exemplo mais próximo desta concepção foi o do «Calvaire de Paris», fundado em 1874, onde, dia e noite, o espírito altruísta de várias viúvas era colocado à disposição dos doentes acometidos de cancro numa fase terminal[202].

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[203].

A procura foi 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 que padecessem dessa enfermidade. No espaço de 10 anos a 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 pudessem produzir novos e mais eficientes métodos de tratamento. Basicamente, os doentes eram tratados de forma indiferenciada e palia-

---

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 n.º 347 de *O Médico* (1958).

[202] Cf. BOUQUET, Henry – «Cancer et civilisation. L´Oeuvre du Calvaire». *Le Monde medical* (1924), p. 417-421.

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

tiva 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 tópica 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 Glasgow, nenhum deles sobreviveu à morte do seu fundador respectivo[204]. 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.

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, numa altura em que 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 muito 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 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 cancrosas», mas não mais do que isso. Há ainda a considerar que existissem diagnósticos de cancro frequentemente incorrectos, confundidos com úlceras cutâneas, chagas sifilíticas 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 cor-

[204] 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, p. 225-226.

recto diagnóstico, por exemplo, do cancro do útero, do estômago[205] ou do ovário[206], com sintomas por vezes semelhantes ou sobreponíveis a outras patologias não cancerosas. Habitualmente, a confirmação do diagnóstico inicial era feita apenas *a posterori*, 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, e ressalvando as devidas diferenças entre o número de médicos formados por ambos países, refira-se que para as duas Escolas Médico-Cirúrgicas portuguesas conhecem-se 60 teses inaugurais publicadas sobre cancro entre 1826 e 1909[207], 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[208].

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 era raro o próprio canceroso rejeitar 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 sido muito comum e disseminado tanto no Portugal rural quanto no citadino dos séculos XVII e XVIII[209]. E pelo que

---

[205] Cf. BARBA, Geraldes – «Um caso de cancro do estomago». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI (1888), p. 186-188 e ainda GALRÃO, Carlos – «O diagnóstico do cancro». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI, n.º 29 (1888), p. 231-233; GALRÃO, Carlos – «O diagnóstico do cancro (continuação)». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI, n.º 30 (1888), p. 239-241.

[206] Cf. MAIA, Azevedo – «Tumor ovarico. Operação». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI, n.º 6 (1888), p. 78-82, e ainda SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VII, n.º 27 (1889), p. 201-203, e SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura (continuação)». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VII, n.º 28 (1889), p. 209-210.

[207] Cf. os quadros 9 e 10.

[208] 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.* N.º 29. Fontenay-sur-Bois (1978), p. 349-364.

[209] 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».

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[210], 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 (…)»[211]. 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 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*[212].

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:

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Vol. 11 (suplem. 1) (2004), p. 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.

[210] 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 flagicios, ignorancia e imposturas dos charlatães e curandeiros, dos seus protectores e apaixonados.* Lisboa: 1840, e *idem – O clamor contra os flagicios, audacia e impostura dos charlatães e dos curandeiros: modo de os poder conter, reprimir e anniquilar.* Lisboa: Typografia de V. J. de Castro & Irmão, 1848.

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

[212] *Gazeta de Lisboa.* N.º 43 (1832), p. 222.

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 difficuldade[213]*. (…) 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*[214]*.*

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[215], eles mantiveram-se como parte não menosprezável das opções do público pelo adentrar 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[216]*.*

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 I.ª 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.

---

[213] SIMÕES, A. Filipe – «Juizo definitivo de Vriés e do tratamento secreto do cancro». In *O Instituto, Jornal Scientífico 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).

[214] SIMÕES, A. Filipe – «Noticiario. Ainda o tratamento do cancro». In *O Instituto, Jornal Scientífico e Literario.* Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 61-62.

[215] 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.

[216] *Diário do Senado.* Sessão n.º 18, de 29 de Novembro de 1911, p. 13-14.

De facto, a mobilização social até finais do século XIX manteve-se praticamente a mesma que sempre foi perante qualquer doença de natureza não epidémica. Se algum interesse houve, foi proveniente de alguns 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, 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 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.

5. 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 scientifica, mas a salvação do mundo»[217].

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

[217] PEIXOTO, Afrânio – «Luta contra o cancro». *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea.* (III.ª Série) Ano LIII, n.º 25 (23 de Junho de 1935), p. 200.

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[218]. Contudo, a partir de meados do século XIX, a apreensão relativa à sua aparente progressão 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 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 país.

Apesar das múltiplas incertezas ainda existentes, aos olhos de muitos 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 con-

[218] Cf. SILVA, Júlio Joaquim da Costa Rodrigues da – «O Imaginário Social das Epidemias em Portugal no Século XIX». *Lusíada*. Série II, n.º 1 (2004), p. 95-125.

ceito 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 enfermidade.

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, bem como 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[219]. O mesmo sucedia com Ricardo Jorge, que também não se escusou de ver no cientista francês a pedra basilar da medicina moderna[220].

Aqueles poucos médicos portugueses que por esta altura se dedicaram a esta doença, 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

---

[219] Cf. BOMBARDA, Miguel – «Pasteur». *A Medicina Contemporânea.* (I.ª Série) Ano XIII, n.º 40 (1895), p. 313-323, e MARTINS, J. T. 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. 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.* (I.ª Série) Ano XIII. (1895), p. 349-351.

[220] 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: Portugália, 1923.

malignidade»[221], ou ainda, como Silva Carvalho pretendeu demonstrar, que era «(...) perfeita a analogia da infecção cancerosa com as doenças chamadas infecciosas, que por outras razões muito diferentes chegamos, supomos nós, a provar»[222].

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 investigador 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»[223]. 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 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 dessas afecções. Com base nas experiências que realizou em 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[224].

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[225], permanecia um certo sentido de expectativa no progresso da 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 micro-

---

[221] D. António de Lencastre cit. por Silva Carvalho, in *A Medicina Contemporânea.* (I.ª Série) Ano V, n.º 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51.

[222] Cf. CARVALHO, Silva – «A infecção cancerosa». *A Medicina Contemporânea.* (I.ª Série) Ano V, n.º 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51 e seguintes.

[223] «O microbio do câncer». (I.ª Série) Ano V. *A Medicina Contemporânea.* (1887), p. 86-87.

[224] Cf. «Os microbios dos tumores malignos». (I.ª Série) Ano V. *A Medicina Contemporânea.* (1887), p. 403-404.

[225] 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 sanitarista 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.

bianas 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 França[226] 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*[227].

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 oncológicos, não só na última década do século XIX, mas também nos primeiros anos do século XX. Um desses exemplos pode ser encontrado na dissertação inaugural de José da Rocha, datada de 1904:

> *Emfim, para mim, é crença que a bacteriologia decidirá em breve que o primun movens d'esta affecção, esse mysterioso factor que determina tumefações 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 extermínio*[228].

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

---

[226] 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.

[227] 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.

[228] ROCHA, José da – *Breve estudo sobre lymphadenoma*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904, p. 50.

médicos franceses[229]. 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[230].

Também o 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[231]. Postas em causa por todos os oradores do congresso, a seu tempo as doutrinas de Doyen acabariam por ser rejeitadas, pelo simples 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, que dele fez actualizações sucessivas, chegando mesmo a justificar artigos de alguns médicos portugueses mais interessados no desenrolar do episódio[232]. 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[233], pressagiando o fim da vacina anticancerosa preconizada por Doyen, mas não a ideia global que presidia à hipótese da teoria parasitária.

Com efeito, foram muitos 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 nalguns casos só muito tarde a abandonaram, o que em alguns deles nunca chegou sequer a acontecer. Como Marck Athias constataria em

---

229 Cf. «Haverá casas cancerosas?» *Porto Médico.* 4.º Ano, n.º 11 (1907), p. 352.

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

231 Cf. «XVII Congresso francez de Cirurgia».*Porto Médico.* 1.º Ano, n.º 8 (1904) p. 303-304.

232 Cf. MATTOS, Álvaro – «Contribuição para o estudo do microbio de Doyen». *Movimento Médico.* (1 de Abril de 1905).

233 Cf. KARWACKI, Léon – *Résultats de l'immunisation active contre le micrococcus Doyeni dans le cas de néoplasmes malins.* In *Porto Médico.* 3.º Ano, n.º 4 (1906), p. 127.

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 Komitte für Krebsforschung, instituiu a luta anti-cancerosa, depois de ter feito no seu país um recenseamento dos cancerosos referente ao ano anterior*[234].

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[235].

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 morta e enterrada[236]. 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[237].

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 como Roswell Park, Leyden, Paul Ehrlich, Vincenz Czerny ou o microbiologista Metchnikoff, entre outros, todos sugeriam teorias infecciosas

---

[234] 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, n.º 1 (1930), p. 106-107.

[235] Cf. a sentença proferida pelo Tribunal de Acidentes de Trabalho de Lisboa em «Doença profissionais. Tumor maligno». *Arquivo do Enfermeiro.* N.º 4 (Janeiro de 1926), p. 55-56.

[236] Cf. a hipóteses de um «ultra-micróbio» causador do cancro era defendida pelo médico francês Darmendrail, in *Boletim do IPO.* Vol. 17, n.º 4 (1950), p. 4.

[237] 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, n.º 9 (1962), p. 3-5.

sobre o cancro. No congresso internacional de cirurgia de Bruxelas em 1908, Roswell Park afirmava sem rebuço 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 pelo fogo. As habitações (dos doentes) devem ser desinfectadas a fundo, no curso da doença e após a morte»[238].

Entretanto, Claudius Regaud[239], 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 gérmen canceroso não se esvaiu tão depressa da mentalidade colectiva, mais ainda quando em 1911 o norte-americano Peyton Rous[240] 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[241]. Em 1930, no decurso de uma hipótese estabelecida sobre um conjunto de factos de ordem experimental e clínica, Léon

---

[238] PARK, Roswell – *The nature of Cancerous Process.* II Congrès de la Société internationale de Chirurgie. Bruxelles: 1908, p. 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.

[239] 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.

[240] Investigador do Instituto Rockefeller em Nova Iorque, 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), p. 737-739.

[241] Sobre os trabalhos de Johanes Andreasa Gibb Fibiger, veja-se MAISIN, J. – *Cancer, Radiations, Virus, Environnement.* T. II. Paris: 1949, p. 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 mostrou conclusiva, mas mesmo assim foi-lhe atribuído o Prémio Nobel da Medicina em 1926 por este estudo.

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[242].

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.

Apesar disso, rapidamente se firmava a ideia que esta doença representava 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 sua inexorabilidade, 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[243], ou até de Joaquim Urbano na sua «guerra aos ratos», espelham bem o uso deste tipo de linguagem.

Ao mesmo tempo que «A sífilis vai invadindo a sociedade, derruindo e desorganizando gerações sucessivas, esfacelando a sólida organização dos lares»[244], também a tuberculose continuava a manter a sua egrégia letalidade. Mas era o cancro, aquele que se tornaria 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 controlo das patologias sociais. Em meados dos anos 20, já ninguém duvidava que a «sífilis é uma doença

---

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

[243] 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 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.

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

social»[245], que tal como a tuberculose e o cancro, constituíam «os três grandes flagelos da humanidade»[246].

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 evitabilidade que o discurso médico conferia às condições de morbilidade determinantes da eventual situação cancerosa.

A sua caracterização como problema social fez-se a partir do momento em que se tornou mais claro o incremento da incidência, do 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 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»[247].

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 desenvolvidas pelos Estados modernos no decurso do século XIX.

No devir da preocupação médica, os primeiros estudos epidemiológicos de fôlego sobre a morbilidade 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

[245] TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926, p. 19.
[246] TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926, p. 20.
[247] 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, p. 295.

coerente e fiável, que incluíam mesmo os achados patológicos que resultavam das autópsias efectuadas. Da Europa aos EUA, passando pela América do Sul 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. A quantidade de países em que estes relatórios se publicaram é francamente alargada, tendo-nos sido possível verificar a existência de estudos muito semelhantes, tanto nos métodos como nos objectivos, na Alemanha, Brasil[248], Espanha, EUA, Hungria, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Portugal e Suécia.

Em certa medida, a classe médica utilizou 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 já antiga, mas emergente e de frequência inusitada nos tempos modernos. Mais do que promover um amplo debate científico sobre a validade destes estudos, assistiu-se à firme 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 autodenominado 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

[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, n.º 3 (1904), p. 229-232.

[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, p. 694-698.

(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 sanitarista 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 ressalvarem frequências distintas para os diversos tipos de cancro, algumas variações significativas na sua 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 pormenorisada 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 apparente, a todos preocupa porque o cancro e a tuberculose são, indubitavelmente, os dois mais terriveis 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].

---

[251] Cf. SOCIÉTÉ DES NATIONS – *L'Organisation d'Hygiène.* Genève: Section d'information de L'Organisation d'Hygiène, 1931, p. 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, p. 40-47.

[252] D´ALMEIDA, Thiago – «O cancro em Vianna do Castelo». *Porto Médico.* 1.º Ano, n.º 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 & Irmäo, 1907, p. V.

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 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, incutindo de seguida uma dimensão profiláctica muito acentuada:

> *O cancro, horrivel 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.

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 anticancerosos, 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 medi-

---

[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, n.º 1 (1934), p. 16.

cina. Em paridade, fundaram-se comissões particulares de luta anticancerosa, 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 (quadro 2).

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

Ano de fundação	Instituição	País
1900	*Deutsches Komitee für Krebsforschung*	Alemanha
1902	*Imperial Cancer Research Fund*	Grã-Bretanha
1907	*American Association of Cancer Research*	EUA
1908	*Fundação japonesa para a pesquisa sobre o cancro*	Japão
1909	*Comité Central para el Estudio del Cáncer*	Espanha
1910	*Sociedade sueca contra o cancro*	Suécia
1913	*The Netherlands Cancer Institute*	Holanda
1920	*Institut du Cancer (Paris)*	França
1923	*Instituto Português para o Estudo do Cancro*	Portugal
1925	*Institut du Cancer (Lovaina)*	Bélgica
1927	*Sociedade Jugoslava para Estudo do Cancro*	Jugoslávia
1929	*Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho*	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 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. Na sessão de 7 de Fevereiro de 1914 da *Sociedade das Sciencias 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, 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 em matéria de luta anticancerosa, traçando um quadro deveras preocupante, ressalvando 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[256].

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 lucta 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 possivel»[257].

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 res-

[256] Cf. *O papel da imprensa portuguesa na luta contra o cancro*, entrevista a João Marques dos Santos no *Diário da Noticias*, 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, p. 37-45.

[257] BASTOS, Henrique – «O cancro da próstata». *A Medicina Contemporânea.* (III.ª Série) Ano LI, n.º 13 (26 de Março de 1933), p. 83-84.

ponsabilidades 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 para a saúde e a existência de todas as raças»[258]. 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[259]. 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.

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

---

[258] Frederick L. Hoffman, citado no Decreto n.º 9.333 do *Diário do Governo*. N.º 278, I.ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

[259] 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.* Paris, Lisboa: Liv. Aillaud & Bertrand, 1929.

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»[260]. Ainda no programa do II.º Congresso Internacional de Luta Científica e Social Contra o Cancro, realizado em Bruxelas no ano de 1936, uma das subsecções 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[261].

O determinismo do discurso médico nas políticas anticancerosas é incontornável, e os exemplos são múltiplos e variados. As solicitações são feitas ao mais alto nivel, 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

[260] Vejam-se as conclusões do médico catalão in *A Medicina Contemporânea.* (III.ª Série) Ano LIII, n.º 22 (2 de Junho de 1935), p. 176.

[261] Cf. o programa deste congresso em «Congressos». *A Medicina Contemporânea.* (III.ª Série) Ano LIV, n.º 17 (26 de Abril de 1936), p. 135-136.

todos os esforços mundiais na luta contra a doença, lembrando a utilidade de um comité internacional[262].

Apesar do destaque dado ao carácter universal e específico da doença como determinante no despertar dos poderes públicos[263], 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 diversas 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 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[264], 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

---

[262] 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*. 5.º Ano, n.º 9 (Setembro de 1908), p. 294-295.

[263] 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 distinguia 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*. N.º 11/12 (2004), p. 193.

[264] 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.

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 Iorque, 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.

Em contraste directo com as doenças infecciosas, total ou parcialmente controláveis pelo recurso a medidas profilácticas, 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 cancerisação[265].

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 especificas, mas pelas preocupações geraes de higiene... O cancer também será assim»[266].

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 2.ª Guerra Mundial, 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.

---

[265] GENTIL, Francisco – «O cancro e o tabaco» *A Saude*. N.º 27 (Fevereiro de 1932), p. 1-3.

[266] 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*. (III.ª Série) Ano LIII, n.º 25 (23 de Junho de 1935), p. 201.

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 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.

CAPÍTULO II

O DESAFIO DO MEDO E O TEMPO DE DESPERTAR

1. HIGIENISMO E MEDICINA EM PORTUGAL NOS ALVORES 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»[267].

J. P. MILLER GUERRA

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-2.ª 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 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 offerece ainda a nossa organisação 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 diphterico. (…) 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[268].

---

[267] 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, n.º 6 (Junho 1969), p. 757.

[268] 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, p. 380.

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»[269]. Isto não significa que as portas entretanto abertas pelo higienismo e 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 (veja-se o quadro 3):

> *O Hospital de S. José é em geral o centro para onde converjem 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 sugeitos 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*[270].

Quando muito, poderia haver uma ou outra referência esporádica a uma doente com *scirro* da glândula mamária, considerada nesse 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 doença oncológica. O mesmo sucede na *Estatistica pathologica das enfermidades dos hospitaes da Universidade de Coimbra* no primeiro trimestre de 1859[271]. A raridade da doença também pode ser depreendida da estatística do termalismo, terapia então muito em voga: das afecções dos 1200 utentes dos «Banhos do Luso» em 1858, apenas 2

---

[269] 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, p. 294.

[270] «Revista Médica». *Archivo Universal.* N.º 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28.

[271] Cf. a «Estatistica pathologica das enfermidades dos hospitaes da Universidade de Coimbra, desde o 1.º até ao 31 de Março de 1859». In *O Instituto, Jornal Scientífico e Literario.* Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 46.

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

Patologias	N.º total de casos	N.º 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.

figuram como doentes cancerosos, ou seja, cerca de 0,1% dos banhistas[272]. Tendo em atenção estes dados, 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 *American Medical Intelligencer*[273], 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 seme-

[272] Cf. «Estatistica Medica dos Banhos do Luso em 1858». In *O Instituto, Jornal Scientífico e Literario.* Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 81-82.

[273] Cf. «Statistics of Sexual Diseases and Cancer in Females». *The American Medical Intelligencer.* Vol. I, N.º 18 (1837), p. 343.

lhantes. Seria Portugal um país tão diferente das demais realidades europeias na frequência da doença oncológica?

Afinal, qual é o lugar do cancro em Portugal no último quartel de oitocentos? Com efeito, a classe médica ainda a via como uma doença 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 cirurgias[274] 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 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[275], seguidas de perto pelos cancros do lábio[276], e por fim, da língua[277]. Estes dois últimos tipos 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*[278].

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[279], a verdade é que a estatística sanitária entretanto publicada

---

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

[275] Cf. o *Archivo Universal.* N.º 4 (25 de Janeiro de 1859), p. 58; N.º 14 (4 de Abril de 1859), p. 219; N.º 16 (18 de abril de 1859), p. 251; N.º 18 (2 de Maio de 1859), p. 284; N.º 22 (6 de Junho de 1859) p. 363; N.º 23 (20 de Junho de 1859), p. 395.

[276] Cf o *Archivo Universal.* N.º 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28; N.º 7 (14 de Fevereiro de 1859) p. 108; N.º 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139; N.º 21 (23 de Maio de 1859), p. 332;

[277] Cf o *Archivo Universal.* N.º 10 (7 de Março de 1859), p. 156.

[278] *Archivo Universal.* N.º 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139.

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

se encontra enviesada pela ausência ou escassez de dados específicos sobre a doença oncológica, bem como pelo número elevadíssimo de óbitos registados com causa indeterminada. Existem dados fraccionados para Lisboa, Porto e Coimbra entre 1883 e 1886, publicados por Maximiano Lemos[280], 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[281]. Com esta peia vêem-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 olisiponense (gráfico 1).

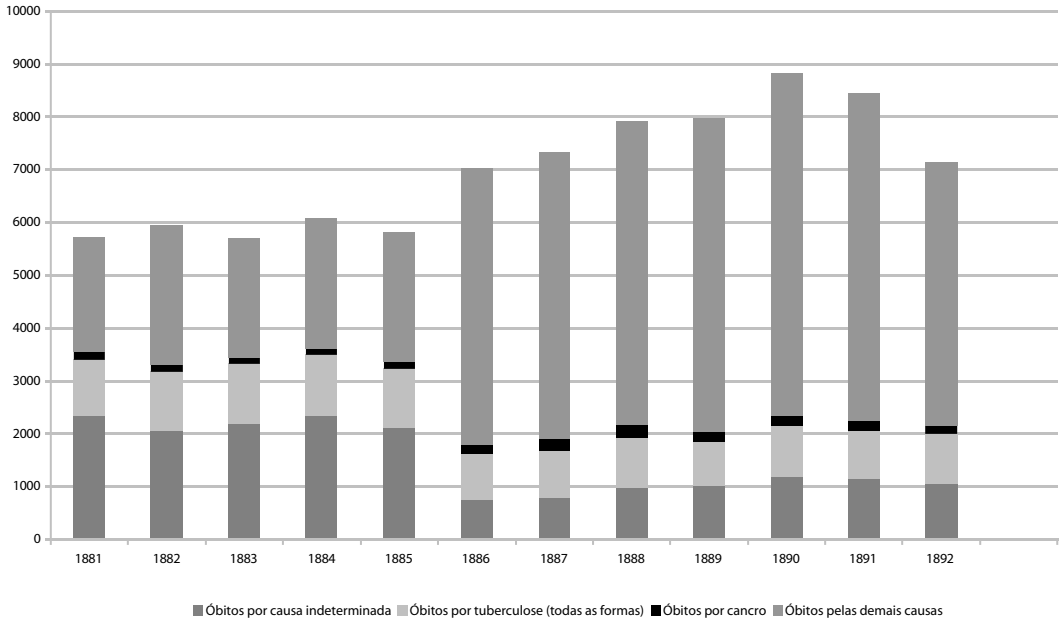
O gráfico 1, apesar de estar propositadamente elaborado para comparar visualmente o cancro com a tuberculose (a primeira causa de morte na altura), mostra igualmente a fraca fiabilidade das estatísticas apresentadas, pelo volume muito significativo de óbitos por causa indeterminada, o que revela o pouco 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.

---

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

[281] Cf. 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. (I.ª Série) Ano X (1892), por serem mais completos, diferindo quantitativamente em relação aos do *Boletim Demográfico*. Nota: não existem dados para a 38.ª semana de 1888, e ainda para a 13.ª, 14.ª, 22.ª e 38.ª semana de 1892.

* Esta mortalidade geral corresponde aos 44 tipos 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.

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[282].

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,

[282] Cf. CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos.* Porto: Livraria Chardron, 1916, p. 308-309.

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 doentes com cancro para as cartas estatísticas, o Porto também apresentava valores crescentes[283]. Globalmente, a doença começava a destacar-se em todo o território, o que ficaria mais tarde provado pelo primeiro estudo estatístico oncológico realizado em Portugal 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[284]. Os resultados assustavam: de todos os casos obtidos na observação clínica, 90% morreram no mesmo ano.

Os picos de mortalidade causada pelas diferentes crises epidémicas que ao longo de todo o século XIX, e sobretudo na sua 2.ª 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[285], ao passo que outra tomará progressivamente o seu lugar. Despontando entre os antigos flagelos, o cancro começava a destacar-se.

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[286]; não existia nenhum estabelecimento hospitalar público ou privado que se dedicasse de forma exclusiva ao tratamento dos doentes com cancro.

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 oito-

---

[283] Cf. o *Boletim Mensal da Estatística Sanitária.* Porto: Serviço Municipal de Saúde e Hygiene, 1893 a 1901.

[284] Cf. NEVES, Azevedo – «O cancro em Portugal». *A Medicina Contemporânea.* (II.ª Série) Ano XXIV, n.º 50 e 51 (1906), p. 393-401.

[285] 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), p. 269-294. Sobre as crises epidémicas em Portugal na 2.ª 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.

[286] 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, p. 319-328.

centos. 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*[287].

De um modo paralelo, a estruturação das políticas sanitárias acompanhavam as políticas sociais, mas foi na 2.ª metade do século XIX que as preocupações higienistas assumiram uma dimensão mais relevante na política de saúde portuguesa[288].

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[289]. 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»[290].

---

[287] 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.

[288] Sobre a importância do higienismo na política sanitária veja-se 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.* Vol. 7 (2006), p. 181-195.

[289] Cf. o *Boletim dos Seviços 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.

[290] Promulgada em 1899, esta reforma apenas foi regulamentada em 1901, tendo entrado em funcionamento no ano de 1903.

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.

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;…»[291].

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[292].

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

[291] Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino.* N.º 1 (1902) p. 3.

[292] Assim se pode ler no art.º 3, n.º 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».

reconhecia o atraso português em matéria sanitária face a outros países[293]. A assistência pública atravessava um mau momento, claramente 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»[294].

É com este pano de fundo que através do Decreto n.º 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»[295]. 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, «A reforma de 1926 engendrou burocratas e, de um modo geral, maus burocratas, quando eram necessários sanitaristas»[296].

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

---

[293] 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, onde hoje se encontram magníficas instituições que são para nós outras verdadeiras maravilhas»*, in Decreto n.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926.

[294] Decreto n.º 11.998, de 31 de Julho de 1926. *Diário de Governo.* II.ª Série (31 de Julho de 1926), p. 898-899.

[295] «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 n.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926. *Boletim dos Serviços Sanitários.* N.º 8 (1931).

[296] Discurso de Trigo de Negreiros, in «Podemos encarar com confiança e optimismo o futuro da Saúde Pública em Portugal». *Boletim da Assistência Social.* Ano 6.º, n.º 62 a 64 (Abril a Junho 1948), p. 5.

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*[297].

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 «(...) Preventório, do Dispensário e da Enfermeira visitadora»[298]. 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

---

[297] LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene.* Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 35.
[298] Cf. LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene.* Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 31.

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[299].

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).

Quadro 4: Permilagem da mortalidade global hospitalar por doença em dois hospitais

	Hospital de S. 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 resistência vital, das aptidões da capacidade physica, do trabalho do povo portuguez e

[299] Cf. CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra.* Coimbra: 1937, p. 158-159.

que só podem ser colhidos mediante inquéritos feitos pelo governo, ou entidades particulares, ajudadas por elle»[300].

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 compreensivel 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…»[301].

Da totalidade de óbitos registados para o período acima referido (1916-25), é de assinalar a média de 1.777,8 óbitos anuais por doença 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, provavelmente superior, quando verificamos cifras elevadíssimas de causas indeterminadas e doenças não especificadas.

De facto, o cancro não era doença de declaração obrigatória, sendo por vezes confundido com outras enfermidades. 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).

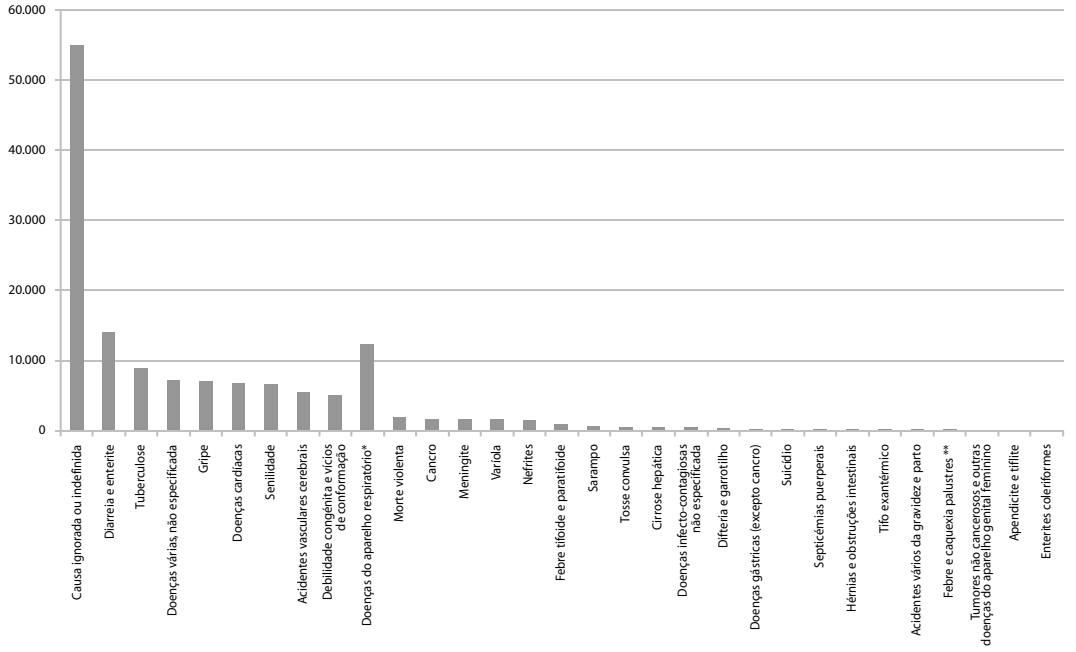
Com efeito, quando a partir dos anos 30 a percentagem de óbitos de causa ignorada baixa brutalmente, dos 38,6% (1916-1925) para 8,8% (1930-1933), é apenas a partir daí que passamos a ter uma imagem muito mais completa, fiável, mas ainda mais preocupante sobre o problema do cancro. Neste aspecto, a informação 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

[300] CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos.* Porto: Livraria Chardron, 1916, p. 245.

[301] CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra.* Coimbra: 1937, p. 193.

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, p. 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.

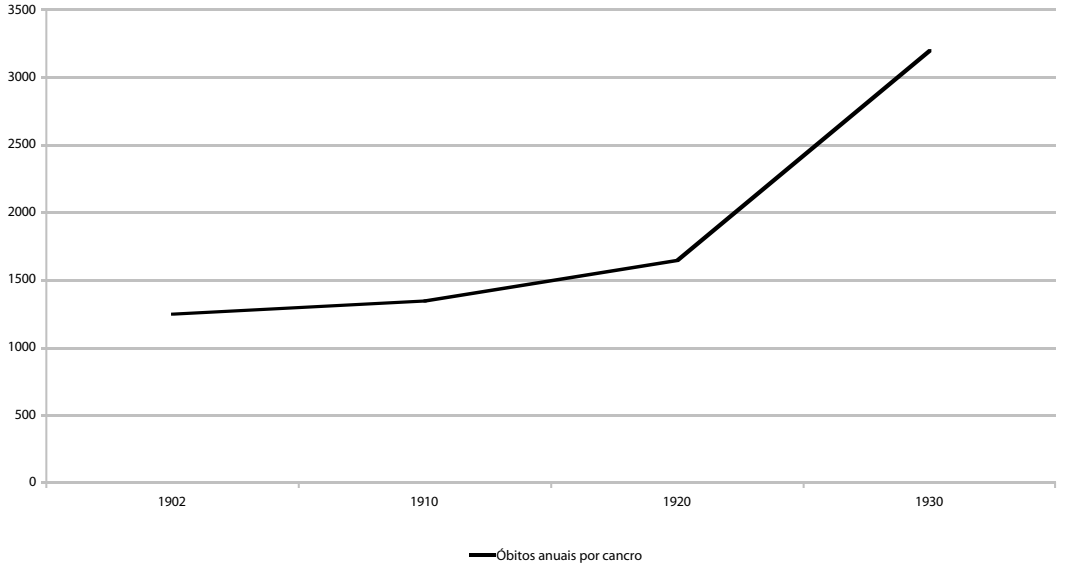
* Inclui pneumonias, bronquites agudas e crónicas, e outras doenças do aparelho respiratório.
** Inclui o sezonismo (malária)

doença oncológica em Portugal, tanto mais que a esmagadora maioria dos dados sobre esses óbitos eram provenientes desse estabelecimento hospitalar (veja-se o gráfico 3).

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 uma das principais bases em que incidiria a sua actividade inicial. Organizado por Florentino da

Gráfico 3: Número de mortes anuais por cancro em Portugal (1902-1930)



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.

Costa Ramos, que entretanto estagiara no Instituto Gustave Roussy de Paris, tornou-se um instrumento indispensável para a avaliação e aferição dos caminhos a empreender na luta contra o cancro[302]. 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 (veja-se o quadro 5):

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.
2) Eram as mulheres que contribuiam 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 anticancerosa começava a obter

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.

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 doentes 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	≈1,6	≈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 com sífilis tratados nos hospitais civis e militares (1930-1933)

	1930	1931	1932	1933
Sifilíticos 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 com tuberculose 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 enfermidade 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[303], que se revestia de todo o interesse para os higienistas; ou ainda outra sobre cancro e higiene na I.ª Semana Portuguesa de Higiene em 1931[304], onde ressalvava 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 sanitarista em vigor. Perante a insuficiência dos meios terapêuticos colocados à disposição, e na senda da luta antituberculosa, 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 geraes de higiene, não específicos, combate à tuberculose? Como se lutará contra o cancer? Primeiro, o diagnóstico, o diagnóstico precoce. Reconhecer em tempo o cancer é quasi sempre poder curá-lo*[305].

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

[302] Cf. RAMOS, F. da Costa – «Oncologia e Estatística». *Arquivo de Patologia*. Vol. 27, n.º 1 (1955), p. 29-47.
[303] Cf. o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. N.º 6 (Junho de 1928).
[304] Veja-se a este respeito CORREIA, F. da Silva – *Relatório da Semana de Higiene*. 1931.
[305] PEIXOTO, Afrânio – «Luta contra o cancro». *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LIII, n.º 25 (23 de Junho de 1935) p. 201.

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:

> *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; supprimindo precocemente um foco neoplasico, o doente é libertado d'uma infecção que mais tarde poderia ser irremediavel, e as pessoas que o cercam ficam também livres dos perigos que d'essa infecção lhes poderiam advir*[306].

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[307]. 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 destrinça 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[308]. Também era habitual fazer-se a o diagnóstico correcto apenas em situação intra-operatória, dadas as limitações do próprio processo de diagnose radiológica[309]. 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

---

[306] LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento.* Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmäo, 1907, p. 457.

[307] Cf. COELHO, Sabino – «A propósito da tuberculose e do cancro do colo uterino. (Á memória de Sousa Martins)». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLIX, n.º 47 (22 de Novembro de 1931), p. 420-423.

[308] 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* (III.ª Série). Ano XLIX, n.º 9 (1 de Março de 1931), p. 73-76.

[309] Cf. GENTIL, Francisco – «Sobre o diagnóstico de tumores abdominais (Apontamentos de Patologia)». *Lisboa Médica.* Vol. 2, n.º 1 (1925), p. 1-15.

pelos higienistas portugueses como «verdadeiros índices de falta de civilização ou de conveniente assistência»[310], as doenças acima referidas resumiam sintéticamente 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[311], 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 investimento público no combate específico da doença oncológica[312]. Conquanto os dados oficiais ainda o contradissessem, 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 quem urgia 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 tôda 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»[313].

---

[310] CORREIA, F. da Silva – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo. Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra.* Coimbra: 1937, p. 290.

[311] 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 n.º 13, em 20 de Dezembro de 1911, p. 8.

[312] 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.

[313] 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.

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 sociopolítica 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.

2. DISCURSO MÉDICO, 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 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 pormenorisada n'um ramo importante da patologia nacional[314].

THIAGO D'ALMEIDA, 1904

No dealbar do século XX, a frequência da doença oncológica na prática médica portuguesa tomava quase foros de certa rotinidade. Desde o início da sua formação enquanto alunos das escolas médico-cirúrgicas, passando pela prática diária nos lugares mais recônditos do território nacional, o diagnóstico do cancro assumia cada vez mais um lugar de destaque na vida clínica de grande parte dos médicos. Era um evento mórbido, que mesmo sem comprovação estatística estava presente na vida do clínico, fosse o facultativo da província ou o especialista sediado no meio urbano, do médico privado 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.

2.1. Produção científica sobre cancerologia na segunda metade de oitocentos. O caso das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto

Em termos de investigação médica portuguesa, quase nada se fizera de cientificamente assinalável antes dos primeiros anos do século XX. Os artigos científicos publicados

[314] D´ALMEIDA, Thiago – «O cancro em Vianna do Castelo». *Porto Médico*. 1.º Ano, n.º 5 (1904), p. 196.

eram muito escassos, ressalvando-se apenas o caso de António Maria Barbosa, médico do Hospital de São José 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 casos clínicos passíveis de ser abordados com recurso ao tradicional canivete[315]. Mesmo assim, estes artigos são o resultado da raridade da afecção, razão que levou o autor a dedicar-lhes 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 existem já algumas dissertações inaugurais e teses de doutoramento que se debruçaram sobre temas de cancerologia, se bem que de modo ainda bastante limitado e até incipiente, num universo que superava os 2.500 títulos[316] para as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto.

O primeiro trabalho que de algum modo poderíamos apodar de «científico» realizado em estabelecimento de ensino médico sobre temática oncológica, parece ser uma pequena dissertação inaugural da autoria de António de Pinho, apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1839, texto que nada de novo aportou ao conhecimento já propugnado na altura[317]. Trata-se de um breve ensaio sobre a amputação do cancro da mama, tema que curiosamente seria novamente abordado em 1843 no mesmo estabelecimento de ensino, com o que se pode depreender da eventual relevância deste tipo particular de cancro, mas sobretudo da abordagem cirúrgica disponível, a única claramente recomendada[318].

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.

Revolviam quase sempre em redor de problemas aparentemente sem solução, dissertando-se de modo reconhecidamente limitado sobre as hipóteses e conjecturas mais em voga acerca da natureza da doença, a etiologia e patogenia; ou ainda esmiuçando casos particulares de doentes tratados em contexto dos hospitais escolares, reproduzindo invaria-

---

[315] BARBOSA, António Maria – «Cancro encephaloide das partes molles do braço direito – amputação – cura». *Gazeta Médica de Lisboa.* T. III (1855), p. 21 e 57; *idem* – «Diagnóstico e curabilidade do cancro». *Gazeta Médica de Lisboa.* T. III (1855), p. 68, 84, 99, 118 e 217; *idem* – «Ulcera cancroide do labio inferior, extirpação, cura». *Gazeta Médica de Lisboa.* T. IV (1856), p. 320.

[316] Lisboa: 933 dissertações inaugurais entre 1836-1902; Porto: 1360 entre 1827-1908.

[317] Cf. PINHO, António Isaac Teixeira de – *Cura do cancro da mama. Preferência do processo de amputação*. Porto: Typografia da Administração Geral 1839. Pires de Lima 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 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». In *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno Lectivo de 1907-1908.* Porto: 1908, p. 189.

[318] Cf. BESSA, Manuel Domingues de Araújo – *Acerca da preferência que deve ter o instrumento cortante na ablação do peito canceroso*. Porto: [manuscrito], 1843.

velmente o discurso médico coevo já compendiado nos tratados médico-cirúrgicos. A influência dos tratados e revistas médicas europeias era notória, sendo estas as principais fontes que permitiam resumir o *estado da arte* dos temas abordados. A inovação era escassa. Citavam-se, na maioria, estudos e experiências realizadas além-fronteiras, sobretudo nas escolas de outros países, como era o caso da França, mas também da Alemanha, país que cada vez mais se tornaria um paradigma de modernidade científica[319]. A abordagem de neoplasias por sistemas orgânicos: recto, rim, intestino, bexiga, fígado, mama, pénis, útero, etc., estava habitualmente ligada a casos clínicos com que os alunos contactaram durante o ensino nas enfermarias. Era essa a principal razão que muitos deles apontavam para a preferência que manifestavam na abordagem de um ou outro tema.

No tocante às eventuais causas predisponentes, reinava um silêncio quase total, se bem que desde meados do século se reconhecia sem rebuço a influência do hábito de fumar, empiricamente associado a várias formas de cancro, mormente o da boca, laringe e pulmão. Em 1859, a associação entre o hábito de fumar e o cancro não deixava 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*[320].

Também em 1878, António Augusto D'Oliveira não se furtou a uma sintética referência ao tabaco como causa possível do cancro do piloro[321]. 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

---

[319] 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-Cirurgica de Lisboa. Lisboa: Typographia Universal, 1868, e ainda FARIA, José Carlos Godinho – *Será o cancro uma affecção local? Em que circunstâncias poderá aproveitar a sua extirpação?* Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1867.

[320] «Revista Médica». *Archivo Universal.* N.º 21 (23 de Maio de 1859), p. 332.

[321] Cf. D'OLIVEIRA, António Augusto – *Do tabaco. Abuso e perigos.* Dissertação inaugural. Porto: Typographia Occidental, 1878, p. 69.

laryngites; perverte o appetite e é uma das causas predisponentes das gastro-enterites, das anginas, do cancro da lingua e do epithelioma dos lábios»[322].

Às longamente repetidas dificuldades do diagnóstico, que mereciam amiúde atenção dos futuros médicos, começaram a sobrepor-se as focalizações sobre as novas abordagens cirúrgicas. Estas, passam a constituir uma parte muito mais significativa das dissertações, em particular na década de 90, fruto da introdução de novas técnicas altamente invasivas, como eram as praticadas na cirurgia craneo-encefálica, a histerectomia por via vaginal, a gastrectomia ou o método de Kraske.

O interesse torna-se progressivamente maior na última década de oitocentos, sobretudo na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, e em particular por parte de futuros e destacados cirurgiões[323]; 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 escola portuense, 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 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 iniciados no século XIX, permanecia ainda indecifrável e muito longe de resolução, aquela que continuava a ser uma das grandes incógnitas da medicina.

Ao debruçarmo-nos sobre as teses das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa[324] e Porto[325], é possível apreender o *status quo* em que se encontrava o ensino da doença, o tra-

---

[322] 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.

[323] 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.

[324] Cf. as teses de 1836 a 1892 em COSTA, Manuel V. Alfredo da – *Annuário da Escola Medico-Cirurgica 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) p. 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) p. 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 de1899 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), p. 118-120; (1900-1901) p. 142 a 144; (1901-1902) p. 145-146.

[325] 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». In *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno lectivo de 1907-1908.* Porto: p. 183--255 e *idem* – «Catálogo das dissertações de concurso apresentadas à Escola Médico-Cirurgica do Porto». In *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno lectivo de 1908-1909.* Porto: p. 271-287.

tamento e os traços mais marcantes do pensamento médico que a enformavam. Também designada por «Dissertação inaugural», a tese era um trabalho realizado pelo aluno em final de curso, obrigatório para a obtenção da licença profissional e sujeito a apresentação e avaliação perante um júri composto por professores do corpo docente.

Se bem que muito poucas dessas dissertações possam ser encaradas como trabalhos de inovador rasgo científico, e muitas não eram senão tíbias comunicações imoralmente adquiridas a terceiros como notou e criticou Ricardo Jorge[326], são sobretudo trabalhos de recensão do *estado da arte*, quase sempre resumos teóricos mais ou menos alargados dos quais se esperava obter explanações temáticas minimamente aprofundadas. Nesse sentido, servem de guia para determinar o grau de preparação dos alunos, 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 alargada 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 serviços de anatomia patológica onde se recolhiam todo um conjunto de especímenes, 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 habitual numa área ainda sem as exigências próprias de uma especialização de grupo.

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 1360 dissertações enumeradas para esse período, apenas 35 tratam temas ligados ao cancro, se bem que é de notar uma atenção acrescido nas décadas de 70 e 80.

Chegados à primeira década do século XX, as novas teses mostram já uma evidente transição no tocante ao interesse pelo assunto, revelando-se mais expressivas tanto em número quanto interesse (quadro 9).

---

[326] 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». In *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno lectivo de 1907-1908.* Porto: p. 184. Já num relatório elaborado em 1885 se tinha referido a algumas destas teses em termos desprestigiantes: «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 Gastrenterologia, 2003, p. 112-114.

Quadro 9: Teses da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Dissertações e temática oncológica (1827-1909)

Anos	Total de dissertações	Temática oncológica	% do total
1827-1829	10	?	_
1830-1839	31	1	3,2
1840-1849	87	2	2,3
1850-1859	37	2	5,5
1860-1869	126	1	0,8
1870-1879	157	5	3,2
1880-1889	201	5	2,5
1890-1899	305	4	1,3
1900-1909	406	15	3,7
Totais	1360	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.

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[327], a anti-sepsia e eventual mau odor tumoral, diminuir os corrimentos fistulosos das ulcerações ou suprimir as eventuais hemorragias decorrentes da evolução tumoral, 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 tópicas, que incluíam o sublimado corrosivo, compostos arsenicais, terebentina, ácido láctico e acético, tripsina, carbonato de cálcio e outras, todas inúteis e algumas delas claramente dolorosas. Rapidamente os progressos cirúrgicos começavam a tornar estas práticas tobsoletas, 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 um total 201 teses, 10 das quais sobre cancro, ou seja, aproximadamente 5% de todas as teses elaboradas nesse decénio (veja-se o quadro 10).

[327] 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.

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
1880-1891	4
1892-1902	10
Total	25

Verifica-se que apesar de consubstanciar uma percentagem diminuta 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[328].

Numa altura em que predominam temas de natureza cirúrgica, sejam obstétrica e ginecológica[329], ou ainda sobre as habituais afecções de natureza infecciosa, o cancro vai-se destacando lentamente no seio das áreas geralmente colonizadas pelo interesse médico. O despertar da atenção é muito mais vivo a partir da última década de oitocentos.

2.2. As forças motrizes da medicina social: discurso médico e teoria parasitária

É nos artigos dos periódicos especializados que conseguimos encontrar os traços mais evidentes da evolução deste interesse pela cancerologia, espartidos por uma série cada vez maior de publicações e com um número crescente de diferentes autores desde o início do século XX. Os de maior prestígio, como o *Jornal das Sciencias Médicas de Lisboa* ou *A Medicina Contemporânea* oferecem-nos uma amostra, publicando casos cirúrgicos de José António Serrano e alguns casos clínicos que Sousa Martins coloca à discussão, plas-

[328] Cf. SILVA, Marcellino A. Craveiro da – *Étude diagnostique d'un cas insolite de tumeur du sein.* Thése 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, n.º 6 (1888-1889) p. 135-143 e 168-178.

[329] 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.

mados em artigos plenos de oportunidade científica[330]. No início do século XX esta tendência residual acentua-se. Em 1904, a publicação do novo periódico *Porto Médico* 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 sobre o tema.

A par destes, as teorias explicativas assumem um quinhão importante na discussão do tema, não raro bastante acesa. Entre meados e finais de oitocentos, coexistiram várias teorias explicativas, algumas progressivamente descartadas, outras com interesse ressurgido a espaços, conforme os desenvolvimentos da microbiologia deferiam ou indeferiam a plausibilidade das mesmas. Da teoria setecentista da linfa passou-se à teoria do blastoma, havendo ainda quem defendesse a teoria da irritação crónica, dos traumatismos, e ainda a teoria parasitária. Era esta última que dava força à eventual transmissibilidade da doença.

De todas elas, a noção de contagiosidade do cancro, mais acalentada por alguns desde o advento dos estudos microbiológicos, mas sempre mal demonstrada, mobilizou 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[331]. Contudo, todos eles se julgavam na presença indetectada de um agente 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 sucedidos numa mesma casa, reunindo uma documentação ainda insuficiente para estabelecer de modo peremptório a contagiosidade. Mesmo assim, os testemunhos recolhidos não deixavam de ser perturbadores – concluía Filassier – quando os aproximava de vários trabalhos publicados sobre o contágio do carcinoma e de experiências realizadas em ratos: ratos saudáveis, procedentes das mais diversas origens e guardados em gaiolas anteriormente ocupadas por ratos cancerosos e que se tornaram, por sua vez, também eles cancerosos. Trabalhos como este acabavam por ter amplo reflexo na imprensa médica portuguesa, que não deixava de solicitar aos seus leitores a comunicação de casos com as mesmas características[332].

---

[330] 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* (I.ª Série). Ano XI (22 de Abril de 1893), p. 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.

[331] Cf. «Os micróbios dos tumores malignos». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 403-404; «A leucemia como infecção de protozoarios». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX (1901), p. 65-66; «Teoria parasitária do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXI (1903), p. 330.

[332] 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.* 4.º Ano, n.º 11 (1907), p. 352.

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, também recaiu no foro da preocupação governativa. As teorias parasitárias tão em voga na primeira década do século XX, permitiam encaixar a prevenção do cancro no quadro das medidas higienistas.

Se fosse possível realizar uma profilaxia anticancerosa, como sucedia para as doenças cuja natureza infecciosa não deixava dúvidas (mesmo que o seu agente fosse desconhecido mas cujos meios de propagação estavam bem averiguados); 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, então 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.

2.3. Os estudos estatísticos e a primeira comissão para o estudo do cancro

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 e tornando-se rapidamente no centro das atenções de alguns médicos que se lhe começam a dedicar de modo mais sistemático. Seguindo o exemplo de estudos similares elaborados noutros países europeus, em particular o de uma iniciativa alemã coeva, foi criada pelo governo uma comissão encarregada do estudo do cancro[333], encabeçada pelo então Director-Geral de Saúde e Beneficência Pública, João Ferraz de Macedo e secretariada por João de Azevedo Neves. Ambos tinham estado na Alemanha alguns anos antes, onde tiveram oportunidade de tomar contacto com a realidade do estudo epidemiológico aí realizado (foto 1).

Outros elementos desta primeira comissão incluíam ainda Curry Cabral, Oliveira Feijão e Custódio de Almeida Cabeça, todos 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

[333] Cf. *Diário do Governo*. Ano 1904, n.º 16. Quinta-feira, 21 de Janeiro.

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 1.º 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 1.ª 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.

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 laboratório de análises clínicas do Hospital de São José, e ainda por ter tido a oportunidade de assistir em Berlim aos trabalhos iniciais do comité alemão sobre o cancro nos anos de 1901-1902, 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. Realizou de seguida 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[334], a aplicação deste questionário teve o mérito de demonstrar estatisticamente a crescente frequência deste tipo de doenças. A publicação dos resultados fez-se no seio da mais destacada imprensa médica, despertando um vivo interesse pelo tema[335].

[334] 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.
[335] Cf. NEVES, Azevedo – «O cancro em Portugal». *Medicina Contemporânea.* Ano XXIV (1906) p. 393-401.

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. 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 1.188 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 eleva-se progressivamente e de modo rápido, sem proporção com o acréscimo normal da população. Em 1902 a média 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 que teve lugar em Bruxelas e um ano mais tarde publicados na imprensa médica alemã[336].

O assunto estava na ordem do dia e trazia-se à arena da discussão epidemiológica um facto de incontestável valor demográfico: a disseminação cancerosa em Portugal. Independentemente do modo como se destrince a estatística, o facto é que apesar das preocupações legítimas dos médicos e dos poderes públicos perante este problema emergente, a estatística do cancro noutros países europeus parecia ser substancialmente mais séria do que a portuguesa. 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 os 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 que se aproximam muito mais daqueles expressos pelas demais realidades europeias. Globalmente, o sexo feminino era o mais afectado, muito à custa da elevada percentagem de cancro da mama e do útero (vejam-se os quadros 11 e 12).

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 apresentava 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 formu-

[336] 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 portuguiesischen Provinzen, um die Zahl der in ärztlichen Krebskranken festzustellen». *Zeitschrift für Krebsforschung.* Bd. Vol. 8 (1910) p. 239.

Quadro 11: Frequências absolutas de doentes cancerosos em Lisboa (1881-1903)

Anos	Casos de cancro	Outras doenças	Relação %
1881	151	5.202	29,027
1886	183	6.822	
1891	206	8.252	
1896	265	9.190	
1901	252	8.055	
1902	274	8.414	
1903	251	8.281	30,310

Quadro 12: Frequências absolutas de doentes cancerosos no Porto (1893-1902)

Anos	Casos de cancro	Outras doenças	Relação %
1893	74	4.322	17,121
1898	99	4.559	
1902	98	5.992	16,355

lar alguma conclusão etiológica bem fundamentada, apenas com base nos ensinamentos coligidos sobre os antecedentes dos doentes 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 doenças 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.

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*[337] ao *O Popular*:

> *Na última reunião da commissão 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*

[337] Cf. «O estudo do cancro em Portugal. Um importante trabalho scientifico do relator da commissão, sr dr. Azevedo Neves». *O Século* (11 de Dezembro de 1906).

dos trabalhos já realisados, 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[338].

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 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 indesejável.

Se o trabalho de Azevedo Neves viu a luz do dia, tornando-se uma referência incontornável, 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»[339]. No cômputo geral, os estudos estatísticos foram, sem dúvida, os mais rapidamente apresentados e publicados, obtendo geralmente uma mais ampla divulgação.

Para além do estudo epidemiológico promovido pela comissão supra-citada, outros surgiram no mesmo ano, chegando mesmo a antecedê-lo em alguns meses, mas relativos a realidades loco-regionais mais circunscritas. Os resultados também não deixavam de expressar estatisticamente resultados 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 cidade do Porto[340]. 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 (vejam-se os gráficos 4, 5 e 6).

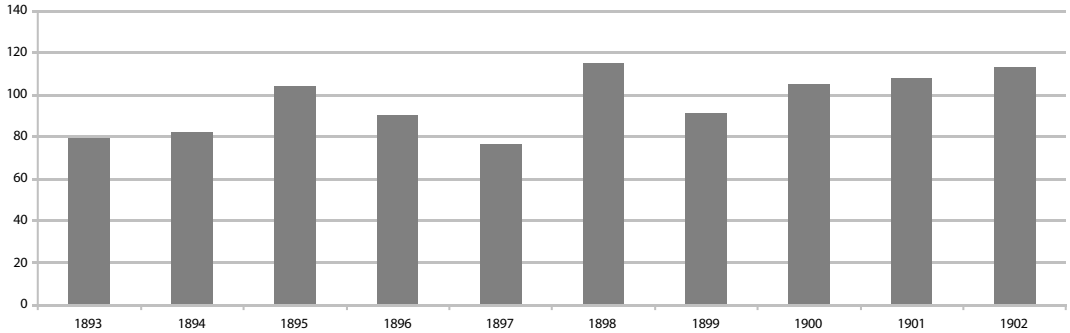
---

[338] «Estudo do Cancro no Nosso Paiz». *O Popular* (12 de Dezembro de 1906).

[339] In *Diário da Câmara dos Deputados,* Sessão n.º 143 (Extraordinária), de 28 de Outubro de 1920, p. 12.

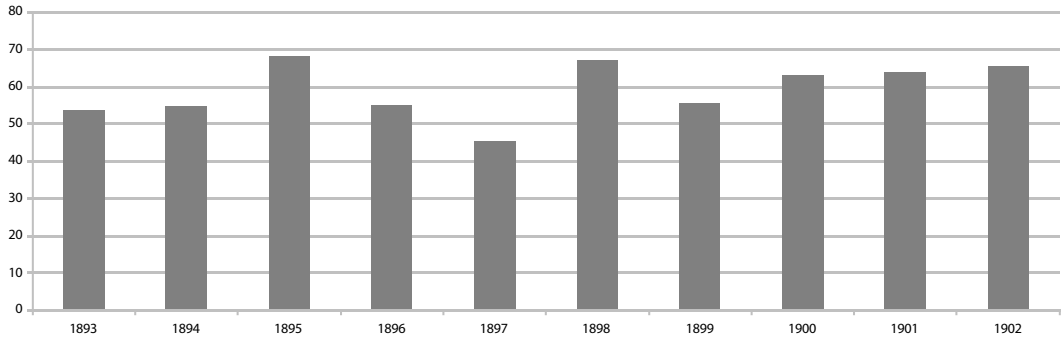
[340] Cf. JUNIOR, Sousa – «O cancro no Porto». *Porto Médico.* Ano 1, n.º1 (1904), p. 34-41.

Gráfico 4: Número de óbitos por cancro no Porto (1893-1903)



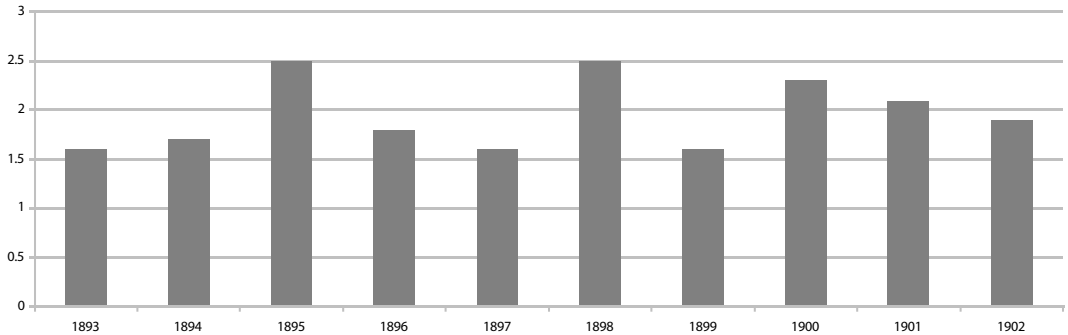
Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – «O cancro no Porto». *Porto Médico*. Ano 1, n.º 1 (1904), p. 37.

Gráfico 5: Número de óbitos por cancro no Porto por 100.000 habitantes vivos (1893-1902). Média=1,9%



Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – «O cancro no Porto». *Porto Médico*. Ano 1, n.º1 (1904), p. 37.

Gráfico 6: Percentagem da mortalidade pelo cancro em cada ano no Porto (1893-1902). Média=1,9%



Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – «O cancro no Porto». *Porto Médico*. Ano 1, n.º1 (1904), p. 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 pregressas, e não em inquéritos com respostas parcelares, pelo que a fiabilidade do mesmo se pode levar em linha de conta. Os resultados reflectem não só a mortalidade específica mas também as localizações e as divisões por género, inscrevendo-se em larga medida no que o estudo da Comissão publicará mais tarde.

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 doença.

Mais grave ainda era a situação em Viana do Castelo, onde os óbitos por cancro se situavam nos 2,5%[341]. Neste último estudo, que abarca o período de 1894 a 1903, verifica-se que a cancerisação em Viana era, pois, superior à do Porto e quase duplicava a média da obtida em Espanha[342] (veja-se o quadro 13).

Quadro 13: Percentagem média de óbitos por cancro (1893-1894/1902-1903)

Anos	Temática oncológica
Viana do Castelo	2,5%
Porto	1,9%
Espanha	1,3 %

Fonte: Porto Médico. Ano 1, n.º1 (1904), p. 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. Esta constatação foi posteriormente reforçada por outros estudos, como o de Luis Adão publicado em 1925, assunto novamente abordado pelo mesmo autor em 1933[343].

[341] D´ALMEIDA, Thiago – «O cancro em Vianna do Castelo». *Porto Médico.* Ano 1, n.º 5 (1904) p. 196-200.
[342] Cf. «O cancro na Espanha». *Porto Médico.* Ano 1, n.º1 (1904) p. 16-18.
[343] 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, n.º 20 (14 de Maio de 1933) p. 128-132.

2.4. Entrando na rotina do bisturi

A cirurgia, única arma terapêutica tornada relativamente mais eficaz ao longo de oitocentos, tornava-se cada vez mais utilizada, 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 cirúrgica em franco processo de afirmação, observáveis nos registos de doentes internados nas enfermarias adstritas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto e no hospital da Universidade de Coimbra em 1883 e 1884[344]. 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[345].

Das 56 cirurgias realizadas na *Casa de Saúde Lisbonense*[346] entre 1886 e 1891, nada menos que 25 se deveram a doença oncológica e/ou suas recidivas, sobretudo da mama, do recto e da língua[347]. 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[348]. 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 o aperfeiçoamento obtido[349].

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 cirurgias realizadas, ressalta claramente uma frequência relativamente elevada da doença oncológica, expressão sangrante de uma dolorosa realidade tendencialmente emergente no panorama sanitário.

---

[344] Cf. o mapa das diferentes patologias no *Annuario dos Progressos da Medicina em Portugal.* 1.º Anno. Porto: 1884, p. 194--195 e 199; *Annuario dos Progressos da Medicina em Portugal.* 2.º Anno. Porto: 1885, p. 208-220.

[345] Cf. as referências a estas cirurgias em «Resenha das operações praticadas na Casa de Saúde Lisbonense, de 1886 a 1891». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano X, n.º 3 (1892) p. 20-21.

[346] 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.

[347] Cf. «Resenha das operações praticadas na Casa de Saúde Lisbonense, de 1886 a 1891». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano X, n.º 3 (1892) p. 20-21.

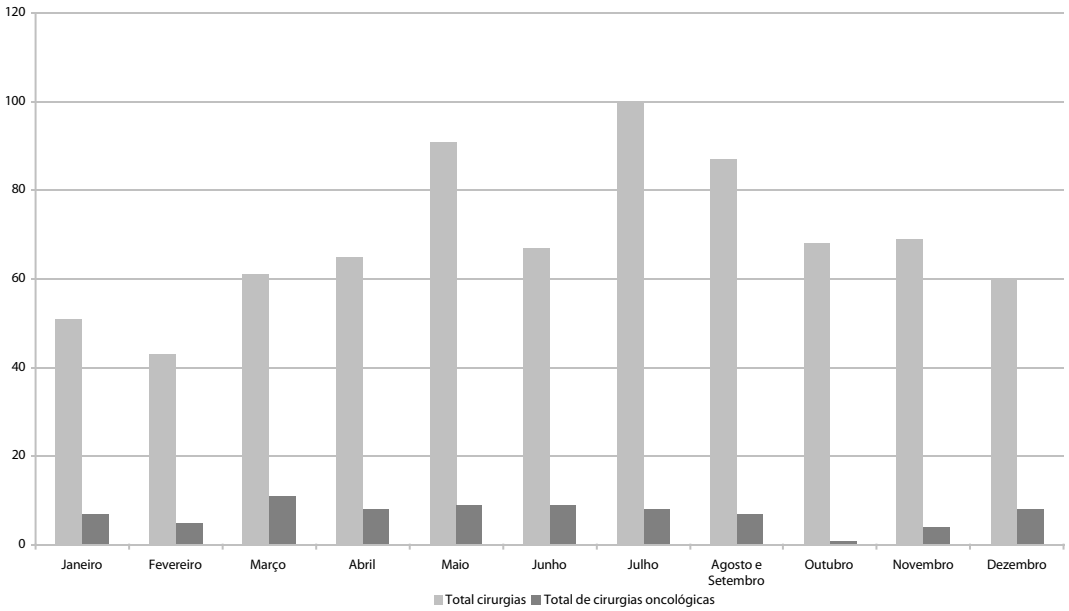
[348] «Estatísticas hospitalares. Hospital Nacional e Real de S. José. Enfermaria de S. Francisco (homens), sob a direcção do sr. Gregório Rodrigues Fernandes. Mappa das operações praticadas nos dois semestres de 1891». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano X, n.º 16 (1892) p. 116-117.

[349] Veja-se, por exemplo a realizada por M. Bordallo Pinheiro: «Cancro cavitário do collo do utero. Hysterectomia vaginal. Cura». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano X, n.º 19 (1892) p. 139-142, e as quatro realizadas por Sabino Coelho, profusamente descritas em *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano X, n.º 19, 24, 27-28 (1892) p. 142-143, 191-192, 211e 221.

Uma análise da estatística operatória do Hospital Geral de Santo António para o ano de 1904, permite detectar rapidamente 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% (≈9,89%) de actos cirúrgicos, transmitem um volume considerável de casos oncológicos (veja-se o gráfico 7).

A análise dos casos internados nas enfermarias dos hospitais escolares também corrobora esta constatação.Verifica-se a presença habitual de doentes do fôro oncológico, se bem que mais 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 com cancro[350].

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 no *Porto Médico* (Abril de 1904 a Abril de 1905).

[350] Cf. o *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto* (1907-1908), p. 158-164.

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, uma recidiva, 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 a dificuldade de combater as complicações decorrentes das infecções nosocomiais, as patologias associadas, o desfecho inconclusivo, e ainda o mau prognóstico[351].

No caso particular do cancro da mama, aquele que tinha maior representatividade, a decisão de operar passava inicialmente pelo crivo mais ou menos fino de um conjunto numeroso de contra-indicações[352], se bem que a palavra final cabia quase 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[353]. 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, 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.

2.5. Uma nova consciência médica

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 quase todos os olhares.

---

[351] Cf. ELIAS, António Duarte Lima – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto: 1902, p. 68-82.

[352] Para uma relação destas contra-indicações veja-se «As contra-indicações operatórias dos tumores malignos do seio». *Porto Médico*. Ano 4, n.º 4 (1907), p. 122-123.

[353] 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, p. 626-627.

Se tivermos em atenção o número crescente de teses defendidas nas escolas médicas do Porto e Lisboa a partir de 1904, 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.

Os estudos e artigos que vão surgindo na primeira década do novo século, revelam o interesse crescente dos médicos, 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 Roentgentherapia,* de Archer e Silva[354]; sem esquecer outras de doutoramento, como seja a de Ferraz de Macedo sobre tumores da bexiga[355] ou a de José de Oliveira Lima[356], autêntico epifenómeno na medicina portuguesa dos alvores do século, mostrando que o conhecimento e actualização dos médicos se encontravam em consonância com as demais realidades europeias, sempre muito próximos das mais recentes novidades científicas.

Não quer isto dizer que a produção autónoma de trabalhos de investigação realmente pertinentes tivesse já descolado. Os artigos publicados 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, se bem que as experiências com raios X também tivessem suscitado algum interesse. Por outro lado, revolvia-se com regularidade sobre a sua eventual etiologia, o hipotético carácter transmissível, e ainda o problema de saúde pública que gerava[357]. De facto, no

---

[354] Cf. *Porto Médico.* 2.º Ano, n.º 1 (1905), p. 33. Já em 1900 Archer e Silva tinha apresentado a sua tese de doutoramento sobre os raios X: SILVA, Henrique de Melo Archer e – *Raios Röntgen em clínica.* Tese de doutoramento. Lisboa: Manoel Gomes, 1900.

[355] MACEDO, António Carlos Cart Ferraz de – *Sobre cystectomia total nos tumores da bexiga.* Tese de doutoramento. Lisboa: Companhia Tipográfica, 1900.

[356] 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 & Irmäo, 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* (II.ª Série). Ano XXVI (1908) p. 187-188.

[357] Cf. «Descoberta da etiologia do cancro?». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XVIII (1900), p. 234-235; «Trabalhos recentes sobre o tratamento do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XVIII (1900) p. 400-402, 426-427; «A leucemia como infecção de protozoarios». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX (1901) p. 65-66; «A ethiologia do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX (1901) p. 213-214; «Teoria parasitária do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXI (1903) p. 330; «Sorotherapia do Cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXII (1904) p. 77-78; «Etiologia do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIII (1905) p. 105-106; «O problema do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIII (1905) p. 401-402; «O cancro considerado como doença constitucional». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIV (1906) p. 309-311; BOMBARDA, Miguel – «Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV (1907) p. 129-137;

cômputo geral os artigos não eram numerosos, mas o que importa ressalvar 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 tratamento dos mesmos. A maioria dos artigos publicados na imprensa médica nacional era 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, a classe médica começavam-se 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, 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 por 17 secções, 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 científico». O evento teve um êxito assinalável, assegurado à partida pelo peso dos nomes dos participantes. 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 para a época, como era o caso de Alexis Carrel, Ramon y Cajal, Metchnikoff, Neisser, Landsteiner, Axenfeld, Waldeyer, Pierre Robin, Pinard, Paul Ehrlich, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas.

Numa sala para demonstrações decorreram sessões experimentais de cirurgia e de patologia geral, de fonendoescopia, 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.

«Contágio do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV (1907) p. 290; «Questões sobre o cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXVI (1908) p. 30-32, 46-48; «Cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXVII (1909) p. 211-212.

Os trabalhos e relatórios apresentados sobre a temática oncológica 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 elabora 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.

A eleição de Francisco Gentil como 1.º Secretário da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa no ano seguinte, permitiu-lhe promover um ciclo de conferências 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 o cancro, 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 a implantar pelo território. Em consonância com este interesse, datam igualmente desta altura os seus primeiros trabalhos publicados sobre a temática do cancro[358].

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 no púlpito da tribuna médica de maior autoridade do país. Para além de abordarem a doença como problema de saúde pública emergente, foi sobretudo pelo relevo dado às abordagens cirúrgicas e de investigação que os conferencistas melhor manifestaram a necessidade de se apostar no diagnóstico precoce, bem como no rápido e urgente investimento em investigação científica nacional na área biomédica.

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.

[358] Cf. GENTIL, Francisco – «Luta contra o cancro». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 70 (1907), p. 43, e *idem* – « Um caso de carcinoma da tíbia com ressecção e autoplastia óssea». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 71 (1907), p. 221.

Programa das conferências (1907-1908)[359]:

20/04/1907 – *Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro*. Prof. Miguel Bombarda

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. Virgilio Machado

Deste pequeno grupo de conferencistas, destaca-se particularmente o nome de Marck Athias[360], 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[361], aproximando-se politicamente de Francisco Gentil por essa via. A partir de 1923, 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.

2.6. O impasse de um projecto nascido no esteio da saúde pública

A morte de Ferraz de Macedo em 1907 deixava sem presidente a Comissão, pelo que se procedeu a uma remodelação. Em 1908 é nomeada a 2.ª Comissão para o Estudo do Cancro, ou seja, dois anos após as recomendações do XV Congresso de Lisboa. Para presi-

[359] As conferências encontram-se quase todas reproduzidas no *Jornal das Sciências Médicas de Lisboa* (1908) e apenas algumas na *Medicina Contemporânea.* (1907). Cf. BOMBARDA, M. – «Estado actual da questão do cancro e da lucta 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 physicos 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* (II.ª Série). Ano XXV (28 de Abril de 1907) p. 129-137; MONJARDINO, A. – «Cancro do colon; diagnóstico e tratamento cirúrgico». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV (28 de Abril de 1907); FEIJÃO, F. O. – «Tumores malignos da lingua; diagnóstico e tratamento». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV (9 de Junho de 1907).

[360] 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.

dente 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 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 cancro como 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.

Enquanto principal mentor da política de saúde pública 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 controlo 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, como se pode verificar pela consulta da actividade desenvolvida nos seus primeiros 25 anos de actividade[362].

Apesar de não estar ainda cabalmente provado, para muitos médicos o morbo canceroso teria uma eventual e provável origem microbiológica, explicável ao nível de um agente patogénico desconhecido, eventualmente responsável pelo seu desenvolvimento. O próprio Câmara Pestana encarava a patologia oncológica nos mesmos termos, de tal modo que a sua tese inaugural redigida em 1889 mas ainda actual em 1907, versava *O Micróbio do Carcinoma*[363], ensaio 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 intervenção d'estes parasitas na génese do cancro, é demonstrada pelo microscópio e por factos d'observação clínica e experimental*[364].

---

[361] 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, n.º 2 (Winter 2004), p. 9.

[362] Cf. OFFICE INTERNACIONAL D'HIGIÈNE PUBLIQUE – *Vingt-cinq ans d'activité de L'Office International D'Hygiène Publique.1909-1933.* Paris: OIHP, 1933, p. 108-109.

[363] 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.

[364] LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento.* Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmäo, 1907, p. 459.

Esta 2.ª 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, a 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. Apesar de ter contado com o apoio de Aníbal Bettencourt para criar o que se esperava ser o primeiro Centro Anticanceroso em dependências do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, o projecto viu-se gorado[365].

Para além desta, poderíamos referir uma 3.ª Comissão, ainda mais efémera do que as anteriores. Constituída em 1911, contava de novo com a presença de Francisco Gentil, em representação da nova Faculdade de Medicina de Lisboa (FML), 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 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 já 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 paises 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»[366].

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, 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[367]. 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.

---

[365] Cf. as palavras de Francisco Gentil em GENTIL, F. – «O passado, o presente e os futuro». *Boletim do IPO*. Vol. 6, n.º 1 e 2 (1939), p. 1.

[366] *Diário do Senado*. Sessão n.º 13, em 20 de Dezembro de 1911, p. 8.

[367] 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.

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 Morais, Sobral Cid, Bettencourt Raposo, Salazar de Sousa, Pulido Valente e Augusto Monjardino. Tanto Francisco Gentil como os demais citados, são referidos pelo deputado Lúcio dos Santos enquanto personalidades médicas de grande destaque no universo republicano[368].

A oportunidade de iniciar o almejado projecto surgiu ainda em Novembro de 1911, quando no contexto da 3.ª 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, na 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.

Auxiliado por Bénard Guedes, com a sua própria instalação particular de raios X e por Marck Athias e Henrique Parreira no tocante à parte laboratorial, para além de uma consulta oncológica o espaço disponibilizado possuía um serviço clínico com 40 camas, um pequeno laboratório e duas salas de operações.

> *Aí preparámos em grande parte o material que hoje possuimos 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*[369].

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 1.ª Clínica Cirúrgica da mesma faculdade, igualmente sob a sua direção. É a partir desta ocasião que se reúnem as condições necessárias a um trabalho regular e altamente focalizado: 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

---

[368] Cf. o *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão n.º 35, de 4 de Maio de 1922, p. 19.

[369] GENTIL, Francisco – «O Instituto Português do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 12-13.

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 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 existentes através de uma tipologia que as 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 (...)»[370].

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[371]. 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 afastado pela revolução de Sidónio Pais em Dezembro do mesmo ano[372]. 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, se bem que foi o seu nome que se tornou sinónimo da organização da luta contra o cancro no país. No Porto dos anos 20, criara-se um grupo semelhante, se bem com menor visibilidade e num enquadramento hospitalar algo distinto do de Lisboa, mas onde médicos como o professor

---

[370] 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.

[371] 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 n.º 56, de 22 de Março de 1916, p. 9 e seguintes.

[372] Cf. as afirmações inflamadas de Henrique de Vilhena ao referir-se a este facto no *Diário do Senado*, Sessão n.º 32, de 19 de Agosto de 1919, p. 7.

da Faculdade de Medicina do Porto Joaquim Roberto de Carvalho[373], José Domingues de Oliveira[374] e Couto Soares se dedicaram ao tratamento gratuito de doentes oncológicos de fracos recursos. Os dois primeiros encarregavam-se de efectuar radioterapia profunda, com interessantes resultados publicados em 1923[375] e 1925[376], 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 um serviço específico com base numa enfermaria, organizando-se em paralelo um núcleo regional anticanceroso 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.

2.7. O Hospital Escolar de Lisboa, *locus* primeiro da investigação oncológica

Com a excepção do pseudo-especializado e exíguo serviço no Hospital de Santa Marta, o tratamento 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.

Mas em termos de produção científicaa dianteira estava na mão de Francisco Gentil e da sua equipa da 1.ª Clínica Cirúrgica. Dedicando-se cada vez mais ao tratamento cirúrgico

---

[373] 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.* N.º 104 (1994), p. 243-272.

[374] 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.

[375] Cf. OLIVEIRA, José Domingues de – *Os cancros e o rádio.* Porto: 1923.

[376] Cf. CARVALHO, Roberto de – «O cancro e a radioterapia profunda». *Portugal Médico.* (Julho de 1925), p. 213.

e rádio-cirúrgico, tornou-se rapidamente num especialista de renome nacional e internacional. Entre 1912 e 1930[377], dos 31 artigos que publicou em periódicos médicos nacionais e internacionais, 18 deles estão directamente relacionados com a doença oncológica.

De qualquer modo, os médicos pareciam ter já interiorizado a necessidade de produzir conhecimento experimental sobre cancerologia: em Lisboa, Silva Figueiredo apresenta em 1915 a sua tese inaugural, um trabalho sobre neoplasias oculares[378]. No Porto, publicara-se no ano anterior uma outra dissertação, um dos primeiros trabalhos realizados no país sobre a serologia do cancro[379], caminho igualmente acalentado anos mais tarde por João Marques dos Santos[380] da Faculdade de Medicina de Coimbra. Também em Coimbra, Joaquim Remexido fez tese doutoral acerca dos neoplasmas malignos[381], ao passo José Miguens dava à estampa uma interessante tese de doutoramento, desta vez inteiramente dedicada à etiologia da doença cancerosa[382]. Em simultâneo, na Faculdade de Medicina do Porto surge um conjunto muito significativo de teses doutorais dedicadas a várias formas e manifestações da doença, trabalhos que entre 1918 e 1925 marcam um inusitado interesse pela temática, sobretudo aquela de resolução cirúrgica. Elaborados à razão de cerca de um por ano, em 1925, foram nada menos que cinco as teses de doutoramento defendidas exclusivamente sobre cancro[383].

Mas foram os trabalhos realizados no seio da 1.ª Clínica Cirúrgica a partir de 1913, aqueles que constituíram o grosso do aporte científico, 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

---

377 Cf. a bibliografia de Francisco Gentil no anexo 3.

378 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.

379 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.n.], 1914.

380 Cf. SANTOS, João Marques dos – «Contribuição para o diagnóstico sorológico do cancro». Sep. de *A Medicina Contemporânea*. Lisboa: Tipografia Adolfo de Mendonça, 1922.

381 Cf. REMEXIDO, Joaquim Carita – *Neoplasmas malignos: cancro*. Tese de doutoramento. Coimbra: Casa Tipográfica, 1920.

382 Cf. MIGUENS, José – *Da etiologia do cancro*. Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1921.

383 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; CANIJO, Ulisses da Silva – *Sarcoma do mesentério: monografia clínica*. Tese de doutoramento. Porto: Sociedade de Papelaria; 1923, 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: Tipografia Central, 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 e ANTAS, Fernando Duarte de Azevedo – *Sarcoma primitivo do estômago*. Tese de doutoramento. Porto: Empr. Indust. Gráf. do Porto, 1925.

lançaram as bases para estudos de longa duração, estudos de caso e aperfeiçoamento de procedimentos cirúrgicos e radiológicos[384].

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.

2.8. Um caso de oportunidade política

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, mas não deixou de notar em 1925 que «Falar em luta 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»[385].

Parte deste problema advinha do modo como o poder político encarava a saúde pública e a própria intervenção do Estado nos assuntos sanitários. Apesar de tudo, o problema do cancro 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 I.ª 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.

---

[384] Cf. a relação dos 57 trabalhos realizados entre 1913 e 1928 no Documento n.º 6 in *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 56-58.

[385] 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.

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.

Isso 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. Importa 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 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[386].

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 coincidencia 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*[387].

[386] 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 socio-profissional da Assembleia Nacional Constituinte de 1911, veja-se PORTUGAL. Biblioteca Nacional. *Eleições para Assembleias Constituintes. 1820-1836-1911.* Lisboa: BN, 1975, p. 8-9.

[387] DANTAS, Júlio – «Crónica – Os médicos e a política». *Ilustração Portuguesa* (II.ª Série). N.º 387 (21 de Julho de 1913), p. 65.

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 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 sobressaiam 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 I.ª 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, a questão do cancro acabou por se revestir de uma importância que ultrapassava os números preocupantes sobre a sua incidência e mortalidade. Em certa medida, acabou por cristalizar as preocupações sobre o devir da civilização e da modernidade das sociedades ocidentais, onde um dos maiores campos de conflito é o da definição da 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 classe política para o problema do cancro, enquanto patologia enquadrada ou enquadrável nos domínios da saúde pública. Por outro lado, também é sabido que Afonso Costa era admirador e amigo de Marie Curie[388], figura cimeira no desenvolvimento de uma das mais promissoras armas da luta contra o cancro, mas a verdade é que a institucionalização dessa luta demoraria mais do que o inicialmente esperado, concretizando-se na letra da lei apenas em

[388] «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 duma 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.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 446.

1923. Não foram as afinidades políticas que ditaram a criação do Instituto do Cancro, mas sim a oportunidade criada pela presença de um influente cientista que se dedicava ao estudo da doença: Luís Simões Raposo.

Foi por iniciativa e persistência de Francisco Gentil que o interesse pelo problema do cancro se deslocou definitivamente para o universo da decisão política, para o que contou com o apoio indispensável de 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, 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, Francisco Gentil e Raposo de Magalhães tomam parte oficialmente nos trabalhos da III.ª 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 ao Congresso do Cancro em Estrasburgo e ao Congresso do Cancro em Bruxelas, ambos em 1923. Essas viagens de estudo incluíram a visita de centros anticancerosos em França, na Bélgica e em Espanha, totalizando 75 dias de intensa aprendizagem, onde se desenvolveram contactos com novas técnicas, procedimentos e ainda com vários profissionais de saúde particulrmente ligados à investigação e tratamento oncológico. 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[389], 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 enfatizar o atraso português se aventava a criação de três centros regionais anticancerosos, adstritos às três faculdades de medicina existentes. O modelo proposto assentava na disseminação criteriosa de organismos subordinados às ideias de uma comissão central, à imagem do já experimentado em países como os EUA, Dinamarca, Bélgica, Espanha e sobretudo 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 uma Liga anticancerosa de natureza filantrópica, ainda inexistente.

[389] Cf. *Diário do Governo*, n.º 922 de 19 de Dezembro de 1921.

Apesar da modernidade do projecto, faltou-lhe o apoio político quando o governo em funções caiu. No rescaldo imediato, o ministro João Camoesas é afastado e substituído por António Sérgio. 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[390], Francisco Gentil prepara-se para o novo passo na criação da luta contra o cancro, 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 a partir do trabalho já existente na 1.ª Clínica Cirúrgica. Esta interpenetração com o poder político viabilizou o projecto 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.

Este afastamento foi sentido com raiva e mágoa à mistura, sentimentos que o professor coimbrão expressou numa conferência realizada mais tarde, 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 (...).*

[390] Cf. a acta no *Arquivo de Patologia*. Vol 2, n.º 1 (1930), p. 53-54.

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[391].

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 n.º 9.333, criando o Instituto Português para o Estudo do Cancro, com sede provisória no Hospital de Santa Marta, na 1.ª Clínica Cirúrgica[392]. 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 1.ª 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 Fragoso Domingues Parreira e por Francisco Bénard Guedes, director do serviço de radiologia do Hospital Escolar.

Ao novo estabelecimento 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 can-

[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. 30, 33-34.
[392] Cf. Decreto n.º 9.333 do *Diário do Governo.* N.º 278, I.ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

cro, feito por parte de uma equipa especificamente escolhida nesse sentido, à qual não faltavam certamente os créditos científicos, mas também as simpatias de natureza política.

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 de Francisco Gentil, conferindo-lhe todas as condições 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»[393], 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.

Por outro lado, poderia ser a única abordagem possível num momento de carência de recursos, centralizando e rentabilizando aqueles já existentes num 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 anticancerosa careça de instalações especiais só terá a lucrar com integrá-las num hospital geral e num meio universitário»[394].

O aspecto mais importante do decreto estava no facto de conferir autonomia administrativa e científica à nova entidade, o que lhe permitiria utilizar quase incondicionalmente as suas receitas e tomar as iniciativas que entendesse necessárias. Este aspecto não foi aceite pacificamente, suscitando algumas tensões. 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 outras instituições hospitalares.

---

[393] Decreto n.º 9.333 do *Diário do Governo*. N.º 278, I.ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

[394] RAPOSO, Luis Simões – «O Instituto português para o Estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 58.

Por outro lado, impediu-se a criação imediata dos centros anticancerosos 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, disponível 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.

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 tomaram forma para criar um centro de estudos do rádio e tratamento do cancro em Coimbra, surgiram 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[395].

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[396]. O principal problema que parece ter estado no atraso relativo do país no estabelecimento de investigação científica própria e na luta contra o cancro, foram as constrições 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 anticancerosa 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 governamentais à sua concretização, nem muito menos atribuído o financiamento adequado às comissões encarregues de planificar um tal labor. Antes dessa data, nem um único estabeleci-

[395] 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.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 439-441.

mento ou serviço hospitalar se criou para tratamento, quanto mais para a investigação, o que nos distanciou do movimento científico internacional que entretanto varreu a primeira década do século. A concretização legislativa que determinava a abertura da luta contra o cancro em 1923 foi algo tardia, e 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[397]. «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

[396] Cf. *Diário da Câmara dos Deputados.* Sessão N.º 109, em 10 de Agosto de 1925, p. 9.

[397] Cf. GENTIL, Francisco – «O Instituto Português do Cancro». *Arquivo de Patologia.* Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 9.

aprofundamento científico e técnico da ainda incipiente oncologia. A esteia universitária foi a solução de compromisso entretanto conseguida. Mesmo assim, a questão do estudo do cancro, 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 I.ª 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 doença 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. As pressões do discurso médico junto dos decisores políticos foram realizadas num contexto de mudança sanitária, mas também de estratégia e oportunidade políticas. Acabariam por dar fruto, é certo, mais por se terem insinuado directamente junto dos decisores políticos, do que pela pressaão de uma sociedade sensibilizada ou sequer consciente do emergente problema canceroso.

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, 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.

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[398].

MARCK ATHIAS, 1941

De acordo com Charles Rosenberg[399], 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 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 vergonhosas, muitas famílias escondem os casos de cancro, quer pela reputação da sua hereditariedade, quer pela ideia do contágio»[400].

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

[398] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 16.

[399] Cf. ROSENBERG, Charles – *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine.* Cambridge: CUP, 1992, p. 305-306.

[400] 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.

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*[401].

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 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 controlo 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 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.

---

[401] LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene*. Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 422.

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 terrivel do que qualquer d'aquellas doenças?»[402].

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 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»[403].

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:

---

[402] 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.

[403] 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.

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[404].

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 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[405]. 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[406].

De modo a garantir aos clínicos de todo o país a possibilidade de um exame histopatológico (gratuito para os doentes pobres) das biópsias 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 a 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.

---

[404] ADÃO, Luis – «Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 20 (14 de Maio de 1933), p. 131.

[405] 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.

[406] Os exemplos são variados. Refira-se apenas «A responsabilidade do médico na luta contra o cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 1, n.º 4 (1934), p. 1.

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»[407].

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»[408].

Este princípio profiláctico, 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[409], colocando no controlo 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[410], mas também das constatações da vida clínica diária, muitas delas observações empíricas que mesmo assim suportavam esta crença. Recordando algumas

---

[407] Cf. *Diário da Câmara dos Deputados.* Sessão N.º 109, em 10 de Agosto de 1925, p. 9.

[408] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 107.

[409] D'ALMEIDA, José Nogueira Menezes – *Profilaxia do bacilo de «Koch»: luta contra a tuberculose, lepra e cancro.* 2.ª 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.

[410] Cf. JACQUEMART, L.; PFEIFFER, C. – *Tréponèmes et Néoplasmes.* Paris: Maloine, 1927, e TOURAINE, A. – «Syphilis et cancer en Norvège». *Bulletin de la Société Française de dermatographie et de syphiligraphie.* N.º 4 (Avril 1933), p. 1-5.

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*[411].

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[412]. O mesmo postulava Bissaya Barreto, acrescentando-lhe a tuberculose, quando dizia que «A sífilis, saibam-no todos, predispõe ao cancro e à tuberculose»[413]. 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 imigrantes Boers, e, passados 20 anos, os médicos já podiam observar carcinomas nesse povo*[414]*!*

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

---

411 COELHO, Sabino – «Sífilis e cancro do colo do útero». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano L, n.º 24 (12 de Junho de 1932), p. 199.

412 Cf. GENTIL, Francisco – «Cancro e sífilis». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 9 (1934).

413 BARRETO, F. B. Bissaya – *Uma obra social realizada em Coimbra.* Vol. I. Coimbra: [s.n.], 1970, p. 769.

414 ATHIAS, Marck – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 107.

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 controlo 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 anticancerosa»[415]. 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.

3.1. A filantropia renascida: uma tradição portuguesa ao serviço de uma nova causa

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 despertas 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 controlo 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 pri-

[415] GENTIL, Francisco – «Conferência inaugural do 3.º Ano de Reuniões Semanais do Instituto». *Boletim do IPO*. Vol. 4, n.º 11 (1937), p. 3.

vados 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»[416]. 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 nacional, 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 apoio financeiro e/ou político de destacads elementos da sociedade da altura, incluindo membros proeminentes do Estado Novo. Vários notáveis com responsabilidades políticas de primeiro plano apoiavam publicamente a causa da luta contra o cancro ob a forma de actuação benemérita, o que trazia boa publicidade para o regime.

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. Os nomes das que entretanto a foram compondo são representativos dessa elite filantrópica de proveniência aristocrática: Mécia Mouzinho de Albuquerque, Beatriz Magalhães Colaço, Maria de Sant'Ana Braga Santos Bénard Guedes e Francisco Bénard Guedes; juntando-se-lhes ainda Assunção Morales de los Rios da Câmara, Carlota da Cunha e Menezes da Câmara, Eugénia Manuel, Helena Augusta Vieira, Fernandes de Moura, Magdalena de Martel Patrício, Maria da Conceição de Mello Schiappa de Azevedo, Octávia Stromp Mateus Pereira e Maria Luiza de Vilhena Magalhães Coutinho da Câmara[417]. Outros nomes se lhe foram juntando. As primeiras reuniões tiveram lugar na casa da Condessa de Ficalho na Rua dos Caetanos, lugar onde também se organizaram os primeiros peditórios nacionais.

---

[416] 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.

[417] Cf. estes nomes em *Boletim do IPO.* Vol. 1, n.º 3 (1934), p. 1.

Esta associação mostra bem os laços que se estabeleceram entre a comissão directora do Instituto e outros membros do campo do poder social. 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.

Apesar do IPO viver em grande medida do financiamento estatal, este era quase sempre insuficiente para as tarefas em agenda: a contratação de pessoal, fossem 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 indispensáveis e mediante a autorização expressa do próprio Francisco Gentil.

O aumento crescente de doentes, e consequentemente, de tratamentos, impuseram uma sobrecarga 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. Não sendo propriamente uma receita própria do Instituto, os donativos feitos pela *Comissão de Iniciativa Particular* representavam o valor das aquisições ou de auxílios que essa entidade entendia ofertar perante necessidades prementes, fossem elas evidentes ou solicitadas pelo IPO.

Não foi por acaso que a C*omissão* se tornou rapidamente num elemento incontornável de financiamento de 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 deste organismo 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 *I.ª Série de Lições sobre o Cancro 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[418].

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.

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)[419].

Não foi alheio a este sucesso a rede de conexões com o poder político, tendo contado com o apoio do Ministério do Interior e do Governo Civil de Lisboa, mas também da imprensa de maior divulgação como era o caso do *Diário de Notícias*.

Em larga medida, foi esta *Comissão Particular* que moldou uma nova forma de filantropia que não era apenas de natureza caritativa, feita não só no sentido do apoio ao financiamento dos tratamentos dos cancerosos pobres, mas sobretudo na filantropia científica numa escala inusitada, ao permitir impulsionar e ampliar a vida científica do IPO.

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[420].

Esta Liga, criada pela Portaria n.º 9.772 em 1941[421], 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

---

[418] Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO, 1939, p. 15-16.

[419] Cf. «A obra da comissão de iniciativa particular de luta contra o cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 4, n.º 12 (1937), p. 3.

[420] 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.

[421] Cf. a Portaria n.º 9.772 que define os estatutos da Liga portuguesa Contra o Cancro, no *Diário do Governo*. I.ª Série. N.º 78, de 4 de Abril de 1941, p. 317-318.

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[422]:

– 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 constrições 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.

O relacionamento estratégico estabelecido entre a filantropia e a causa do IPO era a prova viva de uma subordinação directa do poder das elites da Liga ao poder médico da comissão directora do IPO. A interpenetração entre ambos era total, tanto mais que a primeira direcção da Liga foi constituída por Raposo de Magalhães na figura de presidente, Mário Neves como secretário e Bénard Guedes como tesoureiro, ou seja alguns dos mais proeminentes colaboradores de Gentil. 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.

---

[422] Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 393.

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[423].

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 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 ambulatório. 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 poten-

[423] 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.* N.º 151 a 154 (Janeiro a Dezembro de 1963), p. 235.

ciais 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[424]. 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 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.

3.2. Instrumentos de propaganda, cancerofobia, socialização da medicina e educação para a saúde

Às campanhas públicas levadas a cabo nos anos 20 e 30 contra a tuberculose, as doenças venéreas e o sezonismo[425], 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[426], 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.

O principal mentor do esforço propagandístico do Instituto foi Mário Neves, jornalista que lhe ficaria ligado longos anos. Começou a colaborar com Francisco Gentil a par-

[424] 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.

[425] Sezonismo: termo que Ricardo Jorge aconselhou para designar, em Portugal, o paludismo ou malária.

[426] 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.*

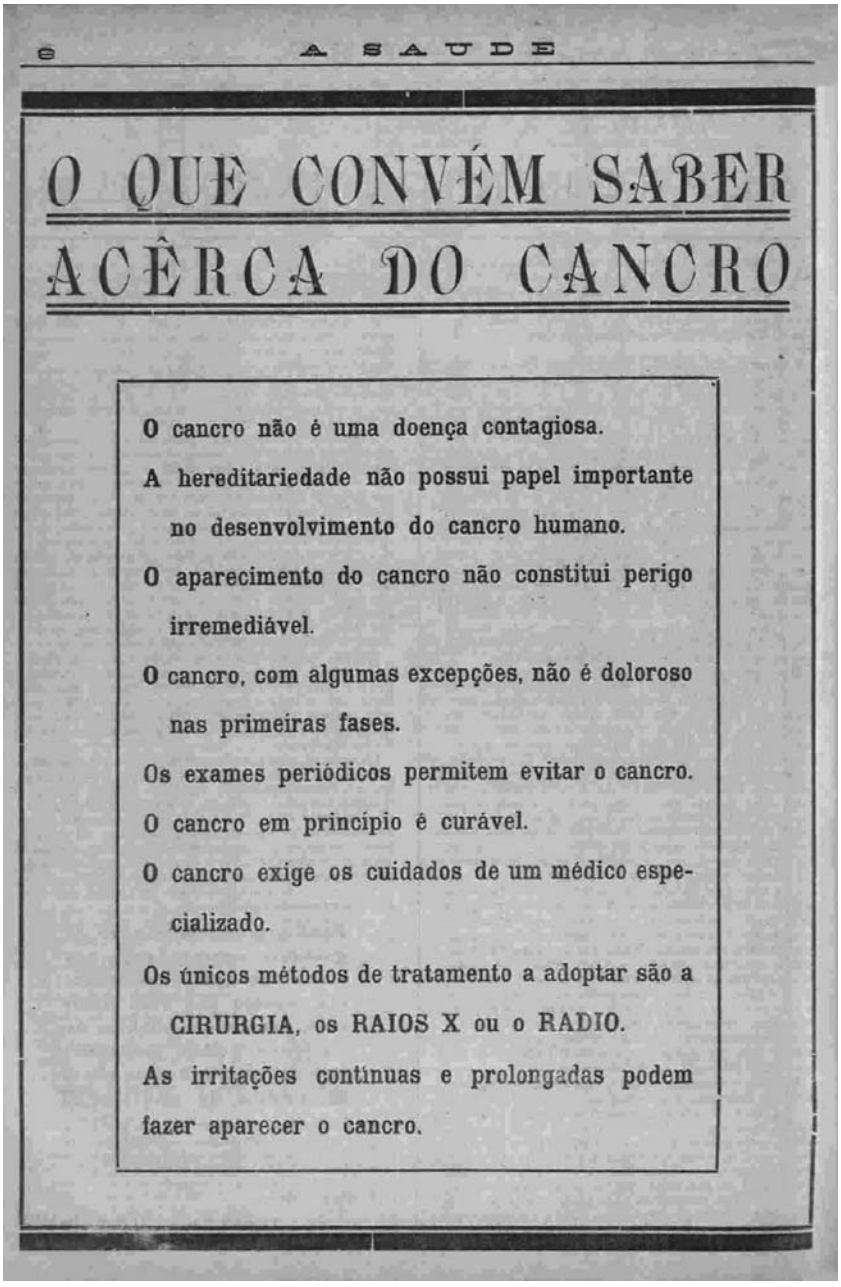
tir de 1932, quando assumiu a direcção dos serviços da Secção de Publicidade e Propaganda do Instituto, com vista à intensificação da luta contra o cancro, sendo posteriormente nomeado como secretário da comissão incumbida de constituir os hospitais escolares de Lisboa e Porto. Nessa qualidade secretariou 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 introduziu a prática da realização de conferências um pouco por todo o país, acrescidas da introdução de artigos em vários jornais, 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 6).

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 onde se procurava dar a conhecer ao público 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, ilhas 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



8 A SAUDE

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 6: «O que convém saber acêrca 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*, n.º 119-120 (Dezembro de 1935), p. 8.

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[427]. 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, 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, algo bem 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 7, 8 e 9).

---

[427] 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, n.º 1 (2007), p. 1-38.

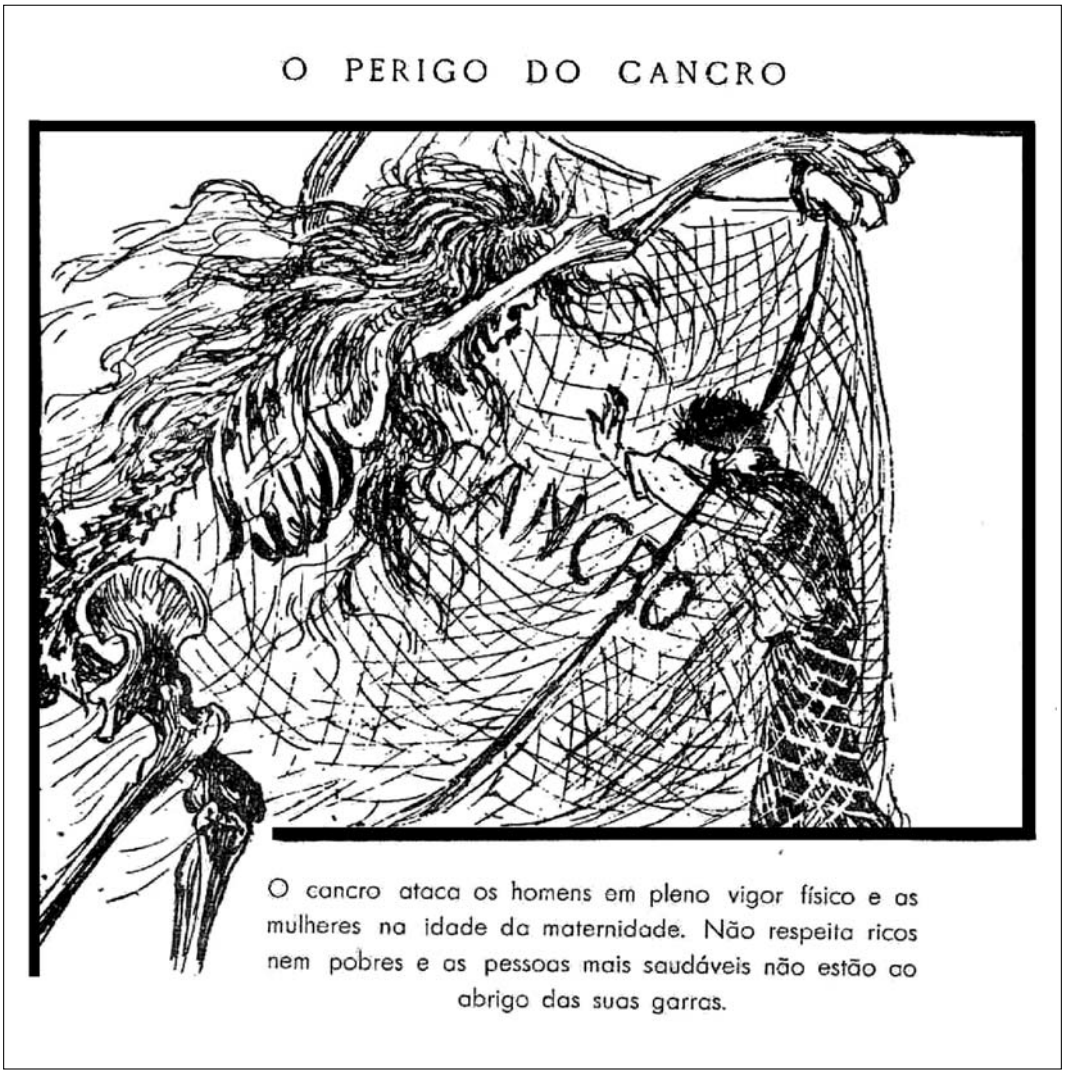


Figura 7: «O perigo do cancro». O uso de imagens de alto impacto como esta não era prática habitual na propaganda em favor da luta contra o cancro, apesar de esta estar na página de abertura de uma das edições do *Boletim* em 1935. Exceptuando os cartazes, mais informativos e visualmente menos «cancerofóbicos», 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, n.º 10 (1935), p. 1.

Pequeno cartaz afixado em 1933

Grande cartaz afixado em 1934

Cartaz afixado em 1935

Pequeno cartaz afixado em 1936

Figura 8: 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, n.º 12 (1936).

Figura 9: «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, n.º 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[428].

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»[429].

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

[428] 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 Abilio 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, n.º 1 (Julho a Setembro de 1948), p. 49.

[429] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 18-19.

família ausente, pelo tratamento assustador, pelo hospital desconhecido, em vários casos, pela escassez económica»[430].

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 anticancerosa 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*[431].

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 no Portugal dos anos 20, 30 e 40, onde a prática do curandeirismo era ainda muito habitual nos meios rurais,

---

[430] 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.

[431] 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, n.º 1 (1930), p. 123.

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*[432].
>
> *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 braço e, cerca de 15 dias depois, a pele ulcera-se, e atravez do orifício sae um osso. Nesta ocasião consultam já os pais o medico que aconselha o seu internato no hospital de Santo Antonio, onde deu entrada no dia já indicado, na enfermaria n.° 9*[433].

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, por-

[432] 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.

[433] 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.

tadora 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 ás suspeições, ás malaventuras que tais conselhos envolvem»[434].

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 atribui-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*[435].

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 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[436].

Ainda antes da introdução de medidas legislativas severas contra a prática ilegal da medicina, o que só teriam lugar em 1942[437], 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.

---

[434] BRITES, Geraldino – *O médico e o ambiente social.* Coimbra: Instituto de Estudos Livres, 1933, p. 15-16.

[435] «As campanhas contra o Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO.* Vol. 7, n.º 2 (1940), p. 2.

[436] Cf. a revisão de 533 casos de cancro da mama, 97 dos quais desapareceram ser sequer iniciar tratamento. Cf. *Boletim do IPO.* Vol. 18, n.º 1 (1951), p. 4.

[437] Cf. o DL n.º 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.

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.

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*. O assunto também era pontualmente referido por Gentil em alguns dos poucos discursos públicos que ainda proferiu nos inícios da década de 50[438], 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, 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 «descobrimentos», 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*[439].
>
> *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*[440].
>
> *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*[441].

Alguns desses pretensos agentes curativos chegaram a suscitar a troca de correspondência entre os descobridores e os abalizadores dessas descobertas, descobertas essas rapidamente desacreditadas. Um bom exemplo foi a descoberta de um «milagroso medicamento» por Álvaro Guerreiro, exposta no jornal *República* de 3 de Abril de 1951 e referida no *Boletim do IPO* no 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. Neste

---

438 «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, n.º 11 (1952), p. 2.

439 ATHIAS, M. – «Organização geral da luta contra o cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 4, n.º 2 (1937), p. 3.

440 «Revista de Imprensa». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 12 (1952), p. 5.

441 NAMORA, Fernando – «O romantismo, o público e as doenças». *Boletim do IPO*. Vol. 30, n.º 3 (1963), p. 1.

sentido, passava-se em Portugal o que também tomava lugar noutras partes do mundo, onde cada vez com maior frequência os estabelecimentos anticancerosos 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 contra o cancro assumiu uma assinalável e agressiva luta contra o curandeirismo, processo que se materializou sobretudo nas publicações periódicas, incluindo artigos nos jornais, revistas, a afixação de cartazes e divulgação de slogans contra esses pseudo-médicos.

De molde a reforçar esta confiança, as campanhas contra o cancro visavam igualmente informar os médicos generalistas. 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[442], tema que também era utilizada pelos que viviam de práticas pseudo-médicas paralelas à medicina científica[443]. 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*[444].

Neste contexto, importava convencer os clínicos a assumirem uma atitude prudente e correcta aquando de uma qualquer suspeita oncológica. E não só. Também os farmacêuti-

---

442 «Explicava o bom homem terem atribuido 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, n.º 9 (1934), p. 7.

443 Cf. «O Rádio, os Raios X e as 'Boas Almas'». *Boletim do IPO.* Vol 8, n.º 3 (1941), p. 1-2.

444 GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e as suas responsabilidades». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 1.

cos, 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 os diagnosticados e os que tendo acorrido 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»[445].

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 anticancerosa em Portugal (...)»[446].

A utilidade das campanhas de sensibilização implicou 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.

> *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*[447].

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

---

[445] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 28.

[446] GENTIL, Francisco – «Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia.* Vol. 20, n.º 2 (1948), p. 138.

[447] MAGALHÃES, João de – «Quatro lições sobre tumores malignos. IV». *Boletim do IPO.* Vol. 3, n.º 4 (1936), p. 5.

compunham a UICC. Noutros, como foi o caso da Holanda, o receio de implementar uma eventual cancerofobia 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[448]. É verdade que a questão andou sempre no ar, mas para os médicos portugueses foi sempre preferível arrepiar 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 crear uma fobia do cancro. É preferível morrer de cancro sem o saber ou morrer conhecendo a sua doença?*[449]

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, incutindo-lhe a necessidade de estar atenta aos primeiros e possíveis sinais da doença.

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 sem-*

---

[448] 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), p. 271-289.

[449] «A Medicina no Estrangeiro (continuação) Sociedade Europeia do Cancro (Sua razão e seus fins)» *Jornal do Médico.* N.º 8 (Novembro de 1950), p. 27.

pre 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»[450].

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 apavorarem e repugnarem»[451]. 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 inicio 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[452], tal como refere Pinell[453]. 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.

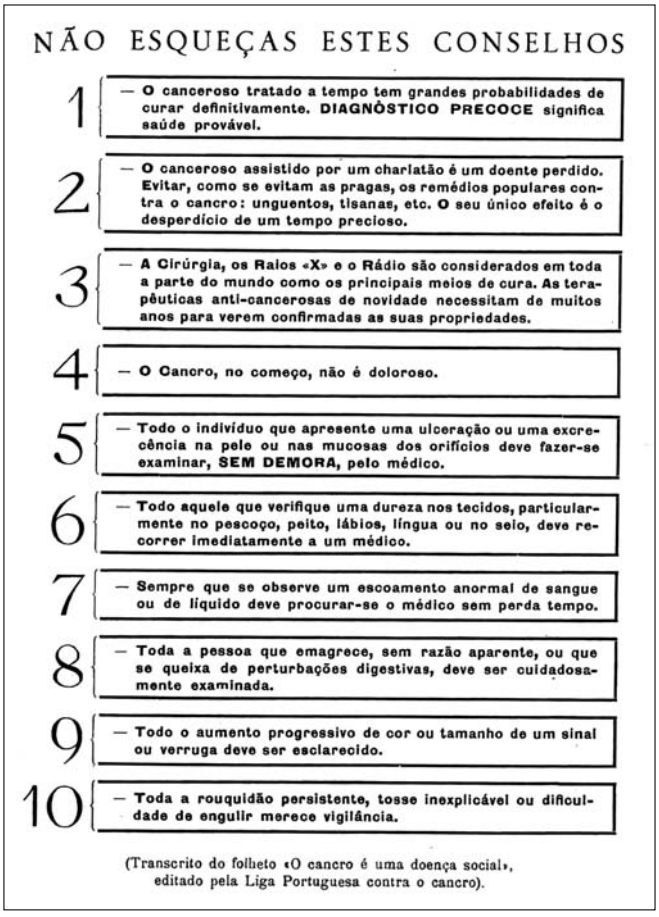
De facto, a gravidade social de que se revestia levara a um esforço informativo significativo, e tanto o IPO como a Liga desenvolveram-no no sentido de transformar o potencial doente, num potencial sentinela. O controlo do cancro passava pela interiorização de

---

[450] RODRIGUES, Álvaro – «O estado actual da luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do IPO.* Vol. 21, n.º 3 (1954), p. 7.
[451] NAMORA, Fernando – «Diagnóstico precoce e luta contra o cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 2.
[452] Cf. ELIAS, Norbert – *La Civilisation des mœurs.* Paris: Calmann-Lévy, 1975.
[453] Cf. PINELL, P. – *Naissance d´un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940).* Paris: Éditions Métailié, 1992, p. 300-312.

novas normas de autocontrolo. 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 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 Cirúrgia, 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 10: 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, n.º 11 (1953), p. 13.

Por meio dos organismos de propaganda, procurou-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[454], 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[455]. Estes instrumentos reclamavam um duplo objectivo: educar a população para a detecção precoce do cancro, e incutir a ideia de curabilidade da doença nas suas fases iniciais[456].

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[457].

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

---

[454] 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, n.º 11 (1934), p. 1-2.

[455] Cf. *Boletim do IPO.* Vol. 8, n.º 8 (1941), p. 5.

[456] 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.

[457] 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 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.].

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 socio-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»[458], 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 1.ª 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 Presidente da República e dos ministros das pastas da educação e obras públicas. Situado no Largo do Chiado, numa sala cedida pelo *Diário de Noticias*, 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.

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[459], onde incluía

---

[458] 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.

[459] Sobre a presença portuguesa nas exposições internacionais durante o Estado Novo, cf. ACCIAIUOLI, Margarida – *Exposições do Estado Novo: 1934-1940.* Lisboa: Livros Horizonte, 1998.

Foto 3: Aspecto da 1.ª 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, n.º 11 e 12 (1940), p. 6.

os resultados de recentes investigações de cientistas portugueses, que para 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 beneficamente a sua própria imagem, ao mesmo tempo que consolidava o estatuto do Instituto a nível interno e externo.

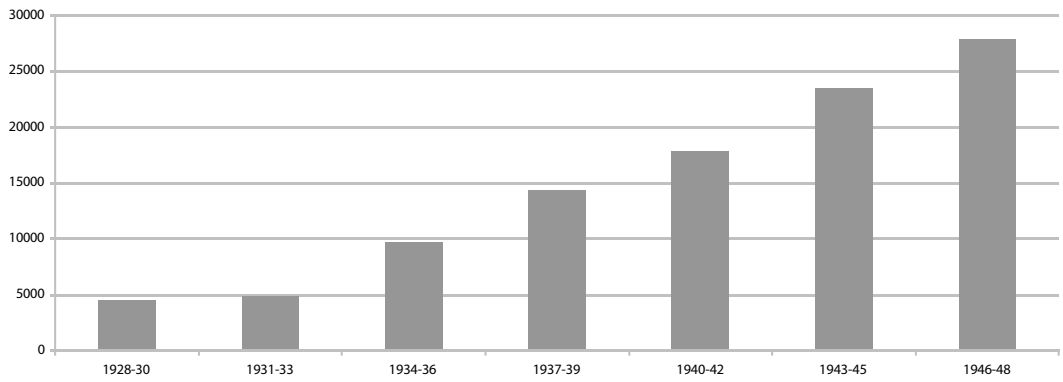
Mas a educação das populações assentava sobretudo noutras vertentes, onde a LPCC se tornara o principal agente divulgador. As publicações da Liga sobre noções básicas de luta contra o cancro começam a surgir a partir de 1942, difundindo-se posteriormente através das Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia. 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[460], o cancro era encarado claramente como uma doença social[461], 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 oncológico diferenciado, foi imediato, sobretudo entre os doentes, que nele encontravam um paradigma sanitário diferente. O número sempre crescente de assistidos nas instalações de Palhavã é sobejamente revelador dessa tendência (ver o gráfico 8).

Gráfico 8: Total de doentes assistidos no IPO (1928-1948)



Fonte: Boletim da Assistência Social. N.º 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.

[460] 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 4.º, n.º 37 a 40 (Março a Junho 1946), p. 29.

[461] Cf. a propaganda: PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo.* Lisboa: LPCC/IPO, 1953.

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[462].

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, 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, incutindo-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.

[462] Cf. o *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 7 (1961), p. 10.

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[463].

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 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 autovigilância 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 em matéria de educação para a saúde das massas e com défices evidentes na socialização da medicina.

---

[463] Cf. «Homenagem ao Prof. Edmundo Lima Basto». *Boletim do IPO*. Vol. 38, n.º 2 (1971), p. 1.

CAPÍTULO III

A ESTRUTURAÇÃO DO IPO NA GÉNESE DA LUTA CONTRA O CANCRO

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[464].

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 intersectar 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 onde a figura de Francisco 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.

---

[464] Fernando Namora in BOTELHO, Luis da Silveira (coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978, p. 8-9.

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 distinguira 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 anátomo-patologista – 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 rebuço 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»[465].

[465] BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 395.

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 ressalvou o seu carácter «(...) apaixonado, com um temperamento que lhe tornava o trato, por vezes, difícil»[466]. 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 tremerem as mãos e de não as ter suadas»[467]. 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»[468].

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»[469]. 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»[470].

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

---

[466] RICO, Toscano – «O Professor Francisco Gentil». *Arquivo de Patologia.* Vol. XXXVIII, n.º 3 (Dezembro de 1966) p. 71.

[467] «Memórias de uma lenda viva». *Nova Medicina. Boletim informativo da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.* Ano IX, n.º 16 (2005), p. 14.

[468] Cf. *Diário do Senado.* Sessão N.º 30, de 27 de Março de 1925, p. 4.

[469] Cf. GENTIL, Francisco – «Os superiores interesses dos cancerosos». *Boletim do IPO.* Vol. 15, n.º 7-12 (1948), p. 1.

[470] 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.* N.º 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945), p. 199.

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.

Na primeira reunião da comissão directora do Instituto Português para o Estudo do Cancro[471], 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 n.º 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 *Radiumhemet* 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 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

[471] Cf. a acta n.º 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.

mestras de organização que Gentil também perfilhava, mormente as premissas que atribuíam ao Instituto as diferentes funções de tratamento, ensino e investigação[472].

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*[473].

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 o quadro 14). A formação dos médicos e técnicos, nas suas diferentes especializações, também passou pelo mesmo processo.

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 m? de área construída[474]. A escala de uma estrutura desta natureza implicava um

---

[472] 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, p. 15-33.

[473] GENTIL, Francisco – «O Instituto: plantas e descrição». *Arquivo de Patologia.* Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 17.

[474] 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, n.º 1 (1930), p. 15-31.

Foto 4: Francisco Gentil (fila inferior, segundo lugar a contar da esquerda) e Bénard Guedes (fila intermédia, ao centro) no Congresso Internacional do Cancro em Madrid (1933). A participação em eventos desta natureza era pática corrente. Fonte: cortesia de Maria da Conceição Bénard Guedes.

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	3.º 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*.

sólido financiamento, extensível a uma adequada manutenção, implicando custos de operação que o sistema hospitalar português conhecera 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»[475] 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 obsolescentes 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 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.

[475] 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), p. 146-149.

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»[476].

Mas para as múltiplas tarefas e obrigações que se lhe impunham, as instalações da 1.ª 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 1.ª 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 3.as, 5.as e sábados e nos º e 4.º 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 (...)*[477].

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»[478].

---

[476] RAPOSO, Luis Simões – «O Instituto português para o Estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 58.

[477] GENTIL, Francisco – «A I.ª Clínica Cirúrgica». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 2-3.

[478] Cf. o *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão N.º 109, de 10 de Agosto de 1925, p. 9.

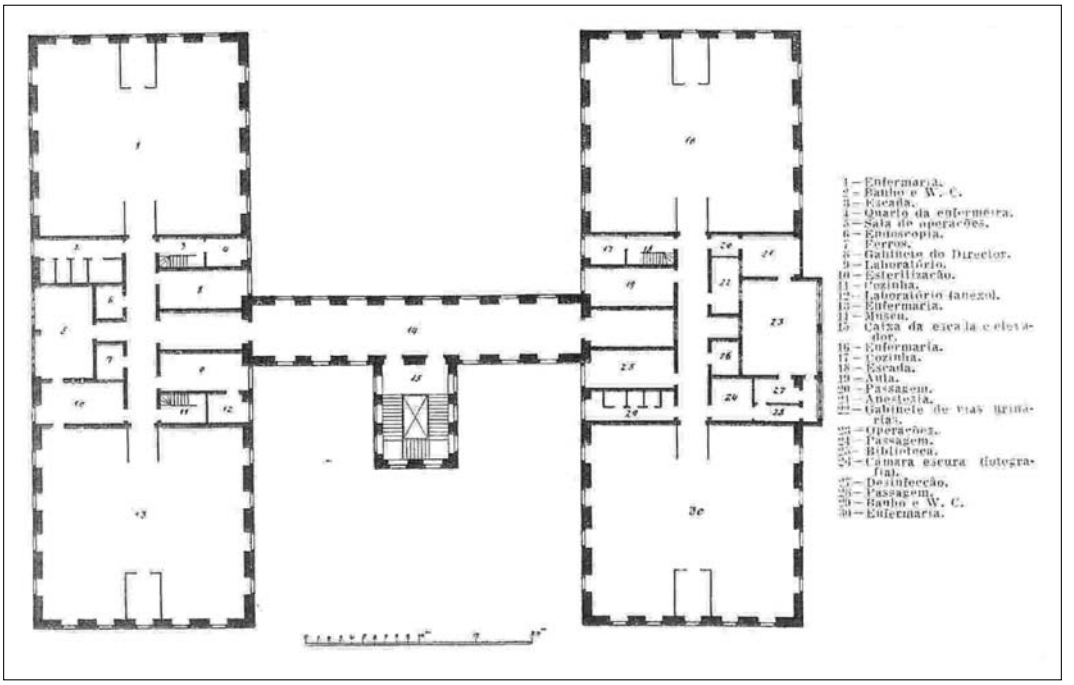


Figura 11: Planta da I.ª Clínica Cirúrgica em 1925, antes das modificações previstas. Trata-se de um serviço com 4 enfermarias de grandes dimensões, a que faltavam quartos de isolamento, salas de diatermia e electrocoagulação, e ainda laboratórios particularmente afectos ao estudo dos doentes oncológicos. Fonte: GENTIL, Francisco – «A I.ª Clínica Cirúrgica». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 19.

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 tratamento «(...) por terem nascido no único país que exportava rádio até à recente exploração das minas do Congo Belga»[479]. Desde os fins de 1923 a Outubro de 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[480].

[479] Preâmbulo que antecede o Decreto n.º 13.098, de 24 de Janeiro de 1927.
[480] Cf. o Decreto n.º 13.098, de 24 de Janeiro de 1927.

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[481]. 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*[482].

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[483]. 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

---

[481] Cf. o Decreto n.º 13.098, de 24 de Janeiro de 1927.

[482] Cf. as palavras de Gentil em PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO, 1939, p. 5.

[483] Para uma discriminação dos custos veja-se o Documento N.º 10 relativo às despesas efectuadas com a construção e instalação do Instituto até Novembro de 1928 in *Arquivo de Patologia.* Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 61-63.

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 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 anticancerosos da Europa. O percurso delineado permitiu um contacto directo com múltiplas instituições em França, Suíça, Alemanha, Dinamarca, Holanda, Bélgica e Espanha[484].

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 inclu-

[484] 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, n.º 1 (1930), p. 85-132.

sive dentro do mesmo burgo. Se bem que existia uma ideia genérica sobre a organização e meios técnicos a atribuir a um centro anticanceroso, 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 anticanceroso, completando as instalações com o equipamento julgado adequado. Em algumas cidades, apesar dos 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 anticancerosos 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 arquitectónicamente 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[485], permitiu a construção do edifício

[485] Cf. o Decreto n.º 19.456, de 7 de Março de 1931.

que seria durante muitos anos a imagem de marca da luta contra o cancro no 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 II.º Congresso Internacional de Radiologia realizado em Estocolmo[486]. 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 emanação de rádio e de manipulação de moldes, a biblioteca, enfim, – são instalações modelares, onde existe o mais moderno material de tratamento e estudo»[487].

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 emanação, 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 emanação. 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 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

[486] Vejam-se o capítulo VI das conclusões desse congresso sobre as «Normas para a protecção dos que trabalham com rádio» no anexo 4.

[487] 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, n.º 1 (1938), p. 7.

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[488]. 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[489]. A eficácia e economia desta solução inovadora para a época, chegou mesmo a ser aplicada em pelo menos mais dois centros norte-americanos[490].

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

Foto 5: O Pavilhão do Rádio em 1933. Fonte: Biblioteca de Arte. Fundação Calouste Gulbenkian. Fotografia sem data. Produzida durante a actividade do Estúdio Mário Novais: 1933-1983 [CFT003 057201.ic].

[488] 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* (III.ª Série). Ano LI, n.º 36 (23 de Setembro de 1933) p. 263-264.

[489] 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, p. 61-66.

[490] «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, n.º 11 (1952), p. 8.

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[491].

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:

> *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 sôbre todas elas, e muito em especial sôbre o cancro, nenhuma luz trouxeram ainda sobre a sua patogenia, pouco ou nenhum auxilio ao seu diagnóstico precoz, e nenhum benefício valioso por seguro para a sua cura*[492].

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 anticancerosa 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[493]. Deram-se início às expropriações necessárias, de modo a preparar os terrenos de

---

[491] Cf. a secção «Ecos e informações». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LIV (1936), p. LXIII.

[492] BASTOS, Henrique – «O cancro da próstata». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 13 (26 de Março de 1933), p. 83.

[493] Sobre os planos para os centros regionais, centros de diagnóstico, Liga e Sociedade de Oncologia veja-se GENTIL, Francisco – «Conferência inaugural do 3.º Ano de Reuniões Semanais do Instituto». *Boletim do IPO*. Vol. 4, n.º 11 (1937), p. 2-12.

Palhavã para a erecção dos vários blocos hospitalares previstos, que ficariam adjacentes às estruturas já existentes[494].

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[495]. A construção desses novos centros implicaria mais investimentos, quer em estruturas físicas, quer em equipamentos, quer em laboratórios, quer em rádio, pelo que as constrições 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[496]. 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»[497] não raro acompanhando os visitantes vestindo a habitual indumentária 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

---

[494] Cf. o Decreto n.º 27.985. *Diário do Governo*. I.ª Série. N.º 195, de 21 de Agosto de 1937, p. 873-874.

[495] 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 PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 5.

[496] 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).

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... (...)*[498].

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[499].

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[500]. Outro surgiu posteriormente em Alcácer. Com efeito, se nalguns casos o diagnóstico se podia realizar 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 evolucionando com maior ou menor rapidez, desenbocavam numa fatal generalização, inacessivel à terapêutica disponivel. 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.

---

[497] Cf. «Memórias de uma lenda viva». *Nova Medicina. Boletim informativo da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.* Ano IX, n.º 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.*

[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, n.º 1 (1938), p. 8.

[499] Cf. ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 26.

[500] Sobre o centro de Peniche, veja-se GENTIL, Francisco – «Centro cirúrgico de Peniche». *Clínica Contemporânea.* Vol. 1, n.º 2 (1946), p. 122.

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[501]. Apesar das dificuldades na obtenção dos materiais e transportes decorrentes da guerra mundial em curso, o asilo ficou construido em cerca de ano e meio, sendo doado pela Liga ao IPO em 17 de Maio de 1943, e inaugurado pelo Presidente da República[502]. 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 cancerosos pobres, que é o problema do seu alojamento, libertando-os de problemas difíceis e penosos*[503].

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 art.º 2 do Decreto-Lei n.º 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

[501] Cf. *Diário do Governo.* II Série. N.º 179 (3 de Agosto de 1942), p. 4131.
[502] Cf. *O Século Ilustrado.* Ano VI, n.º 282 (29 de Maio de 1943), p. 28.
[503] Cit. in BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos.* Mafra: Elo, 2000, p.45.

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%) vêem da provincia»[504].

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[505]. 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:

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, emanação 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 12.º 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

[504] BACELAR, José – «Assistência social aos cancerosos». *Boletim do IPO.* Vol. 7, n.º 2 (1940), p. 7.
[505] 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, n.º 1, 2, 3, 4 (1939), e GENTIL, Francisco – «A luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do IPO.* Vol. 4, n.º 11 (1937), p. 2.

uma série de inovações arquitectónicas e de organização funcional do espaço hospitalar. Como cobaia em laboratório de testes, não esteve isenta de percalços[506], 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 organização dos diferentes serviços. Pela sua originalidade, a solução encontrada para a circulação teria sido apresentada por Francisco Gentil e Hermann Distel[507] 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 (4.º, 5.º e 6.º 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:

6.º Andar – Internamento de cirurgia
5.º Andar – Internamento de cirurgia
4.º Andar – Internamento de cirurgia

---

[506] 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, n.º 1 (1953), p. 2.

[507] 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.

3.º Andar – Quartos particulares
2.º Andar – Terapêutica (bloco operatório, farmácia e transfusões)
1.º Andar – Diagnóstico (laboratórios e raios X)
r/c – Atendimento do ambulatório (admissão de doentes, consulta e colheita de análises)
Cave – Armazéns, rouparia e oficinas

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 as fotos 6 e 7).

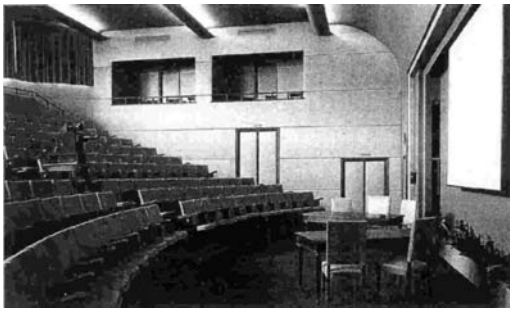


Foto 6: Anfiteatro do Bloco Hospitalar em 1948 e **Foto 7:** O novo bloco hospitalar em 1948. Com inauguração prevista para 29 de Dezembro de 1947, a data do evento foi deslocada para 28 de Maio do ano seguinte, de modo a coincidir com a comemoração dos 22 anos da Revolução do 28 de Maio de 1926.

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»[508].

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 III.ª 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 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 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[509].

---

[508] «Foi inaugurado o novo e imponente Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia». *Boletim da Assistência Social.* N.º 62 a 64 (Abril a Junho de 1948) p. 61.

[509] «Referências ao IPO». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 3 (1952), p. 5.

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*[510].

Na Argentina, Rafael Pineda publicava no diário argentino *La Capital* as suas impressões, destacando que o «(...) Bloco Hospitalar reune todos os progressos dos mais modernos centros mundiais de combate ao cancro, e no seu magnífico anfiteatro proferiram conferências os mais afamados cancerólogos»[511].

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 laudatório das instalações e método de trabalho, os elogios ao trabalho da equipa do Instituto ressalvavam o seu papel pioneiro no tocante à investigação realizada[512].

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 permanente-

---

[510] «Referências ao IPO». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 3 (1952), p. 5.
[511] «Referências ao IPO». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 4 (1952), p. 2.
[512] «Revista de Imprensa». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 2.

mente 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 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.

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*[513].
>
> 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

[513] ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 51.

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 sanitarista e cancerologista portuguesa, cujos saberes também foram influenciados pelas experiências vivenciadas na realidade europeia e norte-americana.

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»[514]. As instalações que observou em Madrid, pareceram-lhe sob este ponto de vista, modelares.

[514] RAPOSO, Luis Simões – «O Instituto Português para o Estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 60.

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[515], 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.

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 injecções 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 ressalvava 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

[515] Cf. o *Diário do Governo*, 2.ª Série, de 17 de Dezembro de 1929.

aplicados os diferentes métodos de tratamento, fossem a electrocoagulação, a fulguração, a röntgenterapia ou a curieterapia[516].

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 de qualidade, que «(...) para o estudo de um determinado número de problemas estão a par dos melhores que actualmente existem»[517]. 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 2.ª Comissão para o Estudo do Cancro, fruto dos seus recentes trabalhos sobre a fisiologia da célula cancerosa[518], 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 Gama[519] utilizou para se referir eufemísticamente ao Laboratório de Oncologia Experi-

---

[516] 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), p. 23-44.

[517] COSTA, S. Gomes da – «Os novos laboratórios de investigação scientifica do Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 2 e 3 (1930), p. 335. Neste artigo vêm discriminados todos os aparelhos adquiridos para equipar os laboratórios do instituto.

[518] Cf. ATHIAS, M. – «Cytologia do Cancro (resumo)». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV (1907), p. 165-168, e *idem* – «Cytologia Geral do Cancro». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*. Vol. 72 (1908), p. 110-142.

[519] Cf. GAMA, Marques da – «O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro». *O Médico*. Vol. 59, n.º 1023 (1971), p. 149-151.

mental, 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[520]. 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.

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

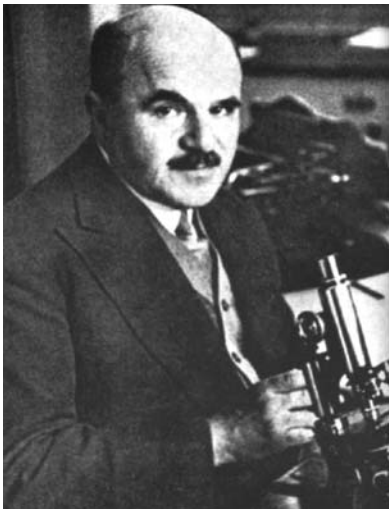


Foto 8: Marck Anahory Athias (1875-1946). De ascendência judaica, nasceu no Funchal, a 11 de Dezembro de 1875, tendo concluído o curso de Medicina na Faculdade de Medicina de Paris, em 1897. Foi aí que privou com histologistas e fisiologistas de renome internacional, entre os quais Mathias Duval, discípulo 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»[521].

---

[520] 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, n.º 1 (1947/48), p. 1-17; *idem* – «A vida e a obra científica de Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia.* 26 (1948), p. 145-227; *idem* – «Homenagem ao Professor Marck Athias». *Imprensa Médica.* Vol. 1, n.º 18 (1935), p. 390; *idem* – «Athias e a investigação científica». *Cadernos Científicos.* Vol. 1, n.º 3 (1946), p. 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), p. 524-534, VILHENA, Henrique de – «Sobre Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia.* 26 [1948-49] (1949), p. 107-108; GUIMARÃES, J. Afonso de – «A personalidade do Prof. Marck Athias». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13 (1947), p. 266-268; MIRA, M. B. Ferreira de – «Athias e a investigação científica». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13 (1947), p. 269-270; FONTES, Joaquim – «Marck Athias, fisiologista». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13 (1947), p. 270-276, GENTIL, F. *et al.* – «Marck Athias». *Arquivo de Patologia.* Vol. 21, n.º 2 (1949), p. 93-390.

[521] 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.

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[522].

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 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[523]. 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-americano[524]. 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

---

[522] 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*. N.º 5 (2005), p. 263-282.

[523] 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.

[524] Cf. estas críticas em GREENBERG, Daniel S. – *The Politics of Pure Science.* New York: New American Library, 1968.

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 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[525].

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[526], o trabalho de Marck Athias no IPO foi o de um autêntico 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[527]. 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.

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[528], seguindo-se ao longo de vários anos as experiências de cancerisação por agentes oncogénicos em animais de laboratório até finais da década de 30, desta-

---

525 Cf. ATHIAS, M. – «O Valor da Experimentação em Cancerologia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano 58 (1941), p. 262-270.

526 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), p. 141-149 e ainda DIAS, M. T. Furtado – «O Prof. Athias como investigador no Instituto Português de Oncologia». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13 (1947), p. 276-279.

527 Cf. ATHIAS, M. – *Actividade Científica.* In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO, 1939, p. 51-59.

528 ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «Contribuição para o Estudo da Inervação dos Tumores». *Arquivo de Patologia.* Vol. 4 (1932), p. 138-161.

cando-se em particular os estudos sobre tumores espontâneos e experimentais e as suas metaplasias[529].

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 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*[530].

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[531]. Desenvolvendo um trabalho sobre as funções do ovário e os estrogéneos, verificou que o tumor espontâneo da mama das ratazanas era exclusivo das fêmeas, mas que podia ser igualmente provocado em ratos

---

[529] ATHIAS, M. – «Lesões do testículo produzidas por injecções intersticiais de alcatrão». *Jornadas Médicas.* Orense, 1936; *idem* – «Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales». *Arquivo de Patologia.* Vol. 8 (1936), p. 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), p. 585-586. ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Methylcholantrène chez le Rat». *C. R. Soc. de Biologie de Paris.* 127 (1938), p. 237-238; 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), p. 659-663.

[530] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 53-54.

[531] ATHIAS, M. – «Hormonas Estrogéneas e Neoplasias Mamárias». *Imprensa Médica.* 24 (1940), p. 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), p. 381-393; ATHIAS, M. – «Metaplasias em Tumores Experimentais». *Imprensa Médica.* 12 (1941), p. 1-11; *idem* – «Les Formations Corio-Épithéliales de l'Ovaire du Cobaye». *Arquivo de Patologia.* Vol. 15 (1943), p. 293-315; *idem* – «Deux Cas d'Embryome de l'Ovaire chez le Cobaye». *Arquivo de Patologia.* Vol. 16 (1944), p. 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), p. 370-390.

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 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*»[532].

O Instituto foi igualmente o refúgio esporádico de outro cientista caído em desgraça perante o Governo, igualmente por razões políticas: Abel Salazar[533]. 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»[534].

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 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,

---

[532] 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.

[533] 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.

[534] 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.

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[535]. 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[536].

Essencialmente de ordem clínica, os assuntos cancerológicos que mais prenderam a sua atenção foram o cancro da mama e do útero, 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 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 Sciencias 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 (ver gráfico 9).

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.

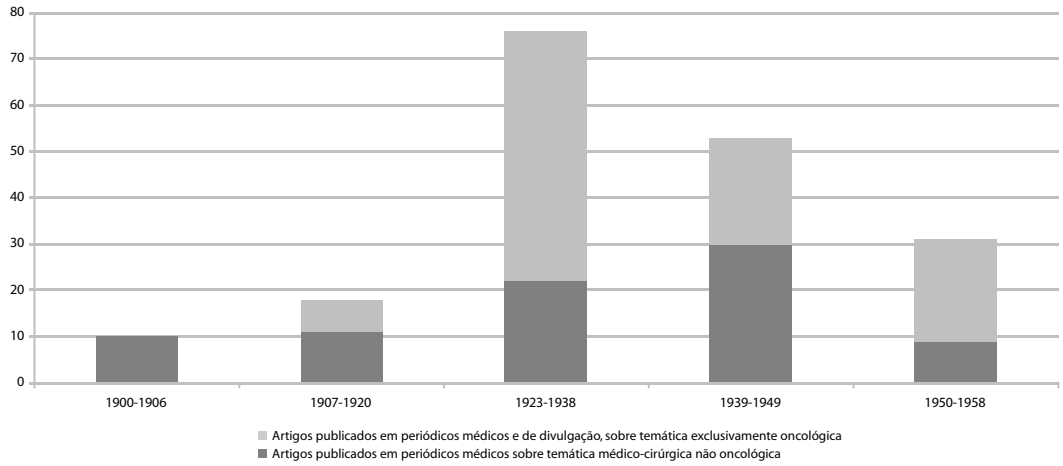
Como era apanágio do pensamento de Gentil, os sucessos e insucessos eram as duas faces de uma moeda que só tinha valor quando se encontravam reunidas num mesmo lugar, daí que a publicação dos resultados fosse revestida de um sentido crtítico perma-

---

[535] Cf. GENTIL, F. – «Greffe 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.º 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.º 1 (1931), p. 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.º 5 (1939), p. 843.

[536] Cf. GENTIL, Francisco; DIAS, M. Th. Furtado – «Étude d'une nouvelle technique pour l'application viscérale du radon». *Arquivo de Patologia.* Vol. 22, n.º 3 (1950), p. 292-303.

Gráfico 9: Artigos publicados por Francisco Gentil em periódicos científicos (1900-1958)



Fonte: Bibliografia de Francisco Gentil. Cf. o anexo 3.

nente: «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»[537].

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[538], 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[539]. Os temas versavam principalmente a patologia oncológica ginecológica-mamária e o uso terapêutico das radiações, associação que se fez por longos anos no seio

[537] GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social.* N.º 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 15.

[538] 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». *Sonderbdruck 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 curiethérapie uterovaginale». *V.ª Congrès Int. Physiothérapie.* Liège (1931), e *idem* – «Roentgenterapia do cancro da mama. Primeiros resultados». *Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Vol. 62 (1944), p. 113.

[539] Cf. GENTIL, Francisco; GUEDES, F. Bénard – «Sobre curieterapia nos carcinomas do útero». *Lisboa Médica.* Vol. 2, n.º 8-9 (1925), p. 405 e *idem* – «Sobre roentgenterapia no cancro da mama. Técnica; resultados». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1 (1925/ /1928), p. 122-137.

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[540].

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 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»[541].

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.

---

[540] 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.

[541] SOUSA, Jaime Salazar de – «Necessidades actuais do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano L, n.º 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 383.

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 prossector 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. Nessa altura, a histologia era uma das 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 Noüy. 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[542].

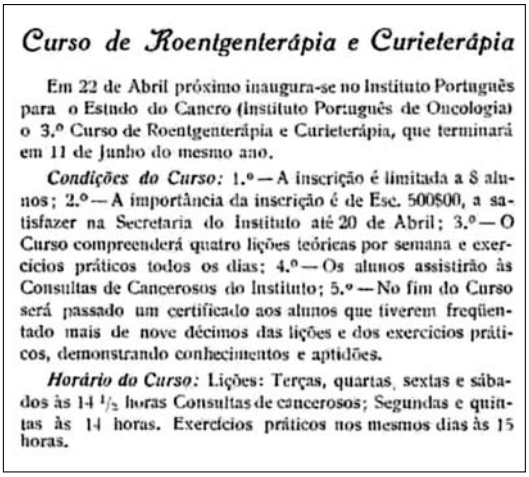
A presença destes destacados investigadores, alguns deles, na altura como ainda hoje, considerados pioneiros na investigação experimental do cancro, é exemplificativa do estabelecimento de um intercâmbio dirigido ao que de melhor se fazia nesse tempo.

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

[542] Cf. as duas séries de lições de 1938-39 encontram-se publicadas no *Arquivo de Patologia*. Vol. 11, n.º 1 e 2 (1939).

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 biomédicas[543] 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[544]. No contexto interno, para além do *Arquivo de Patologia*, também é possível encontrar artigos em todas as principais revistas médicas portuguesas coevas, dos *Archives Portugais des Sciences Biologiques* à *Medicina Contemporânea,* passando pelo *Boletim da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, Imprensa Médica, Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, Lisboa Médica* e *Portugal Médico.*

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



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 freqüentado 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 ½ horas Consultas de cancerosos; Segundas e quintas às 14 horas. Exercícios práticos nos mesmos dias às 15 horas.

Figura 12: Anúncio do *3.º Curso de Roentgenterápia e Curieterpia* na imprensa médica (1930). A formação médica na área das tecnologias terapêuticas da radi terapia teve particular ênfase no IPO, sobretudo ao longo dos anos 30. Fonte: *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 11 (16 de Março de 1930), p. 100.

[543] 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 Civis 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.

[544] A listagem é constitutida por: *Acción Médica, Anales de Medicina Interna, Archives d´Electricité Médicale, Archivio Italiano di Chirurgia, Archivos Españoles de Oncologia, Biochemische Zeitschrift, Boletin 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.*

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:

> *(...) 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 (…)*[545].

Do mesmo modo, Celestino da Costa debateu-se por longo tempo com a necessidade de transformação do tecido científico nacional, referindo frequentemente o atraso em matéria de investigação própria nos primeiros trinta anos do século XX:

> *Portugal não tem constituído meio próprio sobre a Sciência. Assim, tem visto morrer muitas tentativas brilhantes de criação scientífica. Nas poucas vezes que no nosso país a investigação tem florescido, tem-se visto, precisamente, criar-se e desenvolver-se um meio scientífico. Quando um sábio consegue reünir a sua volta discípulos de merecimento, aos quais comunica o gôsto pelo estudo da sciência, formando assim escola, a sua obra tem probabilidades de perdurar*[546].

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[547], 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 insta-

---

[545] SOUSA, Jaime Salazar de – «Necessidades actuais do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano L, n.º 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 386.

[546] COSTA, A. Celestino da – «Considerações gerais sôbre a investigação scientífica em Portugal». *Lisboa Médica.* Ano 7. 11 (1930), p. 93.

[547] 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), p. 301-328.

lações 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 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[548].

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 agaradáveis 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*[549].

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[550], considerado o centro de excelência mundial na área da radioterapia e um dos melhores centros anticancerosos do mundo, ilustra bem o alto nivel de preparação técnico-científica que

---

[548] Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 18, n.º 11 e 12 (1951), p. 26.

[549] PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 28.

[550] 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.

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[551].

A própria edificação dos diferentes pavilhões do IPO também obedeceu à transferência de conhecimentos sobre a protecção contra radiações, trabalho muito 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»[552].

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.

---

[551] 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, n.º 3 (1989) p. 102-111.

[552] GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social*. N.º 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»[553]. 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[554].

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.

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.

---

[553] Portaria n.º 10.581. *Diário do Governo*. I.ª Série. N.º 8, de 13 de Janeiro de 1944, p. 24-25.

[554] Cf. ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 58.

3. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL, FINANCIAMENTO E MODELO DE FUNCIONAMENTO

O doente é, felizmente, como o capital,
e aflui onde sente poder confiar[555].
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[556], e por longo tempo o IPO se manteve englobado nas poucas estruturas higio-sanitárias sob a alçada do poder político, controlo 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[557].

A reforma dos serviços de saúde e assistência de 1945[558], 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 adquiri-

[555] GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)». *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 1 (1953), p. 2.
[556] No seu artigo 40.º, 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, Art.º 40.º.
[557] Cf. o DL n.º 36.600, de 24 de Novembro de 1942.
[558] Cf. o DL n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

das no decorrer do trabalho. Esta acção assistencial e profilática era desenvolvida através de institutos especializados, concebidos como órgãos de coordenação da assistência[559]. 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[560].

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[561].

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 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

---

559 Vejam-se as Bases VII e seguintes da Lei n.º 1.998 e ainda os artigos 113.º e seguintes do DL n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

560 Cf. a Base III e IV da Lei n.º 1.998, de 15 de Março de 1944.

561 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.º, n.º 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,* 6 de Abril de 1961, p. 1295.

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	Neoplastias malignas	Neoplastias benignas	Sem neoplastia
1928	952	–	627	35	290
1929	1.552	570	1.026	170	326
1930	1.992	470	1.201	93	698
1931	2.226	234	1.275	227	724
1932	2.406	176	1.353	241	809
1933	2.532	1.714	1.330	267	935
1934	2.821	1.895	1.442	265	1.114
1935	3.188	2.161	1.839	Incluídas	1.349
1936	3.550	2.270**	2.034	Incluídas	1.691/175*
1937	3.223	2.025**	2.184	Incluídas	2.144/1.045*
1938	3.615	1.875**	1.901	443	2.577/1.306*
1939	3.827	2.131	2.572	520	2.537/1.282*

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[562]. 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 incluídos 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, satisfaziam o preço da tabela das consultas e tratamentos, segundo tabela aprovada na instituição. A 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 Administrativo[563] e a Lei n.º 1.998 de 15 de Março de 1944[564], 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.

---

[562] Cf. FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932).

[563] Nos termos do n.º 7 do artigo 751.º do Código administrativo, a responsabilidade das Câmaras circunscrevia-se apenas às despesas de tratamento e de transporte relativas a doentes admitidos nos Hospitais Civis 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.

[564] Cf. o Estatuto da Assistência Social de 1944, aprovado pela Lei n.º 1.998, de 15 de Março de 1944.

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, 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[565].

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[566].

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 também em débito, por conta de anos anteriores, a importância de 70.631$00, da mesma proveniência[567].

---

565 MORATO, Manuel João Xavier – «Luta anti-cancerosa em Portugal e as Câmaras Municipais». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 53 (31 de Dezembro de 1933), p. 391.

566 FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932), 10-II-1932.

567 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.

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[568]. O aumento crescente de doentes, e consequentemente, 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 cerca de 50$00 por dia, dos quais 30$00 eram suportados por rendimentos próprios da instituição[569].

Com efeito, o financiamento do IPO viu-se minorado pela publicação do Decreto n.º 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 governa-

[568] Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO, 1939.
[569] Cf. GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 10.

mentais, a manutenção do estabelecimento fez-se à custa das receitas próprias e de dificuldades acrescidas na necessária expansão dos centros regionais.

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 1.º 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 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 framento/ /fragmentos a analisar[570]. 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*[571].

[570] 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* (III.ª Série). Ano LI, n.º 41 (8 de Outubro de 1933), p. 297-299.
[571] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 75-76.

Contudo, este procedimento implicava a existência de anátomo-patologistas em quantidade e qualidade, uma vez que exigia preparação e experiencia 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-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 alvores 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[572].

Os pobres formavam a esmagadora maioria da crescente massa de 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[573]. 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[574]. 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.

E se possuímos dados claros sobre a proveniência geográfica e estrato social dos doentes, noutros parâmetros a estatística não nos permite extrair conclusões tão céleres. A efi-

---

572 PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO, 1939, p. 13-14.

573 Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO, 1939, p. 21.

574 Cf. «Balanço geral dos doentes enviados ao Instituto pelas várias provincias e colónias do país». *Boletim do IPO.* Vol. 5, n.º 5 (1938), p. 7-8.

cácia 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 destras 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).

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

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)

utilizar em mais de 90% das dotações, pelas restrições entretanto impostas em 1937[575]. 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[576]. Das 2036 consultas realizadas em 1928, passara-se para as 5.835 em 1931, 6101 em 1935, atingindo-se as 11 735 em 1939. Os pensos realizados conferem uma dimensão ao trabalho de enfermagem, que dos 2954 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[577]. 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).

Quadro 17: Evolução do número de actos terapêuticos (1928-1939)

Ano	Rontgenterapia	Curieterapia*	Diatermia	Actos cirúrgicos**
1928	6.528	485	361	–
1929	8.977	s/d	1.599	–
1930	9.243	s/d	2.965	–
1931	10.986	–	3.582	–
1932	13.765	–	3.596	–
1933	11.400	–	4.709	–
1934	12.170	477	4.558	–
1935	14.942	5.315	4.017	476
1936	13.000***	5.000***	s/d	s/d

575 Cf. a autorização no Decreto n.º 29.150, de 18 de Novembro de 1938. Quanto às limitações impostas aos gastos veja-se o Decreto n.º 28.409, de 31 de Dezembro de 1937.

576 Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 1, n.º 1 (1934), p. 5.

577 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, p. 36-49.

Ano	Rontgenterapia	Curieterapia*	Diatermia	Actos cirúrgicos**
1937	21.236	1.709	s/d	204
1938	26.600	1.880	s/d	282
1939	29.026	2.439	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 1.ª 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	1.061
1929	205	769	1.245
1930	434	850	943
1931	358	1.020	1.289
1932	601	1.005	1.182
1933	794	1.009	1.348
1934	0	1.050	1.486
1935	0	1.027	2.629
1936	s/d	1.277	2.963
1937	s/d	1.386**	4.868
1938	s/d	2.000	7.300***
1939	s/d	2.368	9.950

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[578]. Os números correspondentes a 1949 mostram um total de 10 614 novos inscritos, 79 698 consultas, 60 052 tratamentos por raios X, 1382 operações de «alta cirurgia», 2371 cirurgias em ambulatório e 4473 tratamentos por rádio ou radão[579]. 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	4.881	10.614	9.833	9.257	12.364	12.297	11.738	11.906	11.165	11.658	12.496	12.063
Consultas	19.650	79.698	87.461	78.601	95.988	82.540	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Alta Cirurgia*	905	1.382	1.257	1.170	1.627	956	1.177	1.144	1.156	1.247	1.258	1.671
Cirurgia de ambulatório**	2.047	2.371	2.414	2.538	2.003	6.809	6.977	6.959	7.185	7.035	7.467	7.139
Tratamentos por raios X (inclui o serviço de Chaoul)	47.230	60.052	67.066	72.556	71.208	86.598	58.447	64.327	64.934	65.080	81.372	83.364
Tratamentos por radio e radão	4.706	4.473	4.842	5.041	4.963	3.546	5.277	7.514	7.392	7.444	8.589	9.301
Radiografias e radioscopias	703	2.657	4.520	4.844	5.316	6.142	9.494	19.148	18.725	17.854	21.061	21.343
Análises clínicas	17.501	27.463	33.823	32.603	35.490	37.329	40.477	32.284	36.344	40.030	45.665	45.060
Análises histológicas	5.373	6.475	6.518	6.726	7.493	8.400	8.793	8.892	9.481	9.681	9.693	9.776

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.

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[580].

[578] Cf. RAPOSO, Luis – «Coimbra e o problema do cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 6.
[579] Cf. «Estatística da Luta Anti-Cancerosa em Portugal». [1949]. *Boletim do IPO*. Vol. 18, n.º 1 (1951), p. 9-12.
[580] Cf. «Como utilizar os serviços do IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 7 (1953), p. 14.

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[581].

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»[582].

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.

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 7.º 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,

---

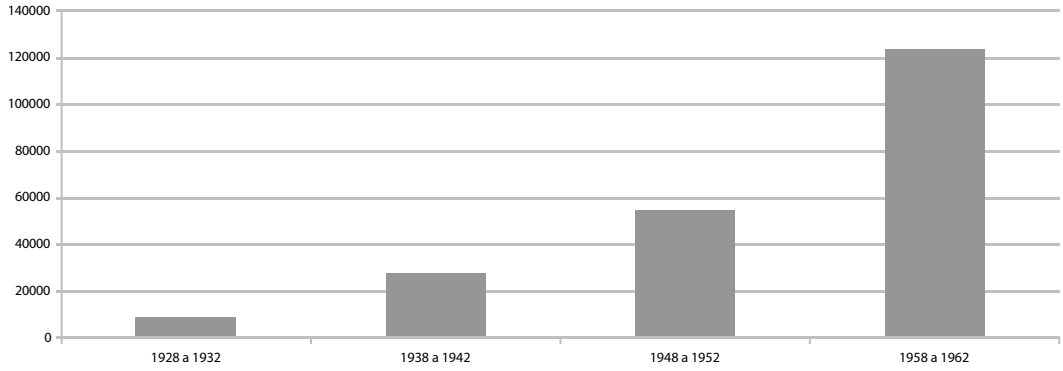
[581] Cf. «Serviço de visitação domiciliária do Instituto Português de Oncologia». *Hospitais Portugueses.* N.º 50-51 (Abril-Maio de 1956), p. 7-15. Também transcrito no *Boletim do IPO* (Março de 1956).

[582] «Urge construir na capital do norte o centro anticanceroso já projectado oficialmente». *Diário Popular.* Transcrito in *Boletim do IPO.* Ano 25, n.º 1 (1958), p. 7.

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 (veja-se o gráfico 10).

Gráfico 10: Resumo do movimento de doentes (1928-1962)



Fonte: *Boletim do IPO*. Vol. 37, n.º 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[583].

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 (...)[584].

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[585]. 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[586].

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 conheci-

583 «Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades». *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 9.

584 NAMORA, Fernando – *Deuses e demónios da medicina, Duas Palavras*. Lisboa: Livros do Brasil, 1952.

585 Cf. CAMPENHOUDT, Luc Van – *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003, p. 262.

586 Cf. CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares*. 3.ª ed. Porto: Afrontamento, 1998, p. 58 e seguintes.

mentos 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 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»[587]. 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[588].

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[589].

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 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

---

587 MACHADO, Roberto – *Introdução – Por uma Genealogia do Poder*. In FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1993, p. XXI-XXII.

588 Cf. LARSON, M. S. – *The Rise of professionalism. A Sociological Analysis.* Berkley & Los Angeles: University of California Press, 1977.

589 Cf. CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard – *L´acteur et le système. Les contraintes de l´action collective.* Paris: Éditions du Seuil, 1977, p. 61-68.

decisões acerca das políticas médicas e hospitalares específicas, às que correspondem processos específicos de produção e reprodução das relações de poder[590].

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 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.

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 Instituo 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,

[590] CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares.* 3.ª ed., Porto: Afrontamento, 1998, p. 22-23.

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[591]. 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 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] ás 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»[592].

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 (…)»[593] 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 convições políticas que perfilhava eram indesmentidas. Na pior das hipóteses existia um

---

591 Cf. a revista *ABC*. Ano XI, n.º 563 (28 de Maio de 1931), e o *Notícias Ilustrado* (II.ª Série). N.º 82 (5 de Janeiro de 1930) e N.º 291 (7 de Janeiro de 1934).

592 FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932), 4-V-1932.

593 FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932), 23-II-1932.

apoio tácito deste último relativamente às linhas de direcção dos destinos políticos e sanitário-assistencialistas do país, tal como eram assumidas e enquadrados 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 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*[594].

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 anticanceroso 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 demoledoras 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 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*

---

[594] 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.

tirania 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[595].

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 IV.º 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[596].

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[597], 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 conduziu à ausência evidente de uma planificação técnica séria, tanto ao nivel 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

[595] GOYANES, José – «La Lucha contra el Cáncer en España». *Arquivo de Patologia*. Vol. 11, n.º 1 (1939), p. 7-8.

[596] ATHIAS, M. – «Organisation de la Lutte contre le Cancer au Portugal». *Arquivo de Patologia*. Vol. 6 (1934), p. 541.

[597] 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.

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[598]:

> *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*[599].

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 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»[600].

A edição desta obra teve um particular impacto na imprensa médica[601], 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 recensões, atribuindo-lhe um particular destaque e ressalvando 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»[602].

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

---

598 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.

599 «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.* N.º 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945) p. 200.

600 GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia.* Lisboa: 1951, prefácio.

601 Cf., por exemplo, o destacado artigo «O Instituto Português de Oncologia». *Jornal do Médico.* N.º 58 (5 de Dezembro de 1952), p. 521.

602 GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o instituto português de oncologia.* Lisboa: 1951, prefácio.

Ministério da Educação Nacional, é a prova evidente da destrinça 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 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 alocuções propagandísticas 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*[603].

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

[603] 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, n.º 5 (1950), p. 6.

imprensa nacional ou internacional, logo a propaganda se encarregava de a tornar visível, fazendo pleno uso do seu impacto na glorificação do regime[604]. 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 durante a abertura do novo ano académico, que teve lugar no Instituto[605]. 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[606]. 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[607]?»

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 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 oncolo-

---

604 A título de exemplo, cf. «Referências ao IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 7-8.

605 Cf. «Abertura do novo ano académico no Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 1.

606 Cf. «Os Delegados da OMS no IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 12.

607 MELLO, Martinho Nobre de – «A propósito do Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 25, n.º 4 (1958), p. 6.

gia, 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[608].

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 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 ques-

[608] 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, n.º 10 (1939), p. 1-6, N.º 11 (1939), p. 3-8, e N.º 12 (1939), p. 4-5.

tão 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[609].

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 socioeconómicas 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 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[610] 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[611]?»As diferenças orçamentais entre os diferentes Institutos eram claras, mas reflectem uma actividade policlínica muito intensa, onde a componente de investigação absorvia uma fatia

[609] Sobre o relacionamento entre a classe médica e o poder político em Portugal no pós-2.ª guerra veja-se COSTA, Rui Manuel Pinto – *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974). Afirmação, legitimação e ordenamento profissional.* Porto: U. Porto editorial, 2009.

[610] 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, n.º 7/9 (1952), p. 1-2.

[611] GENTIL, F. – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)». *Boletim do IPO.* Vol. 20, n.º 1 (1953), p. 1.

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 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[612]. 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.

---

[612] 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 n.º 514». *Actas da Câmara Corporativa.* N.º 133, de 24 de Maio de 1961, p. 1431-1433 e *Diário das Sessões.* Sessão n.º 46 (16 de Março de 1962), p. 1063-64.

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 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*[613].

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 cen-

[613] Parecer 42/VII Projecto de proposta de lei n.º 514». *Actas da Câmara Corporativa.* N.º 133. VII Legislatura, de 24 de Maio de 1961, p. 1431-1433.

tralização do combate ao cancro em institutos de oncologia[614], 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 órganismo internacional de coordenação de todos os assuntos sanitários, o colocou a cargo de uma outra organização – a União Internacional Contra o Cancro.

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[615].

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 n.º 2.120.

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 anticancerosa. 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.

---

[614] Caso do Frances Delafield Hospital, anexo à Universidade de Columbia, e ainda do Memorial Center for Cancer and Allied Diseases, da Universidade de Cornell.

[615] Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão n.º 99 (25 de Novembro de 1967).

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[616].

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 controlo 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 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[617], pareceria 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 ante-projecto[618]

[616] «Centro Nortenho de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 41, n.º 1 (1974), p. 4.

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 (…)*[619].

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,

---

[617] 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.º 732-737.

[618] Cf. o desenho assinado por Alberto Silva: «Ante projecto do centro Regional Anti-canceroso de Coimbra». FBB/OBRS/ /PLAN/CRAC/1, [s.d.]

[619] BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 395-397.

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 doía; que a Província pudesse ser a primeira em qualquer coisa… Que ultraje[620]!» 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 peditório e outros donativos da Liga foram afectos à construção de um asilo nos espaços de Palhavã, como de facto sucedeu.

Com efeito, após a concretização do centro de luta anticancerosa 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 a gestão na capital, 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.

---

[620] BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 401-402.

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 2.ª Guerra Mundial, e mesmo depois da reforma dos serviços de saúde e assistência em 1949, a sua criação esteve longos anos congelada, apesar de estarem expressamente considerados na Base X da Lei n.º 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[621]?»

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[622].

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»[623].

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*

---

[621] GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social.* N.º 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 18.
[622] Cf. «A criação dos centros regionais». *Boletim do IPO.* Vol. 17, n.º 4 (1950), p. 3.
[623] GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre os hospitais escolares (1)». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 7/9 (1952), p. 14.

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 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?[624]».

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[625].

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[626] (veja-se o quadro 20).

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[627].

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:

---

[624] Palavras de Cerqueira Pinto na sessão de 22 de Abril de 1950 da Assembleia Nacional, in *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 5 (1950), p. 6.

[625] Cf. VASCONCELOS, Taborda de – «Mais do que a Tuberculose – o Cancro…». *Diário Ilustrado*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Vol. 25, n.º 8 (1958), p. 8-9.

[626] 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.

[627] 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.

Quadro 20: Taxas de mortalidade comparadas, por 1.000 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*. N.º 133 (24 de Maio de 1961), p. 1462.

> *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*[628].

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 2.ª Guerra, com a simples diferença que a doença agora visada era francamente 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*

[628] *O Século* (Novembro de 1957), in «Um terrivel flagelo humano». *Boletim do IPO*. Vol 34, n.º 11 (1957), p. 7.

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[629].

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 1.300 casos em 1945, passava-se para os 3.059 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 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 1.998. Em Março desse mesmo ano de 1950, o Instituto atendia mais de 9.000 pessoas[630], 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

[629] Palavras de Urgel Horta in *Diário da Sessões*. Sessão n.º 46 (16 de Março de 1962), p. 1063-1064.
[630] Cf. «Notícias dos Hospitais». *Hospitais Portugueses*. N.º 7 (1950), p. 53.

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 construiram os centros do Porto, Coimbra, Évora, Portalegre e outros…»[631].

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 Instituo 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!*[632].

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[633], mas apesar disso o

[631] «A Oncologia em Espanha». *Hospitais Portugueses.* N.º 9 (Janeiro-Fevereiro 1951), p. 55.

[632] GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 8.

[633] Cf. *Boletim da Assistência Social.* Ano 9.º, n.º 101 a 106 (1951), p. 142.

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 n.º 2.011 de 2 de Abril de 1946, na primeira fase do plano de assistência hospitalar, a realizar no prazo de um decénio, seria inscrita anualmente no Orçamento do Ministério das Obras Públicas a dotação de 50.000.000$00 de escudos[634]. Passados seis anos as dotações orçamentais atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não somaram senão uns magros 67.500 contos[635]. 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[636], 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*[637].

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

---

[634] 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.

[635] 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), p. 57-58.

[636] FERREIRA, Coriolano – «Memória – Acerca do regulamento-tipo dos hospitais regionais, elaborada em obediência ao despacho de 1 de Abril de1960». *Boletim da Assistência Social.* Ano 19.º, n.º 145 e 146 (1961), p. 28-30.

[637] LIMA, Eugénio – «A vida financeira nos Hospitais Portugueses» *Boletim do IPO.* Vol. 20, n.º 9 (1953), p. 2.

planeamento do sector da saúde e assistência, influindo 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 2.º 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»*[638].

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.

---

[638] RAPOSO, Luis – «Coimbra e o problema do cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 6.

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»[639], 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 de saúde, paralela à definida para os demais sectores sanitários. A questão das verbas era agora mais significativa do que noutros tempos, e as constrições 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[640].

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[641], 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, plas-

[639] Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão n.º 165 (11 de Dezembro de 1964), p. 4099.

[640] Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão n.º 165 (11 de Dezembro de 1964), p. 4099-4100.

[641] Cf. «O anteprojecto do Hospital de Évora destinado ao tratamento de cancerosos». *Hospitais Portugueses*. N.º 66 (Dezembro de 1957), p. 59-60.

mado nessa expressão jornalística utilizada em 1958, e que resume o estado de concretização do projecto[642]. 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.

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 relembrava 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»[643].

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[644].

Exceptuando o estabelecimento de Palhavã, o primeiro centro anticanceroso a ser materializado foi o de Coimbra, inaugurado em Dezembro de 1961, com uma área geo-

---

642 Cf. «Um silêncio inquietante». *Notícias de Évora.* Transcrito in *Boletim do IPO.* Vol. 25, n.º 6 (1958), p. 7.

643 NAMORA, Fernando – «Diagnóstico precoce e luta contra o cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 3.

644 «Às 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 óptimo, porque decerto é melhor ouvido de que nós outros». In BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 438.

gráfica 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 e acuidade do flagelo do cancro, clínica ou socialmente consideradas, teria outro vulto e uma mais ampla projecção*[645].

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[646].

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[647].

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 histológi-

---

645 «Foi inaugurado o centro anticanceroso de Coimbra». *Boletim do IPO*. Vol. 29, n.º 1 (1962), p. 2.

646 Acerca deste assunto veja-se BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. 2.ª ed. Vol. VI. Coimbra: [s.n.], 1961, p. 330-338.

647 O demais capital foi atribuído aos centros de Lisboa e Coimbra, dedicados sobretudo ao reequipamento clínico, ao equipamento de cobalto e curieterapia, 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, n.º 5 (1963), p. 9-10.

cas que lhe eram remetidas, e que uma vez analisadas eram devolvidas com os respectivos boletins descritivos ao Hospital de Luanda, onde existia 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*[648].

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 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*[649].

---

[648] *Diário das Sessões*. Sessão n.º 63 (3 de Fevereiro de 1967), p. 1152-1153.

[649] 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.

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[650]. 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»[651].

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 (1.ª 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[652]. 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 norte-

[650] Cf. «Na inauguração do centro de profilaxia de Alcântara». *Boletim do IPO*. Vol. 36, n.º 11 (1969), p. 1-8.

[651] Palavras de Lima Basto na inauguração do Centro de Profilaxia de Alcântara. Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 36, n.º 11 (1969), p. 1-8.

[652] Cf. os mapas das entidades financiadoras do *Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1.ª Fase)* no DL n.º 46.867, de 10 de Fevereiro de 1966, reproduzido no anexo 5.

nho 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[653].

A autonomia dos centros de Coimbra e Porto viria mais tarde. Em 1977, o Decreto-Lei n.º 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 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[654]. 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

[653] Cf. o Decreto n.º 99/72, de 25 de Março.

[654] CONDE, José – «Oncologia no âmbito nacional». *Jornal do Médico*. T. 86, n.º 1.638 (1974), p. 816-849.

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 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.

CAPÍTULO IV

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[655].

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»[656]. Esta é também a lição de Michel Foucault[657], 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[658]. Nesse contexto, a produção deste discurso depende de alguns procedimentos que visam o controlo e 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 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[659]. 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

---

[655] LADRIÈRE, Jean – *Les enjeux de la rationalité – Le défi de la science et de la technologie aux cultures.* Liber: Québec, 2001, p. 24.

[656] 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).

[657] Cf. FOUCAULT, Michel – *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1999.

[658] Cf. FOUCAULT, Michel – *El orden del discurso.* Barcelona: Tusquets Editores, 1980.

[659] Cf. KHUN, Thomas S. – *A estrutura das revoluções científicas.* São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

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 nivel 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 juízes 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 normalmente parentes próximos dos fornecidos pela educação prévia para a especialidade»[660].

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[661]. 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.

---

[660] KHUN, Thomas S. – *A estrutura das revoluções científicas.* São Paulo: Editora Perspectiva, 2000, p. 158.

[661] 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.

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[662]. 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 desconnexa entre nós e que será mister um dia organizar, à semelhança do que se tem feito em varios paizes extrangeiros*[663].

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[664].

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 labo-

---

662 Sobre os progressos da fisiologia, bioquímica e biologia molecular veja-se RONAN, Colin – *Histoire mondiale des sciences.* Paris: Éditons du Seuil, 1988, p. 617-636.

663 COSTA, A. Celestino da – «A reforma dos hospitais e o ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXIV, n.º 4 (1916), p. 28.

664 Cf. COSTA, A. Celestino da – «Ensino médico e universidades». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXV, n.º 17 (1917), p. 129-131 e n.º 19 (1917), p. 145-149.

ratórios e fábricas de materiais laboratoriais[665]. O caminho apara 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 como em qualidade, em praticamente todos os domínios do conhecimento, numa alteração justamente considerada fundamental e determinante para o próprio paradigma científico nacional[666]. A medicina foi particularmente devedora desta mudança, tanto na formação académica dos formandos, como na fomentação da investigação[667]. 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"»[668]. 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 extrangeiro todos os annos e em grande número estudiosos que se queiram especializar e iniciar no descobrimento científico, assim como especialistas que pretendam aperfeiçoar-se»[669].

---

[665] Cf. a importância desta e de outras viagens em 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, p. 37-38.

[666] 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.

[667] Cf. COSTA, A. Celestino da – «A reforma do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXVI, n.º 31 (1918), p. 244-248 e n.º 32 (1918), p. 250-252; *idem* – «Considerações gerais sobre a investigação científica em Portugal». *Lisboa Médica.* Ano 7, 11 (1930), p. 91-94; RODRIGUES, Álvaro – «A influência da investigação científica portuguesa na evolução da Medicina mundial». *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa.* 21 (1977), p. 311-331.

[668] SANTOS, Reinaldo dos – «Sobre o problema do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 51 (21 de Dezembro de 1930), p. 449.

[669] COSTA, A. Celestino da – «Ensino médico e universidades». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXV, n.º 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 se doutorou e estagiou 5 anos no Instituto do Rádio em Paris sob a orientação de Marie Curie[670], 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 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-

[670] Cf. SILVA, Mário – «Velhas recordações do Laboratório Curie». *Seara Nova.* (Janeiro-Abil de 1957) e 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.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 440.

-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.

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[671].

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 consequente 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

[671] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 58.

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 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 cancerisação 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[672], 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 *micrococus* num cancro da pele, em 1886 Rappin conseguiu cultivar vários *micrococus* 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 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

[672] 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), p. 540-541.

primazia da descoberta deixaria as suas marcas na imprensa médica do seu tempo, com direito a autênticos arrufos de primazia científica[673].

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»[674]. 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.

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[675].

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 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 nivel 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

---

[673] Cf. a *Gazeta Médica da Bahia*. Ano XIX, n.º 7 (1888), p. 331-333, e a *Gazeta Médica da Bahia*. Ano XIX, n.º 11 (1888), p. 507-513.

[674] Cf. o artigo de Domingos Freire na *Revue Scientifique*. L. 13 da 3.ª serie (5 Mars 1887), p. 316.

[675] Cf. «Os micróbios do câncer». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 71 e 87; e ainda «Os micróbios dos tumores malignos». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 403-404.

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 súmula de um conhecimento médico experimental, 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:

> *Acceitando 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*[676]*?*»

Apesar de tentadora, a hipótese que colocava a origem do cancro na senda microbiana dividia os investigadores, 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

[676] 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.

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»[677].

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 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 cancerisação 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 affirmar 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 inocula-*

[677] 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 Gastrenterologia, 2003, p. 137.

ções em serie, ter reproduzido muitas vezes estes tumores, só então é que nos assistirá o direito de affirmar com a certeza que deve caracterisar toda a sciencia experimental, que o cancro é de natureza parasitaria, que o microbio do carcinoma está encontrado[678].

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 dito agente continuaram a ser publicados em *A Medicina Contemporânea* nos primeiros anos do novo século[679]. Em 1901, Doyen relatou a descoberta do *micrococus 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 insuccesso 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 determinal-o[680].

O trabalho que desenvolveu, apesar de ser de natureza experimental e baseado na análise microscópica e histológica de 10 peças operatórias, não se mostrou conclusivo, ser-

[678] 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.

[679] Cf. «A leucemia como infecção de protozoarios». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX (1901), p. 65-66; «A ethiologia do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX (1901), p. 213-214; «Teoria parasitária do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXI (1903), p. 330; «Sorotherapia do Cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXII (1904), p. 77-78; «Etiologia do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIII (1905), p. 105-106; «O problema do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIII (1905), p. 401-402.

[680] 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.

vindo 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. Lançadas sem a prudência manifestada anos antes por Câmara Pestana, pareciam ser conclusões algo forçadas, resultantes de análises incompletas e 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[681], sendo em finais de 1908 uma hipótese em vias de extinção em alguns meios científicos europeus, sobretudo no Reino Unido[682].

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[683]. 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.

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»[684], mostrou-se partidário da teo-

---

681 Cf. BASHFORD, E. F. – «Quelles épreuves scientifiques a-t-on aujourd'hui de la nature parasitaire des néoplasies spécialement du cânce?» *XV Congrès Internacional de Medicine de Lisbonne.* Lisbonne: 1906.

682 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, p.1-29.

683 Cf. LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento.* Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmäo, 1907, p. 7-12.

684 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.

ria 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.

Era a etapa da oncologia experimental, nova fase da investigação 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[685].

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 cancerisação 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

[685] 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), p. 43 e 91.

por pincelagem nas orelhas de coelhos. Em 1919, Yamagiwa e Itchikawa lograram provocar o aparecimento de carcinomas glandulares da mama de coelhas, pela injecção 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.

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, 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 injecção. Tratava-se de um método seguro e simples de cancerisação, 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). Incluíam os hidrocarbonetos, os óleos em rama, a fuligem, o arsénico, α e β-naftilamina, e ainda radiações, como a X, α, β e γ[686].

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 cancerisação, os testes realizados em Portugal na década de 20 voltavam-se claramente para a etiologia. 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 e Casimiro Afonso[687], mas sobretudo

[686] 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), p. 5-45.

[687] 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

Simões Raposo[688]. 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[689]. 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*[690], continuando a analisar o difícil problema da diferenciação em culturas da célula normal e da cancerosa.

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 afinco 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[691].

---

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.

[688] 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 3.ª 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.

[689] ATHIAS, M. – «Lesões do testículo produzidas por injecções intersticiais de alcatrão». *Jornadas Médicas.* Orense: 1936; *idem* – «Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales». *Arquivo de Patologia.* Vol. 8 (1936), p. 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), p. 585-586. ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Methylcholantrène chez le Rat». *C. R. Soc. de Biologie de Paris.* 127 (1938), p. 237-238; 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), p. 659-663.

[690] Cf. DIAS, M. T. Furtado – «Cultura *in vitro* de Sarcomas obtidos com Metilcolantreno». *Arquivo de Patologia.* Vol. 9, n.º 2 e 3 (1937), p. 196-214, e *idem* – «Acção do Metilcolantreno sobre Tecidos em Cultura». *Arquivo de Patologia.* Vol 13, n.º 3 (1941), p. 450-462.

[691] RAPOSO, L. Simões – «Contribuição para o estudo da imunidade anti-cancerosa». *Arquivo de Patologia.* Vol. 5 (1933), p. 5.

A maior valia destas experiências estava no facto de se provar que não existiam 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[692], 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[693], 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 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 cancerisação, 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 cancerisação, 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 Faculdade de Medicina de Lisboa[694]. A 8 de Dezembro do

---

[692] Cf. TAVARES, Amândio – «Subsídios para o estudo da influência do sistema nervoso no cancro experimental». *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), p. 56-105.

[693] Cf. 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), 1181.

[694] 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, n.º 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*

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.

Se já era conhecida a relação entre os hidratos de carbono e os tumores malignos, tendo-se ensaiado a injecção de insulina em tumores malignos experimentais do rato e do coelho, 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.

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 desenvolvido no IPO desde meados dos anos 20 seguisse uma linha 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 ouso chamar de abstractas, nos animais. Ora a observação dos enfermos pelos métodos exactos da pesquisa scientífica 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*[695].

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

---

e terapêutico. Dissertação para título de professor agregado apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: S. F. Gomes da Costa, 1934.

[695] RAPOSO, Luis Simões – «O Instituto português para o Estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 60.

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[696].

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 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 nivel dos gânglios pudessem interferir no processo de disseminação neoplásica, e foi o pioneiro das acções esclerosantes em redor dos gânglios, a nivel laboratorial, prática que muito mais tarde encontraria reflexo na quimioterapia intralinfática e nas injecções intralinfáticas de substâncias radioactivas, orientação que só muito mais tarde veio a ser utilizada a nivel mundial por outros investigadores. De 1940 a 1942, foi em diferentes conferências realiza-

[696] Cf. CONDE, José – «Reflexões XIII – Álvaro Rodrigues. Pioneiro da oncologia experimental em Portugal». *Jornal do Médico.* N.º 110 (1982), p. 999-1003.

das 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[697].

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»[698] 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[699].

Do exposto podemos sistematizar as diferentes abordagens científicas em patamares de investigação predominantes. Detectamos três fases desde que assistimos à introdução 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

---

[697] 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, n.º 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, n.º 3 (1940), p. 451-490, *idem* – «O valor da experimentação em Cancerologia. Alguns resultados obtidos». *Arquivo de Patologia.* Vol 13, n.º 1 (1941), p. 5-56, *idem* – «Os esvaziamentos ganglionares complementares. Estudo crítico, indicações e técnica». *Arquivo de Patologia.* Vol 14, n.º 1 (1942), p. 71-120, e *idem* – «Carcinoma dos órgãos genitais externos. Sua repercussão linfática». *Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX (1942), p. 65.

[698] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 58.

[699] Cf. ASKANAZY, Max – «Nuestras ideas actuales sobre los problemas fundamentales del cáncer». *Revista Médica de Barcelona.* N.º 94 (1931), p. 405.

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 cancerisação 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[700].

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.

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

[700] 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.

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.

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 no 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 beneficios dos enfermos. D'um lado, a medicina, armada de finissimos meios de investigação physiológica 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, antisepsia, 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 scientífico respectivo[701].

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»[702].

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:

---

[701] «O Nosso Jornal». *A Medicina Moderna.* Vol. I (Janeiro de 1894), p. 1.

[702] Cf. SOUZA, Agostinho de – «Carcinoma primitivo da epiglotte. (Comunicação feita à Sociedade União Médica)». *A Medicina Moderna.* Vol. I (Dezembro de 1894), p. 89-91.

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 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» (...)[703].

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[704].

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 «competência», estando menos preocupada com a melhoria das condições de tratamento dos doentes e mais com o aumento de receita:

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 per-

[703] 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.

[704] Cf. ALMEIDA, A. José de – *Desaffronta. (História d'uma perseguição).* Coimbra: Livraria Moderna de A. D'Oliveira, 1895, p. 182-193, e DEROUET, Luis – *Discursos dos ilustres deputados republicanos.* Vol. II. Sessão de 1907. Lisboa: Typ. do Commercio, 1907, p. 223 e seguintes.

petuo idyllio da administração! O dinheiro e só o dinheiro! Nós pediríamos antes: a competência e toda a competência![705].

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[706].

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 e na tecnologia radiológica como elementos essenciais no processo de fundamentação científica e na caracterização do seu monopólio terapêutico.

---

[705] MARTINS, J. T. de Sousa – «A opinião pública e a administração dos Hospitais Civis de Lisboa». *Gazeta Médica de Lisboa*. (1871), p. 423 e 425.

[706] 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.

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 nas suas diferentes valências de radioterapia e cirurgia, mas também 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.

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 2.ª 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 limi-

tações 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*[707].

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 metastisação noutros órgãos do corpo. Daí que os resultados finais fossem quase sempre duvidosos e muitas vezes de curta duração, como teve oportunidade de resumir Oliveira Lima em 1907, claramente descontente com os resultados obtidos em doentes com doença avançada:

> *Tem-se feito thermocauterizacões, 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*[708]*!*

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»[709]. Mesmo quando o caso estava perdido, a paliação pas-

---

[707] GUERRA, António Maria Teixeira – *Algumas considerações sobre a laryngotomia.* Dissertação inaugural. Porto: Imprensa Moderna, 1900, p. 59-60.

[708] LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento.* Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmäo, 1907, p. 310.

[709] LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento.* Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmäo, 1907, p. 393.

sava em muitos caso pela mão do operador, como apontava Francisco Amaral ao referir-se a uma doente com cancro uterino:

> *É preciso primeiro curetar toda a porção vegetante, hemorrágica, séptica, dolorosa e chegar assim, após ablação de toda a parte vegetante a um tecido embora neoplasico, 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 locaes gerais*[710].

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 menos popular entre os cirurgiões do que o proposto pelo primeiro[711]. 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[712].

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 ás 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

---

[710] 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.

[711] 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, p. 48-54.

[712] 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.

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 acto operatório ficava definitivamente posta em evidência por Henrique Parreira, conforme os princípios preconizados por Dustin[713].

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[714]. A biopsia tornara-se determinante no processo de decisão terapêutica, assunto sempre relembrado pelo director do serviço de anatomia patológica[715]. 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[716].

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 raios X, no sentido de destruir definitivamente quaisquer restos celulares microscópicos, que a lâmina do bisturi não tivesse conseguido remover.

---

[713] 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), p. 25-40.

[714] Cf. PARREIRA, Henrique – «O método rápido de Benjamin Terry para exames microscópicos». *Lisboa Médica.* Vol. 5 (1928), p. 345.

[715] 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, n.º 2 (1936); *idem* – «Sur la valeur de la biopsie au cours de l'acte opératoire». *Arquivo de Patologia.* Vol. 9 (1937), p. 27.

[716] 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, n.º 2 (1938).

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 esvasiamento 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 acessivel 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*[717].

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

[717] ADÃO, Luis – «Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 20 (14 de Maio de 1933), p. 132.

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 esvasiamento 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 esvasiamento dos gânglios supra-claviculares concomitantemente com a amputação da mama e extirpação dos gânglios axilares está longe de reunir a maioria dos tratadistas; (...)*[718].

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.

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 estádio 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»[719]. Nessa altura, tanto o cancro do colo do útero como o da pele eram perfeitamente curáveis quando em estádios precoces.

---

[718] ADÃO, Luis – «Diagnóstico e tratamento dos cancros do seio». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 20 (14 de Maio de 1933), p. 132.
[719] «Revista de Imprensa». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 2.

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[720]. Inicialmente, aplicavam-se raios X, operava-se de seguida e submetia-se a zona a nova irradiação[721]. 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[722].

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 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 substituía frequentemente o habitual bisturi e o contacto directo das mãos com as feridas operatórias[723].

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 1.ª 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. 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 (…)*[724].

---

720 Cf. GENTIL, Francisco – «Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 20, n.º 2 (1948), p. 121-148.

721 Cf. «Revista de Imprensa». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 2.

722 Cf. o *Boletim do IPO*. Vol. 18, n.º 11 e 12 (1951), p. 21.

723 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.

724 SANCHES, Francisco Augusto de Sousa – *Alguns casos de tratamento pela fulguração*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos, 1915, p. 21.

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 hopitalares de maiores dimensões, onde realizavam sessões de esclarecimento, como foi o caso do Hospital de Santo António no Porto em 1933[725].

Os resultados entusiasmantes faziam crer estar-se perante mais um elemento técnico de grande valia na luta contra o cancro[726]. 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 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» acidental 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*[727].

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[728].

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 cancros da cavidade oral e língua, Gentil decidiu modificar em Novembro de 1930 a técnica de introdu-

---

[725] Cf. «No Hospital da Misericórdia. Uma demonstração científica sobre as vantagens do bisturi eléctrico». *O Comércio do Porto* (4 de Maio de 1933).

[726] 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, n.º 2 e 3 (1931), p. 191-194.

[727] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 83.

[728] Cf. GENTIL, Francisco – «Electrocirurgia. Princípios. Técnicas». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LIX, n.º único (1941), p. 113.

ção 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»[729].

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 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*[730]. 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»[731].

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 dos

---

[729] CORTE-REAL – «Rádio-puntura pela faca diatérmica». *Arquivo de Patologia.* Vol. 3, n.º 2 e 3 (1931) p. 195-200.

[730] 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 2.ª Guerra Mundial. Cf. MARTINS, António – «Sobre plastias dos lábios (nota de técnica operatória)». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 62-80; *idem* – «Sobre plastias dos lábios – Notas de técnica operatória (continuação)». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 162 e seguintes.

[731] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 84.

melhores especialistas na área, e que nela trilharam carreira académica, casos como os de José Conde[732] 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 nivel 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[733].

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[734]. 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.

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

---

[732] 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.

[733] 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).

[734] Cf. «Foi inaugurado o novo e imponente Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia». *Boletim da Assistência Social.* N.º 62 a 64 (Abril a Junho de 1948), p. 62.

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, e a de eleição em cada vez mais casos.

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 médica. Foi introduzido em quase todas as especialidades, incluindo a ortopedia, a medicina interna, neurologia, gastrenterologia, 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[735].

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, a par da preparação de soros e das análises. Em 1902 seria a vez de Coimbra, em contexto universitário, desta feita por António Pádua.

Um estudo 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 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 triumphantemente 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 posssua ainda uma installação de raios X, nem de phototherapia*[736].

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

[735] 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 n.º 6.983, de 12 de Dezembro de 1930.

[736] Cf. as diferentes experiências internacionais referenciadas em «Notas terapêuticas. Os raios X na leucemia e na pseudo-leucemia». *Porto Médico*. 1.º Ano, n.º 8 (1904) p. 305-306.

agente que se conhecia mal (radiações), uma doença de que nada se sabia (o cancro)[737]. 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 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[738].

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 destrinçar. 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»[739].

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 decigra-

---

[737] Cf. TUBIANA, Maurice – *Radiothérapie*. In LECOURT, Dominique (dir.) – *Dictionnaire de la Pensée Médicale*. PUF: Paris, 2004, p. 942.

[738] 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), p. 351-366.

[739] «Os perigos da radiotherapia nos epitheliomas da pelle». *Porto Médico*. 3.º Ano, n.º 1 (1906), p. 20.

mas 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 epiteliomas mamários, linguais e da região frontal, alguns previamente sujeitos à acção de raios X. Os resultados eram variáveis mas promissores. Era o dealbar de uma nova era, de potencialidades aparentemente infinitas e potenciadora de estudos atrás de 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*[740].

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[741], 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 1.ª Clínica Cirúrgica[742]. 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 constrições 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[743]. De acordo com uma dissertação de licenciatura de 1925, o seu uso na cidade do Porto acabaria por se alargar ao hospital privado do Terço durante essa década, em semelhança com o hospital da Misericórdia[744].

---

740 SOUZA, Francisco Mendonça Pinto de – *Breve estudo sobre o radio*. Porto: Typographia Minerva, 1904, p. 70.

741 «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 & Irmäo, 1907, p. 449.

742 Cf. as afirmações de Gentil a este respeito, em GENTIL, Francisco – «O Instituto Português do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 12-13.

743 Cf. CARVALHO, Luis de – «As origens da Radiologia no Hospital Geral de S. António». *Arquivos do Hospital Geral de Santo António* (2.ª Série). Vol. 1, n.º 1 (2005), p. 29.

744 Cf. PINTO, João Victor de Macedo – *Generalidades sobre a Curietherapia do Cancro*. Tese de Doutoramento. Porto: Typographia Central, 1925, p. 18.

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 a figura 13).

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. Da água do Alardo[745] à *Água Radium* de Caria, não é alheia a esta ideia terapêutica a aura medicinal associada ao rádio, elemento aparentemente pleno de potencialidades e desde logo considerado benéfico para a saúde. Assistiu-se à denominada «*febre da radioactividade*», fenómeno que teve lugar em vários países europeus, estendendo-se imediatamente a Portugal. Os usos terapêuticos da radiação estendiam-se a campos tão diversos como a cosmética, patente na publicidade à moda das máscaras de beleza radioactiva (ver a figura 14).

Figura 13: Publicidade ao tratamento de múltiplas afecções através do rádio em consultório médico (1918). Fonte: Ilustração Portuguesa. II.ª Série. N.º 641 (3 de Junho de 1918), p. 2.

[745] Cf. a publicidade à água do Alardo na *Ilustração Portuguesa* (II.ª Série). N.º 550 (4 de Setembro de 1916), p. 202.

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.

Figura 14: Publicidade jocosa a máscaras de beleza radioactivas (1925). Fonte: *O Domingo Ilustrado*. Ano 1. N.º 1 (18 de Janeiro de 1925), p. 11.

Os reflexos destes estudos faziam-se directamente nos periódicos médicos portugueses, que acompanhavam com interesse a evolução do uso desta técnica terapêutica[746]. 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 edade, 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 applicação do radium, e persistiu durante cinco semanas nas suas experiências. Ao cabo d'este tempo, demonstrou que toda a massa cancerosa fôra destruida n'uma profundidade de muitos centimetros; ao nivel 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*[747].

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

[746] Cf. «Publicações estrangeiras. Tratamento do cancro pelo brometo de rádio». *Porto Médico*. 1.º Ano, n.º 2 (1904), p. 86-87.
[747] «Influencia dos raios do radium sobre o cancro inoperavel – Schuking (Centralblatt für Gynäkologie)». *Porto Médico*. 3.º Ano, n.º 6 (1906), p. 184-185.

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. 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[748]. 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 nos 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 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*[749].

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

---

[748] 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.

[749] MONIZ, A. Egas – *Confidências de um Investigador Científico.* 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.

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»[750]. 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[751]. 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 de observações entretanto realizadas[752].

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»[753] auxiliar na detecção do cancro ósseo, tanto nestes, como noutros casos, a distinção entre tumores benignos e malignos deveria 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[754]. 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:

---

750 MONIZ, A. Egas – *Confidências de um Investigador Científico.* Edições Ática, 1949, p. 87.

751 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* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 15 (13 de Abril de 1930), p. 137.

752 Cf. QUINTELLA, Luiz – «Patologia e diagnóstico dos tumores dos ossos». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 40 (5 de Outubro de 1930), p. 347.

753 CALDAS, J. Pereira; COSTA, G. da – «Considerações sobre o diagnóstico e classificação dos tumores ósseos». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 1 (5 de Janeiro de 1930), p. 1.

754 Cf. TRINCÃO, Mário Simões – «Notas clínicas sobre um caso de sarcoma primitivo do mesentério». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLIX, n.º 9 (1 de Março de 1931), p. 76.

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, quási 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[755].

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. 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 nivel do controlo 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[756].

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 trata-

[755] CALDAS, J. Pereira – «Tumor primitivo do pulmão». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLIX, n.º 30 (26 de Julho de 1931), p. 264.

[756] Cf. DIAS, V. Sobral – «Quelques considérations sur les résultats éloignés du traitement roentgenthérapique des tumeurs de l'hypophyse». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 30 (23 de Julho de 1933) p. 191-195.

[757] 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, n.º 2 e 3 (1930), p. 247-277.

mento 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[757]. A aferição dos procedimentos foi assunto que obrigou à criação de tabelas próprias, que passaram a funcionar como elementos práticos de referência[758]. 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»[759]. 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[760].

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

---

[758] Cf. FERREIRA, Amorim – «Tabelas para aplicação do radão». *Arquivo de Patologia.* Vol. 6, n.º 3 (1934), p. 531-538.

[759] GENTIL, Francisco – «O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 36 (23 de Setembro de 1933), p. 261.

[760] Cf. GUEDES, Francisco. Bénard – «Relatório enviado ao Exmo Sr. Presidente da Junta de Educação Nacional». *Arquivo de Patologia.* Vol. 2, n.º 2 e 3 (1930), p. 278-299.

geral, fazia-se apenas uso da protecção individual, considerada na altura suficiente para evitar as dermatites radiógenas.

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[761].

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 hospitais onde esse valor chegava aos 10 gramas de rádio. Nessa altura o preço da grama rondava umas exorbitantes 6.000 libras esterlinas[762].

---

[761] 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 anticancerosos 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 1gr. 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, n.º 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 controlo directo de potências europeias.

[762] Cf. «A propósito do rádio». *Boletim do IPO*. Vol. 6, n.º 12 (1939), p. 6-7.

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 nivel da autonomização da radioterapia como especialidade médica. Em institutos anticancerosos centralizados, como era o caso português, cirurgiões 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 anticanceroso 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 Anti-canceroso 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 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*[763].

Nos anos seguintes, a invenção da radioterapia ultra-penetrante revoluciona de novo a röntgenterapia. Esta técnica tornara-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:

[763] «O problema do cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 7, n.º 8 (1940), p. 4.

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[764].

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 ultrapenetrante 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 com um triplo objectivo da investigação, ensino e assistência, o IPO distinguia-se, em parte, de outros centros anticancerosos 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.

---

[764] «O problema do cancro». *Boletim do IPO.* Vol. 7, n.º 8 (1940), p. 3.

Mas este processo não foi imediato. Ao contrário de países como a França, o Reino Unido, ou em especial a Alemanha[765], 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 nivel 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. No entanto, as possibilidades terapêuticas proporcionadas por equipamentos cada vez mais potentes, não deixaram de ser sempre aproveitada e introduzida na prática diária do IPO, desde o momento 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 2.ª Guerra Mundial.

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 Roentegenterapia profunda e o método de Chaoul, este em determinada lesão ulcerada e superficial, e aquela num grupo ganglionar profundo*[766].

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

---

[765] 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), p. 33-60.

[766] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 101.

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[767].

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 Cobalto, a terapêutica pelas radiações era garantida por 8 unidades de röntgenterapia profunda de 200.000 volt 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[768].

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 2.ª 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 volt no início do século, e os 200.000 volt em 1930, passa para 1.000.000 volt com o cobalto radioactivo e os 25.000.000 volt 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[769]. 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»[770].

---

[767] Sobre a introdução e usos da Teleroenterapia no IPO, veja-se RAPOSO, C. Paiva; OLIVEIRA, Idálio de – «Teleroentgenterapia». *Arquivo de Patologia.* Vol. 9, n.º 2 e 3 (1937), p. 215-332.

[768] Cf. *Boletim do IPO.* Vol. 18, n.º 11-12 (1951), p. 22.

[769] 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, n.º 8 (1953), p. 1-2.

[770] 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.

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 Césio, com uma potência de 2.000 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 radioterapêuta 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*[771].

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, 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 emiti-*

[771] *Boletim do IPO.* Vol. 28, n.º 5 (1961), p. 13.

das 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[772].

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[773].

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, 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:

---

[772] «O rádio no Instituto». *Boletim do IPO*. Vol. 1, n.º 1 (1934), p. 2.

[773] Cf. *Diário das Sessões*. N.º 50 (10 de Dezembro de 1935), p. 32.

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 injecções, impressionou-nos o facto de o Dr. Carteado Mena exibir mutilações em vários dedos das mãos, fruto dum labor radiológico de perto de 40 anos[774].

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[775].

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 paises existente, de todo esse pessoal só trabalhar 5 horas por dia, 5 dias por semana, 5 meses por semestre. Seria isso possivel 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[776].

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.

---

[774] COIMBRA, António – «A modernização da medicina portuense na primeira metade do século XX (continuação)». *Norte Médico*. N.º 38 (Janeiro-Março de 2008), p. 30.

[775] PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 28.

[776] ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 105-106.

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.

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 de uso em oncologia 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 humanos, testando-se mais tarde as mesmas substâncias em animais de laboratório, como aconteceu no caso da leucemia nos murganhos[777]. 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[778].

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[779]. 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 portu-

[777] 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.

[778] Sobre estas terapias alternativas veja-se FERRELL, Vance – *Alternative Cancer Remedies. Facts for Historians and Medical Researchers.* [s.l.]: Pilgrims Books, 1998.

[779] Cf. os «Effeitos favoráveis ao soro antidiphterico na tuberculose pulmonar e no cancro», artigo da *La Semaine Médicale,* referido em *A Medicina Moderna.* Vol. II (Janeiro de 1898), p. 113-115.

gueses em casos de doentes cancerosos, pelo menos na primeira década do século XX[780], mas tão ineficaz para o cancro quanto eficiente para a malária.

Os primeiros ensaios de uma terapêutica quimica anticancerosa parecem ter sido os de Henrisch 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 ensaio de uma terapêutica química anticancerosa teve de aguardar pelos desenvolvimentos da biologia molécular 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 aprazados.

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[781]. 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 desapparecer sucessiva e rapidamente com este tratamento, e a 10 de março, todas estas lesões tinham quasi desapparecido: ficára d'ellas apenas uma leve erosão na amygdala esquerda, e uma insignificante polymicroadenite do pescoço*[782].

Outros compostos foram experimentados no caso do linfoma de Hodgkin, como o benzol, o Novarseno-benzol, as injecções de extracto ganglionar, e de soro e linfogranulamatosos 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[783].

---

[780] 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.
[781] Cf. ROCHA, José da – *Breve estudo sobre lymphadenoma.* Dissertação inaugural. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904.
[782] LIMA, Pires de – «Notas clínicas. Um caso de lymphadenoma do pescoço curado pelo licor de Fowler». *Porto Médico.* 1.º Ano, n.º 1 (1904), p. 11.
[783] Cf. PEREIRA, João José Martins – «Doença de Hodgkin». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLIX, n.º 39 (27 de Setembro de 1931), p. 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[784].

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[785]. 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 (...)»[786]. Contudo, a firme convição 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 dois factores: ter especificidade face às células cancerosas, sem apresentar sinais de toxicidade intolerável para as células saudáveis. O problema parecia insolúvel e assim permaneceu por longos anos.

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 injecções sub-cutâneas de sosro ou de vacina, nem aplicação de gás ozone nem circuito magnético que destruam especialmente as células cancerosas. Dentre as plantas, o condurango, a quinquina, quelidónia, 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 preconi-*

[784] Veja-se o caso dos tumores inoperáveis da laringe: «Tratamento médico dos tumores malignos da larynge». *Porto Médico*. 5.º Ano, n.º 9 (1908), p. 280-281.

[785] Sobre as premissas e a muito contestada teoria do protozoário de Albert Kiewiez veja-se a sua obra, intitulada *A cura do cancro*: KIEWICZ, Albert Adam – *Die Heilung des Krebses*. Wien: Braumüller, 1903.

[786] «Tratamento do cancro em tecido conjunctivo sob a influência da cancroina». *Porto Médico*. 4.º Ano, n.º 3 (1907), p. 69.

zados. Mas foram reconhecidos impotentes (...). O veneno da cobra não faz senão abrandar as dores e, mesmo isto, nem sempre[787].

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[788].

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[789].

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[790]. 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

---

[787] «O tratamento do cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 4, n.º 6 (1927), p. 7.

[788] Cf. MARCHALL, E. K. Jr. – «Historical perspectives in chemotherapy». *Advanced Chemotherapy.* 1 (1964), p. 1.

[789] 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.

[790] Cf. RHOADS, C. – «Nitrogen mustards in treatment of neoplasisc disease». *JAMA*. 131 (1946), p. 6568, GOODMAN, L. S. *et al.* – «Use of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride for Hodgkin'sdiseaselymphosarcoma, 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 neoplasic diseases and allied disorders of the hematopoietic system». *JAMA*. 132 (1946), p. 263.

de pesquisa com o intuito de de identificar novos compostos quimicos 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 possivel 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 provêem 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 disponiveis ao uso clínico: as mostardas azotadas (mecloretamina, ciclofosfamida, clorambucil, ifosfamida, melfalan), as etilenoiminas (tiotepa), os alquilsulfonatos (busulfano), as nitrosureias (carmustina, lomustina, estreptozocina) e os triazenos (dacarbazina)[791].

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[792]. A opinião geral era que os recursos da quimioterapia não subtituíam 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*[793].

Outros agentes químicos entretanto surgidos foram testados no IPO, caso do Frenantol nos anos 50. Eram, no entanto, ensaios limitados, cujos resultados não se mostraram animadores[794]. Apesar de acreditarem nas possibilidades quase ilimitadas, dos agentes químicos entretanto testados, os médicos do Instituto admitiam que o valor valor prático da quimioterapia estava ainda confinado à paliação 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.

---

[791] Sobre a introdução destes e de outros medicamentos anticancerosos veja-se CHAST, F. – *Histoire contemporaine des médicaments.* Paris: La Découverte, 1995.

[792] Cf. DIAS, M. T. Furtado – «Reportagem americana sobre o cancro destinada à Europa». *Hospitais Portugueses.* N.º 8 (1950), p. 62-68. Também reproduzido no *Boletim do IPO.* Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 9-11.

[793] Cf. «Instituto Português de Oncologia. Ano académico 1950-1951». *Boletim do IPO.* Vol. 18, n.º 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.

[794] Cf. o *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 7/9 (1952), p. 3.

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 controlo 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 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, inicalmente 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 nivel do tratamento dos tumores sólidos ser reduzido. Foi-o mais significativo ao nivel da melhoria radical do prognóstico das leucemias nas crianças.

Mesmo assim, houve um período relativamente longo de sedimentação de prácticas, 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 sua 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 ensaiso e testes clínicos de novas substâncias, dada a elevada população de doentes e equipas de especialistas que possuia. Inserido numa rede mais vasta de testes promovidos por empresas farmacêuticas a nivel 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 Welcome, Bayer, Lilly, Roche e até de um laboratório húngaro[795]. 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 conjunção com outras áreas nascentes, seriam encaradas como a base do futuro da luta contra a doença.

[795] *Boletim do IPO.* Vol. 28, n.º 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[796].

Assente na tribuna da introdução de mais uma arma terapêutica, foram enviados bolseiros 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[797]. Os contactos pessoais desenvolvidos no decorrer destas visitas e na participação em ensaiso 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 inforrmações 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 anticancerosos[798]. 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 anticancerosa:

A quimioterapia que se encontra já nos caminhos da solução final do cancro, começa a ser associada à cirurgia e ou às radições 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[799].

---

[796] GAMA, Marques da – «O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro». *O Médico*. Vol. 59, n.º 1.023 (1971), p. 150.

[797] Cf. PEREIRA, J. Carmo – «Impressões de uma visita de estudo a centros oncológicos dos EUA». *Arquivo de Patologia*. Vol. 45, n.º 1 (1973), p. 73-82.

[798] 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, n.º 2 e 3 (1974).

[799] CONDE, José – «Ressecções da mandíbula». *Arquivo de Patologia*. Vol. 44, n.º 1 (1972), p. 12.

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 2.ª 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[800].

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[801].

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[802]. 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 sagração da capela. Seguiu-se a inauguração do Laboratório de Isótopos Radioactivos, a que presidiu o sr. Subsecretário de Estado das Obras Públicas»[803].

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

---

[800] Cf. «A aplicação mundial dos radioisótopos». *Hospitais Portugueses.* N.º 40 (Abril de 1955), p. 38-46.

[801] Cf. «Hospitais dos E.U.A usando terapêutica atómica como prática rotineira». *Hospitais Portugueses.* N.º 57 (Janeiro de 1957), p. 22-23.

[802] Cf. «Mestre Francisco Gentil fala dos radioisótopos e da sua aplicação no tratamento de certos tumores cancerosos». *Boletim do IPO.* Vol. 19, n.º 7/9 (1952), p. 27-28.

[803] *Hospitais Portugueses.* N.º 22 (Março-Abril de 1953), p. 50.

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»[804].

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 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 controlo físico perfeitamente consciente (...)»[805]. 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 possivel 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 radição 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*

[804] BASTO, E. Lima – «O Pavilhão dos Isótopos do Instituto Português de Oncologia». *Jornal do Médico*. 26 (1955), p. 669.
[805] BASTO, E. Lima – «O Pavilhão dos Isótopos do Instituto Português de Oncologia». *Jornal do Médico*. 26 (1955), p. 669.

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 numa pequena sala onde está colocado um cofre especialmente preparado com protecção de chumbo[806].

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[807]. 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[808].

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 de 1.000 casos, os serviços de urologia, ginecologia e hematologia prepararam outros não menos interessantes, demonstrando a grande actividade científica impulsionada pelo novo laboratório.

---

[806] BASTO, E. Lima – «O Pavilhão dos Isótopos do Instituto Português de Oncologia». *Jornal do Médico*. 26 (1955), p. 669.

[807] Cf. PALACIOS, Julio – «Modo de averiguar la energía liberada en la glandula y en el plasma sanguineo 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». *Clínica Contemporânea*. Vol. 8 (1954).

[808] 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, n.º 12 (1953), p. 1, 2 e 7.

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[809].

FERNANDO NAMORA

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 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

[809] BOTELHO, Luis da Silveira (coord.) – *Francisco Gentil (1878-1964)*. Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC, 1978, p. 10.

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.»[810]. 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 1.ª 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 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.

---

[810] COSTA, A. Celestino da – «Considerações sobre o ensino na Faculdade de Medicina de Lisboa». *Lisboa Médica*. Ano 2, n.º 2 (1925), p. 536.

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, Suiça, 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)[811], 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 ao estrangeiro um conjunto de jovens investigadores que se viriam a destacar no seio universitário nos anos 30 e 40. Este conjunto de bolseiros 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 preparam 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 bolseiros 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[812], e da sua direcção ini-

---

[811] Cf. o DL n.º 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.

[812] 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.

cial faziam parte os médicos Marck Athias e Augusto Pires Celestino da Costa[813], 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 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)[814] tendo sido nomeado como ministro António Faria Carneiro Pacheco[815]. 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)[816].

Como primeiro presidente foi nomeado Celestino da Costa, muito ligado à investigação nas áreas da histologia e embriologia. No ponto VII da Lei n.º 1.941 pode ler-se que «são criadas condições para a efectiva utilização dos bolseiros do Estado e impostas a estes obrigações que assegurem (...) a sua integração na ordem social constitucionalmente estabelecida e o rendimento do sacrifício com eles feito»[817].

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 3.030

---

[813] 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.

[814] Lei n.º 1941, de 11 de Abril de 1936.

[815] 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.

[816] Decreto n.º 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, p. 482-483.

[817] Cf. COSTA, A. Celestino da Costa – *O problema da investigação científica em Portugal*. Coimbra: 1939.

contos em 1951 e em 1960 já rondava os 12.500 contos[818]. 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*[819].

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 2.ª 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»[820].

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

---

[818] Cf. TAVARES, Amândio – *O Instituto de Alta Cultura e a Investigação Científica em Portugal. 2.º vol. (1951-1960).* IAC. Lisboa: 1962. O volume 2 diz respeito ao período entre 1951 e 1960.

[819] 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, n.º 12 (1952), p. 8.

[820] 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, 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.* Santarém: Editora O Mirante, 2002.

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.

Num golpe de oportunidade, o director do IPO convida de imediato o professor espanhol Júlio Palácios[821], 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*[822]. 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,

---

[821] 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.

[822] 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.

entre os quais se podem enumerar o próprio António Manuel Baptista[823], Fernando Carvalho Barreira[824] e Manuel Fernandes Laranjeira[825].

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 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. 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 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.

---

[823] 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.

[824] Professor de Física da FCUL.

[825] 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.

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 nivel de estômago. Publicaram-se também trabalhos referentes à fracção orgânica no plasma e a sua relação com a função tiroideia e estudos dos compostos iodados após terapêutica[826].

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 ministrar, 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[827].

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.

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.

---

[826] 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.

[827] Cf. os 15 trabalhos de estudo e diagnóstico assentes na gamagrafia publicados no *Arquivo de Patologia.* Vol. 46, n.º 1 (1974).

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[828]. 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[829], 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.

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[830].

O corpo de enfermagem do recém-formado IPEC pertencia inicialmente ao Hospital escolar de Santa Marta, mas foi posteriormente remodelado de acordo com as necessida-

[828] 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.* N.º 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945), p. 198-200.

[829] Decreto n.º 19.060, de 29 de Novembro de 1930.

[830] Cf. CORREIA, F. da Silva – «Alguns aspectos do problema hospitalar em Portugal». *Boletim da Assistência Social.* N.º 17 a 19 (Junho a Setembro de 1944), p. 203-206.

des 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 nivel de uma profissão em Portugal, à qual faltavam ainda a afirmação científica e o reconhecimento sociopolítico da sua importância enquanto verdadeiros agentes sanitários.

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 (...)»[831].

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[832]. 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 redesenhar do papel da

[831] Decreto n.º 30.447, de 17 de Maio de 1940.

[832] 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.

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.

As habilitações exigidas ultrapassavam largamente as normalmente exigidas para a admissão das futuras enfermeiras: era exigido como habilitação mínima o 2.º ciclo liceal (correspondendo ao actual 3.º 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*[833]. 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[834]. E se com a legislação de 1947 se levantou o nível da enfermagem portuguesa, foi só com a legislação de 1952 (Decreto-Lei n.º 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»[835] o que tornava esta actividade numa «profissão para raparigas»[836], 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

[833] Cf. o DL n.º 36.219, de 10 de Abril de 1947.

[834] Cf. os DL n.º 32.612, de 31 de Dezembro de 1942 e DL n.º 44.923, de 18 de Março de 1963.

[835] Decreto n.º 30.447, de 17 de Maio de 1940. Artigo 4.º.

[836] Cf. «A mais bela profissão feminina». *Boletim do IPO*. Vol. 7, n.º 6 (1940), p. 1; «Uma profissão para raparigas». *Boletim do IPO*. Vol. 7, n.º 6 (1940), p. 3-6.

vida»[837]. 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.

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 sézamo!». 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*[838].

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[839].

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 consi-

---

[837] «Porque se escolhe Enfermagem» *Boletim do IPO*. Vol. 30, n.º 6 (1963), p. 10.

[838] CORRÊA, Beatriz de Mello – *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988*. Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa, 2002, p. 62.

[839] 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.

derados 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[840].

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 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

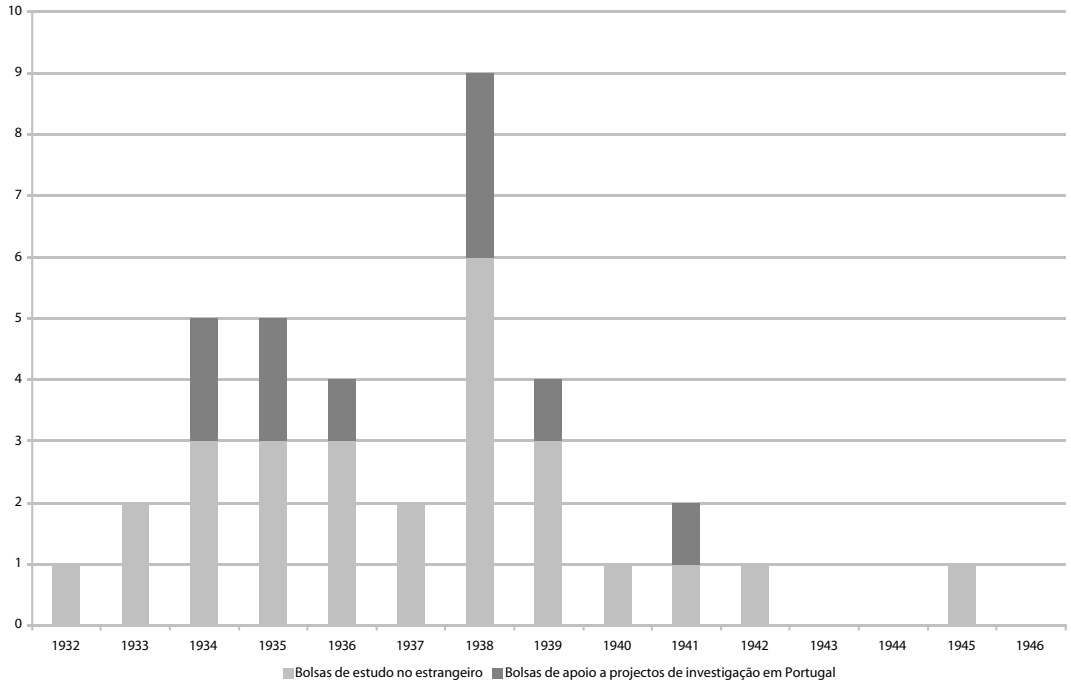
---

[840] 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; 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), p. 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.* 2.ª ed. Bloomington: Indiana University Press, 1982, p. 25-54.

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 1.323 assinaturas remetidas a 216 bibliotecas médicas em 12 países europeus, apenas duas delas eram portuguesas[841].

Será apenas em 1932 que se tomam os primeiros passos preliminares para extender 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 o gráfico 11).

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.*

[841] Cf. THE ROCKEFELLER FOUNDATION. *Annual Report*. New York: The Rockefeller Foundation, 1922, p. 37.

O apoio à pesquisa e combate da malária foi alvo de um financiamento particular, tendo-se realizadas várias experiências, num esforço de promover um controlo 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[842]. Em 1936 realizaram-se novas experiências conjuntas sobre a drenagem intermitente com vista ao controlo 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 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 malériologia, mas houve outros projectos financiados, como o caso da bolsa de 1.000 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

[842] 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.

e os responsáveis políticos da saúde[843]. 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.

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.

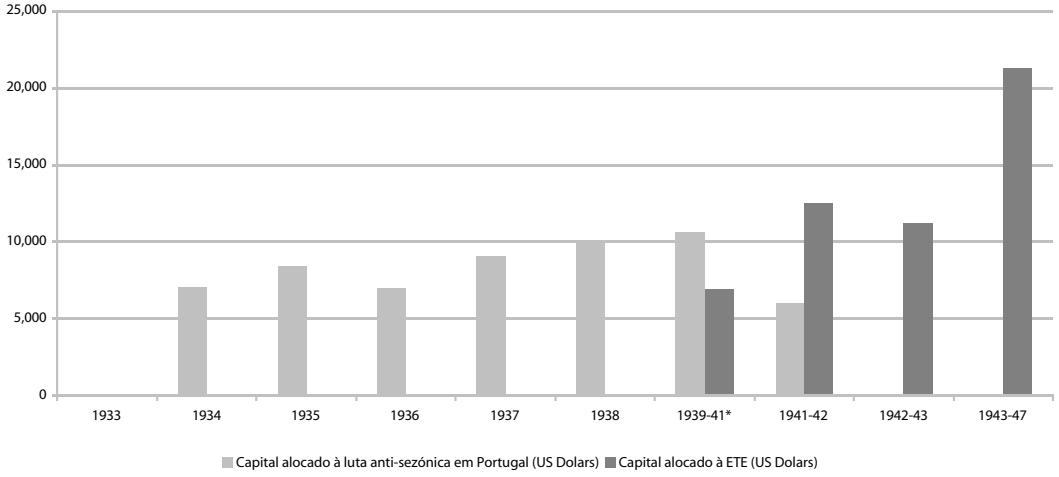
Os fundos que desde 1933 foram investidos na luta anti-sezonática, grave problema endémico em algumas regiões do país, foram progressivamente descontinuados, dando lugar a um novo projecto de preparação de profissionais de saúde, também eles muito voltados para as áreas da saúde pública.

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).

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 nivel da organização e funcionamento, fosse ao

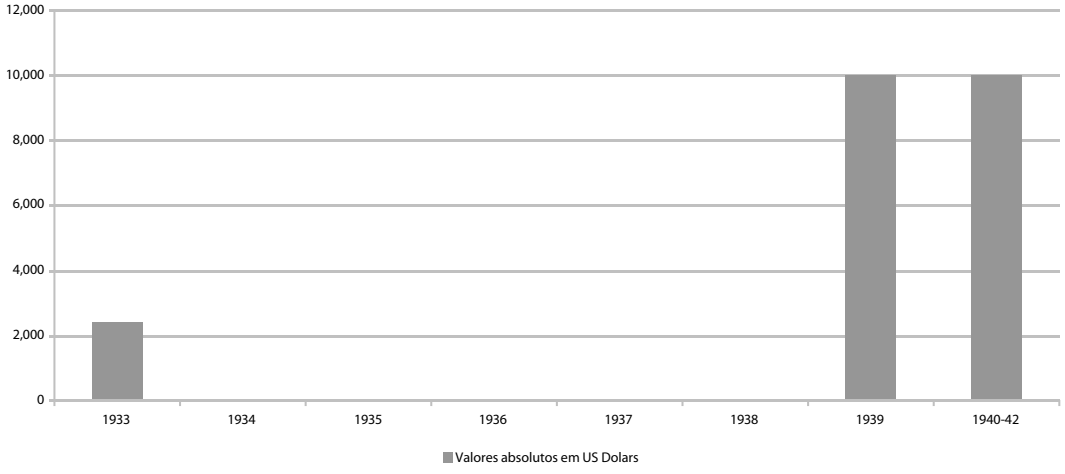
[843] Levanta-se aqui uma linha de investigação ainda não trilhada em Portugal: o apoio deste gabinete da Rockefeller à fuga de vários cientistas para os EUA. De acordo com o descrito em alguns relatórios da Fundação, as instalações do gabinete temporário de Lisboa foram engenhosamente usadas para agendar e preparar a saída de vários académicos europeus foragidos à guerra.

Gráfico 12: Comparação entre os fundos alocados pela Fundação Rockefeller à luta anti-sezonática e à Escola Técnica de Enfermeiras (1933-1947)



Os valores referem-se apenas à luta anti-sezonática 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.

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»[844].

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 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»[845].

---

[844] Cit. 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. 47.

[845] Cit. 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. 48.

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 percepcionado 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 atrbuíam 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*[846].

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 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[847]. 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.

---

[846] *Diário das Sessões da Assembleia Nacional.* Sessão n.º 25 (4 de Fevereiro de 1954), p. 37.

[847] Cf. BOURDIEU, Pierre – *O poder simbólico.* Lisboa: Difel, 1989.

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 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. 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[848].

[848] 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

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 2.ª 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 exercieram um papel progressivamente mais proeminente na mentalidade e imaginário populares, bem como na escolhas dos jovens que ingressam no curso de medicina. Em 1971, Abílio Mendes dava-nos conta de alguns atritos e desequilibrios de prestígio entre os praticantes médicos, ao recordar 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» [849].

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 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.

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[850]. 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[851].

---

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.

[849] MENDES, Abílio T. – «Os jovens e a medicina geral». *O Médico*. N.º 1.018 (4 de Março de 1971), p. 818.

[850] «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 100.º Congresso da Sociedade Alemã de cientistas da natureza e médicos em Wiesbaden no ano de 1958.

[851] «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.

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[852].

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, 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[853].

O caso da luta contra o cancro e o desdobramento das abordagens terapêuticas que se lhe vão associando, servem para fazer destacar os profissionais 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 neces-

---

[852] Veja-se o resumo do discurso de Vallery-Radot na «Festa da consagração da Medicina». *O Século* (5 de Dezembro de 1954).
[853] 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, n.º 1-3 (1952), p. 17-22.

sário dispor de um número suficientemente alargado de doentes a tratar. A 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[854]. A própria subespecialização 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 subespecialidade, 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[855], 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 dos 12 títulos atribuíveis. Apesar de haver especialidades especificamente ligadas a doenças prevalentes, caso da Tisiologia (tuberculose) e da Dermatologia e sifilígrafia (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.

---

[854] 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, n.º 4 (1950), p. 4.

[855] Cf. Decreto n.º 21.580, de 10 de Agosto de 1932.

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 (...)*[856].

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 extranacional, 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 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 anticanceroso e de concentração de especialidades médicas ligadas ao

---

[856] SOUSA, Jaime Salazar de – «Necessidades actuais do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano L, n.º 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 385.

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 dispondo de todos os elementos de diagnóstico e de tratamento»[857].

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 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 (veja-se a foto 9). 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

[857] 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, n.º 2 (1948), p. 139.

Foto 9: Conferência do Prof. Lacassagne no auditório do IPO em Junho de 1951. O extenso rol de personalidades internacionais ligadas ao universo do cancro que afluía ao Instituto 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 Bélio, J. Maisin, A. Lacassagne, J. Lemoine, H. Martins, Seligman, Haddow, Bladergroen, Pomerat, Alfredo Monteiro, Brinkman, N. Veall, Abbat, Werner Teschendorf e outros. Fonte: Cortesia de Maria da Conceição Bénard Guedes.

limitada[858]. O cinema didáctico e educativo, principalmente dedicado a médicos e enfermeiros, também chegou a incluir sessões recreativas destinadas aos doentes. Como curiosidade, refira-se que em 1953 a luta contra o cancro chegou a ser alvo de uma produção nacional, com fins promocionais e propagandísticos, intitulada Luta Contra o Cancro (1953) e produzida pela Sociedade Portuguesa de Actividades Cinematográficas.

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[859].

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[860].

---

858 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*. N.º 5 (2005), p. 411-428.

859 Cf. «Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades». *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 8.

860 Cf. «Actividade Académica do Instituto Português de Oncologia em 1951-1952». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 7/9 (1952), p. 28-29.

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 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 bolseiros do IAC ou em missões particulares ou com o auxílio da LPCC[861]. 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

[861] Cf. «Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades». *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 7.

a orientação terapêutica das doenças oncológicas, muito mais do que um local de assistência especializada[862]. 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), acreditava 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 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»[863]. 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 judiciosa aplicação dessa terapêutica*[864].

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

---

[862] Cf. as palavras de Lima Basto na abertura do in «Curso de Oncologia para Pós-Graduados». *Boletim do IPO*. Vol. 30, n.º 4 (1963), p. 2-8.

[863] PRUDENTE, António – «Deve a cancerologia ser considerada uma especialidade médica?» Imprensa Médica, reproduzido in *Boletim do IPO*. Vol. 29, n.º 7 (1962), p. 4.

[864] Palavras de Toscano Rico in «Curso de Oncologia para Pós-Graduados». *Boletim do IPO*. Vol. 30, n.º 4 (1963), p. 1

–, 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 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*[865].

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[866]. 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 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 certa-

[865] Cf. as palavras do relatório de Lima Basto in CONDE, José – «Ensino da Oncologia. Relatório». *Arquivo de Patologia.* Vol. 46, n.º 2 e 3 (1974), p. 124.

[866] Cf. «Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades». *Boletim do IPO.* Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 8.

mente 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[867].

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 sentido de especialidade individual, exigia agora que as possibilidades de diagnóstico e tratamento assentassem numa base de abordagem eclética[868].

Solicitava-se, sim, um ensino especializado, mas feito no contexto de uma renovação laboratorial quase completa, e assente numa multiplicidade de subespecialidades 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*

[867] Cf. GAMA, Marques da – «O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro». *O Médico*. Vol. 59, n.º 1.023 (1971), p. 149-151.

[868] Cf. a este respeito CONDE, José – «Oncologia no âmbito nacional». *Jornal do Médico*. T. 86, n.º 1.638 (1974), p. 816-849, e ainda *idem* – «Ensino da Oncologia. Relatório». *Arquivo de Patologia*. Vol. 46, n.º 2 e 3 (1974), p. 130.

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[869].

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 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[870].

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.

---

[869] GAMA, Marques da – «O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro». *O Médico*. Vol. 59, n.º 1.023 (1971), p. 151.

[870] Cf. CONDE, José – «Instituto Português de Oncologia. Prospectiva». *Arquivo de Patologia*. Vol. 46, n.º 2 e 3 (1974), p. 251-260.

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»[871]. A partir de 1979, com a criação do SNS, o tratamento dos doentes oncológicos deixou progressivamente de ser da exclusiva responsabilidade dos centros 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 1.ª 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 1.ª Clínica Cirúrgica, sede inicial do IPEC, 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 exis-

[871] CONDE, José – «Oncologia. Um problema de saúde». *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. T. 144, n.º 5 e 6 (Maio-Junho de 1980), p. 235-248.

tente na 1.ª 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 (quadro 21).

Quadro 21: Teses de Doutoramento publicadas no Arquivo de Patologia (1940-1972)

Ano	Título	Autor
1940	Sobre cancro do recto	Virgílio Morais
1942	Semiologia radiológica das perturbações funcionais do intestino mesentérico	Bénard Guedes
1943	Contribuição para o estudo da Etiologia e Patologia dos tumores malignos do Fígado dos indígenas de Moçambique, estudo experimental	M. Dâmaso Prates
1944	Corpo amarelo gravídico – sobre as causas da sua persistência	António Castro Caldas
1950	Acerca da histopatologia do epitelioma cutâneo	Juvenal Esteves
1951	Gastrectomia transdiafragmática	Edmundo Lima Basto
1951	Fundamentos teóricos do electrocardiograma, sua aplicação ao estudo dos infartes do miocárdio	Pedro Madeira Pinto
1954	O metabolismo da histamina	J. Andresen Leitão
1958	A exploração dinâmica da função suprarrenal	Iriarte Peixoto
1959	Peptideos biologicamente activos	Fernando Pires Gomes
1963	Tumores da tiroideia	Luiz Silveira Botelho
1963	Estudo da activação ventricular nos bloqueios intraventriculares agudos	Carlos Soares Ribeiro
1969	Regulação da secreção de gonadotrofinas hipofisárias em seres humanos	Luis Gonçalves Sobrinho
1972	Recessão da mandíbula	José Conde

Alguns destes trabalhos, pela sua natureza pioneira, inovadora e ainda hoje actual, merecem uma referência especial, mostrando 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 Moçam-

bique, 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 reacções pré-neoplásicas e a associação frequente com a cistite provocada pela bilharziose[872].

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. 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 oncologistas, buscando o seu reconhecimento pelo exercício de funções no IPO, o único hospital especializado no tratamento do cancro. O estado actual da oncologia e o seu futuro como especialidade médica é o resultado deste processo, que sendo internacional, também teve em Portugal um lugar próprio de definição.

[872] Cf. STEWART, H. L. – «Palavras de apreço». *Arquivo de Patologia.* Vol. 39, n.º 1-2 (Agosto 1967) p. 97-98, e ainda PRATES, M. Dâmaso – «A cancer survey in Lourenço Marques». *Arquivo de Patologia.* Vol. 39, n.º 1-2 (Agosto 1967), p. 99 e seguintes.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais do que 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 desilusões 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. 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.

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 sobre o tema. Mesmo assim, é possível colocar em evidência as singularidades do caso português.

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 da doença passar a ter lugar nos discursos oficiais como problema emergente, sofreu poucas tentativas de real resolução no âmbito governamental na primeira década do século XX. Estabeleceu-se, sim, nos anos 20, num contexto sociossanitário diferente, onde a preocupação com um novo flagelo emergente fora potenciado por diversos estudos estatísticos e pela oratória médica que alertavam para o problema, sobretudo 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.

No período entre as duas guerras, altura em que o higienismo se reforçou, o risco pressentido 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 lisboeta, cujos elementos, enquadrados pela figura de Francisco Gentil, gravitavam de início em redor das instáveis cúpulas políticas da I.ª República, estando profundamente vinculados ao projecto republicano mais lato de modernização da saúde e assistência. Centravam-se, desde logo, nas necessidades assistenciais, mas mais especificamente nas doenças emergentes, isto é, no combate ao cancro, propondo soluções e metodologias divergentes das utilizadas até então contra outras patologias, e que ultrapassavam as concepções propostas pelo higienismo.

Nesse contexto de modernização sanitária e assistencial, os vários governos do Estado Novo que se seguiram à I.ª República, concederam ao IPO um importante e declarado apoio,

de ordem financeira, científica e política. A solução adoptada para abordar o novo flagelo consistiu numa regulação profissional impulsionada por uma instituição de saúde especializada, criada com o intuito de regular a abordagem da doença, onde se desenvolveu não só o tratamento oncológico, mas sobretudo o ensino e a investigação. O controlo das práticas sanitárias individuais face ao risco do cancro, fez-se através de um esforço propagandístico claramente mais voltado para o diagnóstico precoce, mas onde se fazia igualmente alusão às práticas potencialmente geradoras de doença. Sendo sobretudo um centro de investigação científica, formação de técnicos de saúde, 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, à qual o Estado Novo não deixou de se associar.

As formas de organização social que coadjuvaram o projecto de Gentil foram, por um lado, o resultado directo da planificação da Comissão Directora do Instituto que deu corpo a estruturas filantrópicas de suporte, e por outro, o reforço da matriz benévolo-caritativa das elites sociais e económicas, agora conduzida e trasladada para um problema de saúde substancialmente distinto das maleitas tradicionais. Se bem que não se arrogava o exclusivo das iniciativas, o IPO tutelou-as e controlou-as directamente, dando 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.

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 em termos curativos. O panorama de afirmação da oncologia nos anos 20 e 30, contrasta com o que passou com outras especialidades clássicas. O IPO reuniu sob 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, estabelecendo uma ponte desusada entre os diferentes campos da clínica e da investigação básica. 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 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 no panorama internacional mais exigente.

A rede de relações científicas internacionais entretanto criada mostra uma grande proximidade com as linhas de orientação entretanto trilhadas pelos centros de referência mundial, com os quais se mantiveram intercâmbios constantes, 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, 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 anticanceroso 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 entretanto construído. Os dispositivos anticancerosos ofereceram esse lugar de autonomização, 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/multiplicação dos meios de diagnóstico e tratamento a todo o país tornaram-se uma necessidade premente. A conclusão tardia dos centros regionais, marcaria, por fim, a expansão de um projecto precocemente elaborado, longamente concretizado em Lisboa, mas por demasiado tempo apenas parcialmente 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.

CAPÍTULO VI

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, 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 há 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 morbilidade. 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 anticancerosos, 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[873].

---

[873] 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.º 315 (1998), p. 197-213.

Por outro lado, o incremento do nosso conhecimento actual sobre a biologia, tratamento e prevenção 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 todo o conhecimento científico se encontrar 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[874]. 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 a alçada do Ministério da Saúde, do 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 descentralizou-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

[874] Cf. LEAF, Clifton – «Why we are losing the war on cancer [and how to win it]». *Fortune* (22 de Março de 2004), p. 77-92.

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 complexos.

CAPÍTULO VII

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	Gastrojejunostomia
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	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 ATHIAS[875]

ATHIAS, M. (1895) – «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, p. 1-3.

— (1896) – «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, p. 585-587.

— (1898) – «Structure histologique de la moelle épinière du têtard de le Grenouille». *Bibliographie Anatomique.* 5, p. 58-60.

— (1897) – «Recherches sur l'histogénèse de l'écorce du cervelet». *Journal d'Anatomie.* 33, p. 372-373.

— (1898) – «Os movimentos ameboides dos neurones». *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia.* 2, p. 257-265.

— (1898) – «Histogénese do sistema nervoso». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XVI, p. 70, 83, 113.

— (1899) – «Afecções espasmódicas da infância». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XVII, p. 133, 145, 167, 199, 223, 228, 241.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. (1899) – «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, p. 317-319.

— (1900) – «Lesões Histológicas da Paralisia Cerebral». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XVIII, p. 416-418.

— (1901) – «Contágio da Possessão Diabólica». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX, p. 170-171.

— (1901) – «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, p. 457-458.

— (1901) – «Sur la présence de *Mastzellen* dans les vaisseaux corticaux chez une paralysie général». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 53, p. 457-458.

ATHIAS, M. (1901) – «O Instituto Solvay de Bruxelas». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX, p. 346-347.

— (1901) – «Methodos Novos para o Estudo da Estructura do Systema Nervoso». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX, n.º 7, p. 371-372.

— (1905) – «La vacuolisation de la cellule nerveuse». *Anatomischer Anzeiger.* 28, p. 492-494.

— (1905) – «La vacuolisation des cellulles des ganglions spinaux chez les animaux á l'état normal». *Anatomischer Anzeiger.* 27, p. 9-12.

— (1905) – «O órgão de hibernação». *Polytechnia.* 1, p. 35-43.

— (1905) – *Anatomia da Cellula Nervosa.* Dissertação Inaugural. Lisboa.

— (1905) – «O Tratamento Anti-Rábico Instituto Bacteriológico Câmara Pestana em 1905». *Polytechnia.* 2; *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 1 (1907), p. 177-186.

— (1906) – «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) – «Sobre alguns Pormenores de Estrutura e Funções do Corpo Amarelo Verdadeiro dos Mamiferos». *Polytechnia.* 2, p. 1-15.

— (1906) – «Origine, Nature et Classification des Pigments (les Pigments Cellulaires des Vertébrés». *Comptes Rendus du XVéme Congrès International de Médicine.* Lisbonne.

ATHIAS, M.; FRANÇA, C. (1906) – «Notes cytologiques sur les Trypanosomes parasites de la Grenouille». *Comptes Rendus du XVéme Congrès International de Médicine.* Lisbonne.

[875] 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), p. 145-227, GENTIL, F. *et al.* – «Marck Athias». *Arquivo de Patologia.* Vol. 21, n.º 2 (1949) p. 93-390, e ainda ANÓNIMO – «Bibliografia do Prof. Marck Athias». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13 (1947), p. 288-292.

— (1906) – «Sur les phénomènes de division du Trypanosome rotatorium». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 60, p. 1108-1109.
— (1906) – «Recherches sur les Trypanosomes des Amphibiens». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 1, p. 127-128.
— (1907) – «Recherches sur les Trypanosomes des Amphibiens». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 1, p. 289-290.
ATHIAS, M. (1907) – «Cytologia do Cancro (resumo)». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV, p. 165-168.
— (1908) – «Sur les phénomènes de division des ovules dans les follicules en voie d'atrésie chez quelques Mammifères». *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.* 2, p. 97-99.
— (1908) – «Cytologia Geral do Cancro». *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa.* Vol. 72, p. 110--142.
— (1908) – «Nécrologie; Sa Majesté le Roi D. Carlos I». *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.* 1 (1908), xv.
— (1908) – «La Société Portugaise des Sciences Naturelles,» *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.* 1, p. 1-10.
— (1908) – «Description d'un Ver parasite de la glande d'hibernation du Hérison». *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.* 1, p. 192-193.
— (1909) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1906». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 2, p. 63-71.
— (1909) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1907». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 2, p. 366-367.
— (1909) – «Sur certains corpuscules colorables du cytoplasme des cellules des ganglions spinaux des Mammifères». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 2, p. 1-2.
— (1909) – «Description d'un Ver parasite de la glande d'hibernation du Hérison». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 2, p. 133-134.
— (1909) – «O Ensino da Fisiologia e da Histologia nas Faculdades de Medicina da Bélgica». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXVIII, p. 357.
— (1909) – «Les phénomènes de division de l'ovule dans les follicules de De Graaf en voie d'atrésie chèz le Lérot *(Eleomys quercinus)*». *Anatomischer Anzeiger.* 34, p. 1-2.
— (1910) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1908». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 3, p. 45-57.
— (1910) – «Sobre as divisões da maturação do óvulo dos Mamíferos». *Dissertação de Concurso.* Lisboa: Libanio da Silva.
— (1910) – «Bombarda… O Professor». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXVIII, p. 322-323.
— (1911) – «Le chondriome des cellules interstitielles de l'ovaire de Chauve-Souris (*Vesperugo serotinus*)». *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.* 5, p. 46-47.
— (1911) – «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, p. 238-240.
— (1912) – *Guia dos Trabalhos Práticos de Fisiologia para uso dos Estudantes da Faculdade de Medicina.* Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
— (1912) – «Sur les divisions de maturation de l'oeuf des Mammifères». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 3, p. 287-289.
— (1912) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1909». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 3 (1912), p. 373-378.
— (1912) – «L'appareil mitochondrial des cellules interstitielles de l'ovaire du Murin». *Comptes Rendus de la Sociètè de Biologie de Paris.* 73 (1912), p. 448-449.

— (1913) – «A raiva e o tratamento antirábico em Portugal». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXI, n.º 16, p. 275-287.
— (1915) – «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, p. 410-412.
— (1915) – «Cristallöides dans l'Oeuf de Cercopithecus calcitrichus et de Cercopithecus sabaeus». *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.* 7 (1915), p. 67-76.
— (1916) – *Programas e Horários. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Ano Lectivo de 1916-1917. Fisiologia.* Livraria Ferin. Lisboa.
— (1916) – «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, p. 553-556.
— (1916) – «Sur le Déterminisme de l'Hyperplasie de la Glande Mammaire, et de la Sécrétion Lactée». *Comptes Rendus de la Socété de Biologie de Paris.* 79, p. 557-559.
— (1916) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1910-1911». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 4, p. 41-56.
— (1916) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1912». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pest*ana. 4, 173-178.
— (1917) – «A raiva em Lisboa». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXV, p. 89.
ATHIAS, M.; SILVA, Pereira da (1918) – «Le Traitement Antirabique à L'Institut de Bacteriologie Câmara Pestana en 1913-1914». *Archivos do Real Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.* 5, p. 89-99.
ATHIAS, M. (1919) – «Recherches sur les Cellules Interstitielles de l'Ovaire des Cheiroptères». *Archives de Biologie.* 30, p. 88-212.
— (1919) – «Effets de la Castration sur le Mouvement Automatique de l'Úterus chez le Cobaye». *Journal de Physiologie et de Pathologie Générale.* 18, p. 731-743.
— (1920) – «Sur la Sécrétion Interne de l'Ovaire». *Archives Internationales de Physiologie.* 18 (1920), p. 926-306.
— (1920) – «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, p. 1647-1648.
— (1920) – «Les mouvements automatiques de l'estomac et de l'intestin isolés des Sélaciens». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 83, p. 872-873.
ATHIAS, M.; MIRA, M. B. Ferreira de (1920) – «Sur les effects de la thyro-parathyroïdectomie chez le Cobaye châtré». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 88, p. 876-877.
— (1921) – *Exercícios de Química Fisiológica.* Porto: Sociedade Gráfica Lda.
ATHIAS, M. (1921) – «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, p. 257-258.
— (1921) – «Professor Fernando Mattoso Santos». *Jornal de Sciencias Naturais.* 1).
— (1921) – «Actions d'extraits et produits dérivés d'organes à sécrétion interne sur l'utérus isolé, particulièrement après la castration totale». *Archives Internationales Pharmadynamie et Thérapeutique.* 25, p. 423--425.
— (1922) – *Études Hystologiques sur la Greffe Ovarienne.* In *Libro en Honor de D. Santiago Ramón y Cajal.* [s.l.], p. 78-118.
— (1922) – «A. Laveran». *Jornal de Sciencias Naturais.* 2.
— (1923) – «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, p. 1315-1317.
— (1923) – «Caracteres Sexuais». *Colecção Natura.* 1.
ATHIAS, M.; FONTES, J. (1924) – «Action du pneumogastrique sur le cœur après surrénalectomie». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 90, p. 232-235.
ATHIAS, M. (1924) – «Sur l'antagonisme des glandes sexuelles. A propos des notes récents de A. Lispchútz et H. E. Voss». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 91, p. 232-233.

— (1925) – «Transplantações de órgãos – Conferência na Associação Médica Lusitana». *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa.* Vol. 89.

ATHIAS, M.; MIRA, M. B. Ferreira de (1927) – *Exercícios Práticos de Química Fisiológica para uso dos Estudantes da Faculdade de Medicina.* Coimbra: Faculdade de Medicina de Lisboa.

ATHIAS, M.; FONTES, J. (1927) – «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, p. 715-717

— (1928) – *Pneumogástrico e Coração.* Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa.

ATHIAS, M. (1928) – «Influence sur la castration chez le Dindon». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 98, p. 1606-1608.

— (1928) – «Les effects de la castration chez le Dindon». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 100, p. 513-514.

— (1928) – «O Estudo Experimental do Hermafroditismo nos Animais Superiores». *Actualidades Biológicas.* 1, p. 273-320.

— (1929) – «Les Phénomènes de Division de l'Oocyte au cours de l'Atrésie Folliculaire chez les Mammifères». *Archives d'Anatomie Microscopique.* 25, p. 405-425.

— (1929) – «O Problema do Cancro na Conferência Internacional de Londres. 17 a 20 de Julho de 1928». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XLVII, p. 79-89.

ATHIAS, M.; RAMOS, C. (1930) – «Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929». *Arquivo de Patologia.* 2, p. 84-132.

ATHIAS, M.; ANCIÃES, J. H.; FONSECA, H. (1930) – «Estados espasmódicos da musculatura lisa e crenoterápica». *XIII Congresso Internacional de Hidrologia e Climatologia.* Lisboa.

ATHIAS, M. (1930) – «Les Caractères Sexuels Somatiques chez le Dindon et leur Conditionnement Physiologique». *Proceedings of the Second International Congress for Sex Research*, p. 144-158.

— (1931) – «O Automatismo do Coração, Causas e Mecanismos Reguladores,» *Actualidades Biológicas.* 3, p. 103-158.

— (1931) – «La régénération du testicule chez le dindon incomplètement châtré». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 107, p. 1177-1180.

ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado (1932) – «Contribuição para o Estudo da Inervação dos Tumores». *Arquivo de Patologia.* Vol. 4 (1932), p. 138-161.

ATHIAS, M. (1932) – «O Sono Hibernal dos Mamíferos». *Actualidades Biológicas.* 5, p. 159-205.

ATHIAS, M.; GUIMARÃES, J. A. (1933) – «Greffe Ovarienne Intracérébrale chez des Cobayes Males, Entiers et Préalablement Chatrés». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 113, p. 733-735.

ATHIAS, M. (1934) – «Organisation de la Lutte contre le Cancer au Portugal». *Arquivo de Patologia.* Vol. 6, p. 539-551.

— (1934) – «Santiago Ramón y Cajal». *Lisboa Médica.* 11, p. 831-853.

ATHIAS, M.; FONTES, J. (1934) – *Guia dos Trabalhos Práticos de Fisiologia.* Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

ATHIAS, M. (1934) – «Les Ergots du Dindon». *Revista de la Sociedad Argentina de Biología.* 10, p. 144-155.

— (1935) – «Centros Diencefálicos da Vida Vegetativa». *Actualidades Biológicas.* 8, p. 121-175.

— (1936) – «As formações cório-epiteliais do ovário da Cobaia». *Arquivo de Patologia.* Vol. 8, p. 121-153.

— (1936) – «Breves Notas sobre Embriomas a Propósito de Dois Casos Observados na Cobaia». *Imprensa Médica.* 23, p. 435-437.

— (1936) – «Krebs und Krebsbekampfung in Portugal». *III Internationales Kongress der ärztliche Forschung.*

— (1936) – «Le cancer et la lutte anticancéreuse au Portugal». *IIème Congrès International de la Lutte contre Le Cancer.* 519.

— (1936) – «Lesões do testículo produzidas por injecções intersticiais de alcatrão». *Jornadas Médicas.* Orense.

— (1936) – «Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales». *Arquivo de Patologia.* Vol. 8, p. 293-315.

— (1937) – «O estudo experimental das águas medicinais nos doentes e nos animais de laboratório». *Clínica, Higiene e Hidrologia.* 3, p. 139-140.
— (1937) – «A luta Social contra o Cancro e o Valor das Estatísticas». *Boletim Instituto Português de Oncologia.* 4, p. 10-12.
— (1937) – «Hipóteses sobre as Causas do Cancro». *Boletim Instituto Português de Oncologia.* 4, [6], p. 2-3.
— (1937) – «Organisation de la Lutte contre le Cancer». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* 4, [2], [3].
— (1937) – «Os Recentes Progressos no Estudo Experimental do Cancro». *Medicina*, 27, p. 1-13.
— (1937) – «Plan d'une enquête sur le cancer au Portugal». *Acta de l'Union Internationale contre le Cancer.* 2, p. 722-725.
— (1937) – «Problemas Actuais da Endocrinologia». *Actualidades Biológicas.* 10, p. 101-159.
— (1937) – «Sarcome du Cœur chez un Cobaye après Injection, dans le Cerveau, de Méthylcolantrène». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris.* 126, p. 585-586.
ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado (1938) – «Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Methylcholantrène chez le Rat». *Comptes Rendus de la Société de Biologie de Paris de Paris.* 127, p. 237-238.
ATHIAS, M. (1938) – *Actividade Científica, Relatório Administrativo.* Lisboa: Instituto Português de Oncologia.
— (1938) – «Posição actual do Instituto Português de Oncologia». *Boletim Instituto Português de Oncologia.* 5; p. 1-3.
— (1938) – «Hipóteses sobre a Origem do Cancro». *Boletim Instituto Português de Oncologia.* 5 (1938), p. 4-5.
— (1938) – «Factores genéticos na produção de tumores espontâneos e provocados». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LVI, p. 1-14.
— (1939) – «Hormonas Sexuais e suas Acções Fisio-Patológicas». *Actualidades Biológicas.* 12, 108-166.
ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado (1939) – «L'Atypie Cellulaire dans les Sarcomes Provoqués par le Méthylcholantrène». *Acta de l'Union Internationale contre le Cancer.* 4, p. 659-663.
ATHIAS, M. (1940) – «Hormonas Estrogéneas e Neoplasias Mamárias». *Imprensa Médica.* 24, p. 251-261
— (1940) – «Introdução ao Método Experimental e suas Principais Aplicações às Ciências Médicas e Biológicas em Portugal». *Actas do Congresso de História da Actividade Científica Portuguesa*, p. 474-478.
— (1940) – «Sobre as origens das neoplasias mamárias». *Boletim Instituto Português de Oncologia.* Vol. 7, n.º 1, p. 3-7.
— (1940) – *Introdução do Método Experimental e suas principais aplicações às Ciências Médicas e Biológicas em Portugal.* Coimbra: Congresso da Actividade Científica Portuguesa.
— (1941) – *O Cinquentenário da Teoria do Neurónio.* Lisboa: Imprensa Lucas.
ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado (1941) – «Lésions Testiculaires chez des Souris Atteintes d'Adénocarcinome Spontané de la Glande Mammaire». *Arquivo de Patologia.* Vol. 13, p. 381-393.
ATHIAS, M. (1941) – *O Problema do Cancro.* Lisboa: Biblioteca Cosmos.
— (1941) – «A Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais». In *Actas do Iº Congresso Nacional de Ciências Naturais.* Lisboa, V-XVII.
— (1941) – «Metaplasias em Tumores Experimentais». *Imprensa Médica.* 12, p. 1-11.
— (1941) – «O Cinquentenário da Teoria do Neurónio». *Actualidades Biológicas.* 14, p. 6-64.
— (1941) – «O Valor da Experimentação em Cancerologia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LIX, p. 262-270.
— (1942) – «Secreções Internas e Cancro». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX, p. 284-290.
— (1942) – *Catálogo das Obras da Colecção Portuguesa anteriores à Fundação das Régias Escolas de Cirurgia – 1825.* Lisboa: Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa.
— (1942) – «Albert Dustin (1784-1942)». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX, p. 368-370.
— (1943) – «Les Formations Corio-Épithéliales de l'Ovaire du Cobaye». *Arquivo de Patologia.* 15, p. 293-315.
— (1943) – «O Instituto Português de Oncologia em 1940 e 1941». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXI, p. 17-25.

— (1943) – «A Sinapse em Neurofisiologia». *Actualidades Biológicas.* 16, p. 61-109.
— (1944) – «Max Askanazy (1865-1940)». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXII, p.15-16.
— (1944) – «Deux Cas d'Embryome de l'Ovaire chez le Cobaye». *Arquivo de Patologia.* Vol. 16, p. 318-329.
— (1945) – «Fenómenos bioeléctricos cerebrais». *Ver e Crer.* 1.
— (1945) – «Henrique Parreira (1895-1945)». *Arquivo de Patologia.* Vol. 17, p. 1-18.
— (1945) – «Lésions Testiculaires chez des Souris non Cancéreuses appartenant à une lignée très sujette au Cancer de la Glande Mammaire». *Arquivo de Patologia.* Vol. 17, p. 370-390.
— (1946) – «O Ensino da Fisiologia na Régia Escola de Cirurgia e na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa». *Clínica Contemporânea.* 6, p. 282-290.

ANEXO 3 – BIBLIOGRAFIA DE FRANCISCO GENTIL[876]

GENTIL, Francisco (1900) – *Sobre apendicite. Tese inaugural.* Lisboa.
— (1901) – «Ferida penetrante do ventrículo esquerdo do coração, sutura. Morte». *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práctica*, p. 353.
— (1902) – «Apendicite». *Boletim do Hospital de S. José*, p. 5.
— (1903) – «Quisto hidático da vesícula biliar (apresentação de caso)» *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 67, p. 170.
— (1904) – «Ferida do Coração». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 68, p. 35.
— (1904) – «A Operação de Edebohls na Eclampsia». *Medicina Contemporânea.* Vol. 22, p. 341.
— (1904) – «Laparotomia de Mac-Burnay para Apendicectomia». *Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXII, p. 376.
— (1904) – *Sobre o Tratamento Cirúrgico do Mal de Bright pela Nephro-Capsectomia. Operação de Edebohls. Tese de Concurso. Outubro de 1904.* Lisboa.
— (1905) – *Feridas e Rupturas Traumáticas do Coração (Cardiorraphia). A propósito de Três Casos Pessoais de Cardiorraphia.* Lisboa: Imprensa Libânio da Silva.
— (1906) – «A Propos de Trois Cas Personnels de Suture du Coeur. » *XV Congrès International de Médicine. Section IX – Chirurgie.* Lisbonne, p. 446.
— (1906) – *Le procédé de Mac-Burnay Dans L'Appendicectomie.* XV Congrès International de Médicine. Section IX – Chirurgie. Lisbonne, p. 483.
— (1906) – «Ferida do diafragma e do baço. Operação. Cura». *Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIV, p. 23.
— (1906) – «Quatro casos de corpos estranhos do esófago tratados pela esofagotomia externa cervical e seguidos de cura». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 70, p. 55.
— (1907) – «Luta contra o cancro». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 70, p. 43.
— (1907) – «Um caso de epispadias completo». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 70, p. 223.
— (1907) – « Um caso de carcinoma da tíbia com ressecção e autoplastia óssea». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 71, p. 221.
— (1908) – «Ressecção da tíbia por sarcoma central». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 72, p. 15.
— (1908) – «Pericardite purulenta». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 72, p. 88.
— (1908) – «Linfangioma circunscrito da língua». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 72, p. 175.

[876] A bibliografia de Francisco Gentil encontra-se espartida por vários periódicos médicos, nacionais e estrangeiros. Uma boa parte desses artigos encontra-se repetida integralmente em mais do que uma publicação. Nesse caso, optou-se por colocar apenas uma das referências.

— (1908) – «Intervenções realizadas num doente com pneumococia». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 72, p. 353.
— (1908) – «Cancro circunscrito do corpo do útero. Apresentação da peça operatória». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 72, p. 355.
— (1909) – «Relatórios do 1.º Secretário». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 72 (1908), p. 18; e Vol. 73, p. 5.
— (1909) – «A propósito de dois casos de grandes cálculos renais; apresentação de peças e radiografias». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 73, p. 41.
— (1909) – «Sub-Nitrato de bismuto nas gastropatias». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 73, p. 42.
— (1912) – «Nota prévia sobre indicações do tratamento cirúrgico na febre tifóide. Técnica operatória». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 76, p. 82.
— (1912) – «Sobre um caso de cardiorrafia feita à 9 anos». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 76, p. 146.
— (1915) – «Hospitais Civis de Lisboa». *Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXIII, p. 153, 166, 171, 179, 195, 211.
— (1916) – «A mobilização dos médicos». *Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXIV, p. 319.
— (1916) – «A questão dos Hospitais Civis de Lisboa». *Portugal Médico.* Vol. 2, p. 267.
— (1916) – «Sobre a sintomatologia de tumores e abcessos cerebrais». *Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXIV, p. 89.
— (1920) – «Greffe 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), p. 1175.
— (1923) – «Anestesias feitas durante o último período de um ano na 1.ª Clínica Cirúrgica». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* T. 87, p. 229.
— (1923) – «Sur le diagnostic precoce et la technique chirurgicale dans le traitement des neoplasies malignes, hyperglicémie provoquée». *Comptes Rendus de la Société de Biologie.* Vol. 88, p. 1323.
— (1923) – «Sur le diagnostic precoce des neoplasies malignes par l'hyperglicémie provoquée». *Bulletin de L'Association Française pour L'Étude du Cancer.* Vol. 12, p. 726.
— (1924) – «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 Sciencias Médicas.* T. 88, p. 239.
— (1924) – «A propósito do Rádio no tratamento dos sarcomas». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 88, p. 416.
— (1924) – «Sterização por via rectal». *Lisboa Médica.* Vol. 1, n.º 6, p. 363.
— (1925) – *Ensino médico em Lisboa. A patologia e a terapêutica cirúrgica. 1.º Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa, 1825-1925.* Lisboa.
— (1925) – «Sobre o diagnóstico de tumores abdominais (Apontamentos de Patologia)». *Lisboa Médica.* Vol. 2, n.º 1, p. 1-15.
— (1925) – «Apontamentos sobre o ensino da patologia cirúrgica na Faculdade de Medicina de Lisboa». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, p. 10-16.
— (1925) – «A 1.ª Clínica Cirúrgica». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, p. 17-22.
— (1925) – «Alguns exemplos da documentação do Arquivo. Quatro observações». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, p. 45-53.
GENTIL, Francisco; GUEDES, F. Bénard (1925) – «Sobre Roentgenterapia nos cancros da mama. Técnica. Resultados». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, p. 122-137.
GENTIL, Francisco (1925) – «Ressecção da tíbia e enxerto pediculado do perónio. Observação vinte anos depois da intervenção». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, p. 9.
— (1925) – «A amputação da mama por carcinoma. Técnica operatória». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, p. 138-151.

— (1928) – «O Instituto Português para o estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia.* Vol. 3, p. 1.
— (1928) – «Apontamento sobre o tratamento cirúrgico das neoplasias do seio». *Lisboa Médica.* Vol. 5, n.º 6, p. 406.
— (1928) – «Sobre Hospitais de Lisboa». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 92, p. 89.
— (1929) – *Luta contra o Cancro.* Conferência realizada em Sevilha em 4-III-1929. [s.l].
— (1929) – «Resultats au bout de 20 ans d'une greffe pediculée du perone après resection du tibia pour sarcome». *Lyon Chirurgical.* Vol. 26, n.º 4.
— (1929) – *Laminectomia. Apontamentos de técnica operatória sobre 24 casos pessoais.* Conferência realizada no Porto na «Semana Médica Portuguesa», em 1-VII-1929. [s.l.].
— (1930) – «La diathermie gynecologique. Moyen auxiliaire precieux de la curietherapie utero-vaginale». *Bull. Ass. Franç. Étude du Cancer.* Vol. 9, n.º 6, p. 510.
— (1930) – «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, p. 9.
— (1931) – «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, p. 178.
— (1931) – «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. (1931) – «Sobre la radiografía de la glandula mamaria y su valor diagnóstico». *Archivos Españoles de Oncologia.* Vol. 2, n.º 1, p. 111-142.
GENTIL, Francisco; COSTA, S. F. Gomes da (1933) – «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 (1933) – «Instalações cirúrgicas». *Boletim da Universidade de Santiago,* Número extraordinário en homenaje al Prof. Rodriguez Cadarzo, Santiago de Compostela.
— (1933) – «Note sulla chirurgia cardio-pericardica». *Il Policlinico, sezione chirurgica.* Supl. al Vol. XL, in honore di Roberto Alessandri.
— (1933) – «Notes sur la chirurgie cardiopericardique». *Lisboa Médica.* Vol. 10, p. 391.
GENTIL, Francisco (1933) – «Construções hospitalares». *Lisboa Médica.* Vol. 10, p. 721.
— (1933) – «O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 36, p. 261-264.
— (1933) – «Hospitais modernos». *Lisboa Médica.* Vol. 10, n.º 10, p. 594.
— (1934) – «Noções sobre neoplasias genitais». *Arquivo de Obstetrícia e Ginecologia.* Vol. 1, p. 203.
— (1934) – «A propósito da luta anticancerosa. O novo Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia.* Vol. 6, n.º suplementar.
— (1934) – «O cancro e o tabaco». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 9.
— (1934) – «Apontamentos sobre seminomas». *Jornal da Associação Portuguesa de Urologia*, p. 202.
— (1934) – «O Rádio no Instituto». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 1.
— (1934) – «O que se fez no instituto durante os primeiros cinco anos». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 1.
— (1934) – «O que é e para que serve o Instituto». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 2.
— (1934) – «A obra realizada no Instituto durante o sexto ano da sua existência». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 2.
— (1934) – «Principiou a trabalhar-se para a conclusão do Instituto». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 2.
— (1934)– «Algumas notas acerca da Associação Internacional dos Hospitais». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 4.

— (1934) – «Cancro e sífilis». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 9.
— (1934) – «Um interessante trabalho do eminente oncologista argentino A. H. Roffo». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 9.
— (1934) – «Inauguração dos tratamentos pelo Rádio no novo pavilhão do Instituto de oncologia». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 9.
– «29 de Dezembro – Uma data importante na luta anticancerosa em Portugal». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 1, n.º 12.
GENTIL, Francisco; TRANCOSO, J. (1934) – «Uma estatística de cancro da mama no homem». *Arquivo de Patologia.* Vol. 6, p. 557.
GENTIL, Francisco (1935) – «O problema do cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 4.
— (1935) – «Luiz Simões Raposo». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 5.
— (1935) – «Sem o auxilio do público o Instituto de Oncologia não pode tratar todos os doentes que o procuram». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 10.
— (1935) – «O cancro pode curar-se se for bem localizado». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 11.
— (1935) – «Uma série de palestras na Emissora Nacional». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 11.
— (1935) – «Conhecimentos gerais acerca da terrível doença». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 11.
— (1935) – «As únicas armas de combate são Cirurgia, Rádio, Raios X». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 12.
— (1935) – «Os vários aspectos da luta anticancerosa». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 12.
— (1935) – «O que se faz em Portugal para combater o cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 12.
— (1935) – «O prognóstico do cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 2, n.º 12.
— (1936) – «O cancro do útero». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 3, n.º 8-9.
— (1936) – «O problema do cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 3, n.º 8-9.
— (1936) – «Sete palestras radiofónicas». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 3, n.º 11.
— (1936) – «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, n.º 12, p. 427.
— (1936) – «29 de Dezembro de 1927 – 29 de Dezembro de 1936». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 3, n.º 12.
— (1936) – «Sobre o cancro do útero e radioterapia». *Imprensa Médica.* Vol. 2, n.º 19, p. 359.
— (1936) – «Nota prévia sobre o um caso de tumor neuro-mio-arterial (Tumor glomico de Masson). *Imprensa Médica.* Vol. 2, n.º 13, p. 272.
— (1936) – «Apontamentos sobre o tratamento cirúrgico do bócio exoftálmico». *Medicina.* Vol. 3, n.º 22, p. 1.
— (1936) – «Sobre cirurgia do coração. Cardiorrafia». *Medicina.* Vol. 3, n.º 21, p. 3.
— (1936) – «Sur seize cas de seminome du testicule et de l´ovaire». *Archivo Italiano de Chirurgia.* Vol. 42, n.º 5, p. 501.
— (1936) – «Estado actual do estudo feito pela comissão técnica dos Hospitais-Faculdades de Lisboa e Porto». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas.* Vol. 100, p. 65.
— (1936) – «Apontamentos sobre seminomas». *Imprensa Médica.* Vol. 2, n.º 7, p. 119.
— (1937) – «Aspectos do problema do cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 4, n.º 1.
— (1937) – «A luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 4, n.º 11.
— (1937) – «O Rotary Club de Portugal e a luta contra o cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 4, n.º 1.

— (1937) – «Conferência inaugural do 3.º Ano de Reuniões Semanais do Instituto». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 4, n.º 11, p. 2-12.

GENTIL, Francisco; OLIVEIRA, J. Rosa de (1938) – «Le 'Drainage' Peritoneal dans L'Appendicite Aigue Destructive». *Archivo Italiano di Chirurgia.* Vol. 52, p. 328.

GENTIL, Francisco (1938) – «Apontamentos sobre electrocirurgia». *1.º Congresso Médico de Lourenço Marques.* Vol. 2, p. 223.

— (1939) – «O Instituto Português de Oncologia. O passado, o presente e o futuro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 6, n.º 1, 2, 3, 4.

— (1939) – «Apontamentos sobre um caso de cirurgia de urgência». *Imprensa Médica.* Vol. 5, n.º 22, p. 357.

— (1939) – «Os Hospitais escolares de Lisboa e Porto». *Arquivo de Patologia.* Vol. 11, n.º suplementar.

GENTIL, Francisco; MARQUES, Maria Fernanda (1939) – «La curietherapie sous-claviculaire dans l'amputation du sein». *Bull. Ass. Française Étude Cancer.* Vol. 28, n.º 5, p. 843.

GENTIL, Francisco (1940) – «Apontamentos sobre o tratamento das neoplasias do seio. 27 anos de experiência». *Arquivo de Patologia.* Vol. 12, n.º 2, p. 205.

— (1940) – «As campanhas contra o Instituto Português de Oncologia». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 7, n.º 2.

— (1940) – «O Hospital-Faculdade de Lisboa». *Medicina.* Vol. 4, n.º 41-42, p. 1.

— (1941) – «Apontamentos sobre a vida do Prof. Augusto Monjardino». *Lisboa Médica.* N.º 7, p. 377.

— (1941) – «Electrocirurgia. Princípios. Técnicas». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LIX, n.º único, p. 113.

— (1941) – «Os serviços de saúde na Província de Moçambique». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LIX, n.º único, p. 118.

— (1941) – «Hospitais». *Jornal do Médico.* N.º 25, p. 5.

— (1942) – «Sobre o cancro do fígado». *Imprensa Médica.* Vol. 7, n.º 6 (1941), p. 113.

— (1942) – «Concursos». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX, p. 31, 129, 146.

— (1942) – «*Amatus Lusitanus*». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX), p. 13.

— (1942) – «A Enfermeira Maria da Glória». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX, p. 150.

— (1942) – «Apelo aos médicos». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 9, n.º 7, p. 1.

— (1942) – «A cura do cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 9, n.º 5.

— (1942) – «O que convém saber de cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 9, n.º 9 e 10.

— (1943) – «Cirurgia do coração». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXI, n.º 21 e 23, p. 321 e 353.

— (1943) – «A assistência na Suíça. Apontamentos sobre hospitais suíços». *Rotary Club de Lisboa.* N.º 77, II Fase, p. 12.

GENTIL, Francisco; RODRIGUES, A. (1943) – «Um velho caso de cardiorrafia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXI, n.º 23, p. 356.

GENTIL, Francisco (1944) – «Maria Angélica Lima Basto Hansen». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 11, n.º 8.

— (1944) – «Concursos – II». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXII, n.º 17-18, p. 197.

— (1944) – «Sobre Hospitais». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXII, n.º 19-20, p. 215.

— (1945) – «Cancer genital de la mujer». *Medicamenta.* Vol. 3, n.º 79, p. 313.

— (1945) – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social.* N.º 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 15-18.

— (1945) – «80% das vítimas do cancro podiam salvar-se, tratadas a tempo». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 12, n.º 11, p. 1.

— (1946) – «Curso de la Universidad Menendez Pelayo – Santander (1.ª Conferência)». *Clínica Contemporânea.* Vol. 1, n.º 8, p. 421.

— (1946) – «Pode o diagnóstico condicionar a terapêutica do cancro?» *Clínica Contemporânea*. Vol. 1, n.º 10, p. 555.
— (1946) – «Qual a terapêutica a usar no carcinoma do colo uterino?» *Clínica Contemporânea*. Vol. 1, n.º 2, p. 72.
— (1946) – «Sobre cancro genital». *Clínica Contemporânea*. Vol. 1, n.º 1, p. 1.
— (1946) – «Centro cirúrgico de Peniche». *Clínica Contemporânea*. Vol. 1, n.º 2, p. 122.
— (1946) – «Hospitais». *Clínica Contemporânea*. Vol. 1, p. 46, 117, 178, 239, 291, 342, 411.
— (1946) – «Elementos de anatomia e de técnica a considerar na terapêutica dos carcinomas sigmoido-rectais. Casos clínicos». *Clínica Contemporânea*. Vol. 1, n.º 9, p. 485.
— (1947) – «Hospitais». *Clínica Contemporânea*. Vol. 2, p. 750.
— (1947) – «Cinquenta anos nos Hospitais Civis de Lisboa». *Clínica Contemporânea*. Vol. 2, n.º 12, p. 661.
— (1948) – «Apontamentos de cirurgia. Mais de 3.000 apendicectomias». *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia*. Vol. 1, n.º 4, p. 255.
— (1948) – «Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 15, n.º 1-6, p. 1.
— (1948) – «Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 20, n.º 2, p. 121-148.
— (1948) – «A luta contra o cancro em Portugal. Conferência realizada em Madrid e Bilbau». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 15, n.º 7-12, p. 5.
— (1948) – «Os superiores interesses dos cancerosos». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 15, n.º 7-12 (1948), p. 1.
— (1949) – «Actividade científica do Instituto Português de Oncologia no ano escolar de 1949-1950». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16, n.º 7-10, p. 1.
— (1949) – «Anastomoses termino-terminais a pontos separados nas ressecções do intestino e de outros segmentos do aparelho digestivo». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 24, p. 1366.
— (1949) – «O cancro da mama e o seu tratamento». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 25, p. 1379.
— (1949) – «O Hospital de Todos os Santos». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 25, p. 1431.
— (1949) – «Neoplasia da mama. Terapêutica usada no Instituto Português de Oncologia». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 22, p. 1207.
— (1949) – «Sobre o carcinoma da língua. Lição feita no Instituto Português de Oncologia aos Delegados de Saúde». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 28, p. 1619.
— (1949) – «Sobre os Hospitais Escolares de Lisboa e Porto. Assistência e Educação Física». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 28, p. 1609.
— (1949) – «Sobre penicilina». *Clínica Contemporânea*. Vol. 3, n.º 25, p. 1431.
— (1949) – «A terapêutica do cancro. Apontamentos». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16, n.º 11, p. 7.
— (1949) – «Sobre o cancro – Pode fazer-se profilaxia?» *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16, n.º 10 e 11, p. 1.
— (1949) – «A oncologia em Espanha». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 16, n.º 10, p. 5.
GENTIL, Francisco *et al.* (1949) – «Marck Athias». *Arquivo de Patologia*. Vol. 21, n.º 2, p. 93-390.
GENTIL, Francisco (1950) – «Da fantasia na terapêutica do cancro e as consequências de ignorar a anatomia patológica». *Clínica Contemporânea*. Vol. 4, n.º 1, p. 1.
— (1950) – «Excision of the shaft tibia for sarcoma. Examination. Forthy-three years after replacement by a fibular graft». *J. Bone and Joint Surgery*. Vol. 32-B, p. 389.
— (1950) – « Sobre miomas do útero. A minha experiência pessoal». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 17, n.º 10, p. 1.
— (1950) – «Terapêutica velha». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 17, n.º 7, p. 1.

— (1950) – «Tratamento miomas uterinos». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 17, n.º 12, p. 1.
— (1950) – «Curso de aperfeiçoamento sanitário». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 17, n.º 1, p. 2.
GENTIL, Francisco; DIAS, M. Th. Furtado (1950) – «Étude d'une nouvelle technique pour l'application viscérale du radon». *Arquivo de Patologia.* Vol. 22, n.º 3, p. 289.
GENTIL, Francisco (1951) – «Há tratamento curativo do cancro além da cirurgia e das radiações?» *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 18, n.º 3, p. 4.
— (1951) – «Conceitos terapêuticos das neoplasias malignas da infância». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 18, n.º 6, p. 1.
— (1951) – *A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia.* Lisboa[877].
GENTIL, Francisco; CONDE, J. (1951) – «Algumas localizações raras do quisto hidático». *Clínica Contemporânea.* Vol. 5, n.º 5, p. 243.
— (1952) – «Apontamentos sobre enfermagem». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 19, n.º 5.
— (1952) – «Em defesa da obra de luta contra o cancro e do Instituto Português de Oncologia». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 19, n.º 7-9.
— (1952-53) – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 19, n.º 7-9, 10, 11 e 12; Vol. 20, n.º 1 e 3.
— (1952) –«O Instituto Português de Oncologia e as suas responsabilidades». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 19, n.º 10.
— (1952) – «A colpocitologia no diagnóstico do pré-cancro». *Clínica Contemporânea.* Vol. 6, n.º 1-2, p. 1.
— (1952) – «A propósito dos Hospitais Escolares». *Jornal do Médico.* Vol. 20, p. 69, 337, 415, 951, 1002; Vol. 21, p. 502.
— (1952) – «A terapêutica do cancro». *Jornal do Médico.* Vol. 20, n.º 517 (1952), p. 1089.
GENTIL, Francisco; CONDE, J.; SILVA, J. Neves da (1952) – «Sobre o carcinoma da vesícula biliar e a litíase biliar». *Arquivo de Patologia.* Vol. 24, n.º 2, p. 153.
GENTIL, Francisco; CONDE, J. (1952) – «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, n.º 4, p. 113.
GENTIL, Francisco (1953) – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 20, n.º 1, 3.
— (1953) – «Como utilizar os serviços do Instituto Português de Oncologia. Isótopos». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 20, n.º 8, p. 1.
— (1953) – «Institutos e cruzeiros». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 20, n.º 9, p. 1.
GENTIL, Francisco; CONDE, J. (1953) – «Linfangioma quístico do pescoço». *Clínica Contemporânea.* Vol. 7, n.º 1, p. 1.
GENTIL, Francisco (1954) – «Conversas sobre o cancro – I. A propósito do cancro da língua». *Portugal Médico.* Vol. 38, n.º 1, p.1
— (1956) – «A propósito do Congresso de cardiologia». *Jornal do Médico.* Vol. 30, n.º 693, p. 43.
— (1956) – «A luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 23, n.º 6, p. 1.
— (1956) – «A luta contra o cancro». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 23, n.º 10, p. 1.
GENTIL, Francisco; RODRIGUES, A. (1956) – «Tratamento das mastopatias. Profilaxia e cura cirúrgica». *Arquivo de Patologia.* Vol. 28, n.º 1-2, p. 1.
GENTIL, Francisco (1957) – «O Instituto Português de Oncologia em 1958». *Boletim do Instituto Português de Oncologia.* Vol. 24, n.º 12.

[877] Obra elaborada em edição trilingue: português, francês e inglês. Cf. GENTIL, Francisco – *La lutte contre le câncer et l´instituto português de oncologia.* Lisbonne: 1951; GENTIL, Francisco – *The cancer campaign and the instituto portugês de oncologia.* Lisbon: 1951.

GENTIL, Francisco; MARQUES, M. F.; GANDER, G.; SILVA, J. Neves da (1957) – «Orientação terapêutica das mastopatias. Apontamentos». *Jornal do Médico*. Vol. 33, n.º 753, p. 429.
— (1958) – «A luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do Instituto Português de Oncologia*. Vol. 25, n.º 10, 11.
— (1958) – «Um sonho que pode tornar-se realidade». *Jornal do Médico*. Vol. 37, n.º 831, p. 803.

ANEXO 4 – «NORMAS PARA A PROTECÇÃO DOS QUE TRABALHAM COM RÁDIO»[878]

1. 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 estancionar 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).

[878] 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, n.º 36 (23 de Setembro de 1933), p. 261-262.

2. 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.
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 cautchu[879] para impedir a formação de um depósito activo na pele. Devem, além disso, ser adoptadas todas as medidas de protecção indicadas para os sais 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 (1.ª FASE)

Mapa n.º 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 n.º 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 n.º 46 867, de 10 de Fevereiro de 1966.

[879] Latex (borracha).

CAPÍTULO VIII

FONTES E BIBLIOGRAFIA

1. FONTES IMPRESSAS

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 (*1799) – Lisboa: Typographia da mesma academia.

Dicionário da Língua Portuguesa (2003) – Porto: Porto Editora.

Dicionário da Lingua Portuguesa Contemporânea (2001) – Vol. I e II. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa.

Dictionnaire de Médecine (1834) – 2.ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C.ª.

DIDEROT et d´ALEMBERT (1988) – *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 méchaniques, avec leur explication.* Éd. fac-sim. de textes et de planches extraits de l'éd. de Paris: Briasson, 1751-1780. Paris: Inter-livres.

SILVA, Innocêncio Francisco da (1858-1883) – *Diccionario Bibliographico Portuguez.* T. I-X. Lisboa: Imprensa Nacional.

1.2. Documentos Oficiais

Actas da Câmara Corporativa (1935-1974)

Annuario Estatistico de Portugal (1875 a 1900) (1877-1907) – Lisboa: Imprensa Nacional.

— (1907-1911) – 2 vols. Lisboa: Imprensa Nacional.

Boletim Mensal da Estatística Sanitária. Porto: Serviço Municipal de Saúde e Hygiene, 1893 a 1901.

Censo da População do Reino de Portugal no 1.º de Dezembro de 1890 (1896-1900) – 3 vols. Lisboa: Imprensa Nacional.

Censo da População do Reino de Portugal no 1.º de Dezembro de 1900 (1905-1906) – 3 vols. Lisboa: Imprensa Nacional.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA (1911) – Lisboa: Imprensa Nacional.

— (1933) – Lisboa: Imprensa Nacional.

Notas sobre Portugal. Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908. Secção Portuguesa. Vol. I e II. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908.

PORTUGAL. Biblioteca Nacional (1975) – *Eleições para Assembleias Constituintes. 1820-1836-1911.* Lisboa: BN.

«Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901». *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, n.º 1 (1902).

THE ROCKEFELLER FOUNDATION (1913/14-1959) – *Annual Reports.* 46 vol. New York: The Rockefeller Foundation.

1.3. Legislação

Decreto n.º 9.333, de 29 de Dezembro de 1923

Decreto n.º 11.998, de 31 de Julho de 1926

Decreto n.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926

Decreto n.º 13.098, de 24 de Janeiro de 1927

DL n.º 1.638, de 29 de Janeiro de 1929

Decreto n.º 19.060, de 29 de Novembro de 1930

Decreto n.º 19.456, de 7 de Março de 1931

Decreto n.º 21.580, de 10 de Agosto de 1932
DL n.º 25.936, de 17 de Novembro de 1935
Decreto n.º 27.985, de 21 de Agosto de 1937
Decreto n.º 28.409, de 31 de Dezembro de 1937
Decreto n.º 29.150, de 18 de Novembro de 1938
Decreto n.º 30.447, de 17 de Maio de 1940
DL n.º 32.171, de 27 de Julho de 1942
DL n.º 36.600, de 24 de Novembro de 1942
DL n.º 32.612, de 31 de Dezembro de 1942
Lei n.º 1.998, de 15 de Março de 1944
DL n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945
Lei n.º 2.011, de 2 de Abril de 1946
DL n.º 36.219, de 10 de Abril de 1947
Decreto n.º 38.680, de 17 de Março de 1952
Decreto n.º 39.805, de 2 de Setembro de 1954
DL n.º 44.923, de 18 de Março de 1963
DL n.º 46.867, de 10 de Fevereiro de 1966
Portaria n.º 23.903 de 6 de Fevereiro de 1969
Decreto n.º 99/72, de 25 de Março

2. PERIÓDICOS

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)
Annuario 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)

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 Domingo Ilustrado (1925)
O Instituto. Jornal Scientífico e Literario (1860)
O Popular (1906)
O Século (1906-1974)
O Século Ilustrado (1943)

3. DISSERTAÇÕES INAUGURAIS APRESENTADAS À ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DO PORTO

AMARAL, José Felicio Nunes Paes Coelho (1880) – *Occlusão intestinal.* Porto: Typographia Occidental.

BARBOSA, João Casimiro (1900) – *Breve estudo sobre a hysterectomia total nos casos de carcinoma uterino.* Porto: Typographia de António José da Silva Teixeira.

BEÇA, Alberto Augusto Ferro de (1905) – *Epithelioma da glândula sub-maxilar: (caso clínico).* Porto: Typ. da Empreza Litteraria e Typographica.

BESSA, Manuel Domingues de Araújo (1843) – *Acerca da preferência que deve ter o instrumento cortante na ablação do peito canceroso.* Porto: [manuscrito].

BORGES, António José Pereira (1870) – *Breves considerações sobre a infecção e a generalização do cancroide.* Porto: Typographia Alliança.

BRAGA, António Ulysses dos Santos (1879) – *Algumas considerações sobre tumores em geral.* Porto: Typ. de Alexandre da Fonseca Vasconcelos.

CARNEIRO, António Dias de Faria (1904) – *Breve estudo sobre neoplasmas peri-renais.* Porto: Typographia Progresso de Domingos Augusto da Silva & C.ª.

CASTRO, Gaspar José Tavares de (1892) – *Symptomatologia e tractamento do cancro do estômago.* Porto: Typographia de José da Silva Mendonça.

CONCEIÇÃO, João Alves d'Azevedo (1841) – *Dissertação sobre cancro do pénis.* Porto: [manuscrito].

CORRÊA, Francisco Joaquim (1904) – *Cancro pleuro-pulmonar primitivo (Observação clinica).* Porto: Typographia Occidental.

COSTA, Joaquim Manoel da (1887) – *Epithelioma labial.* Porto: Typographia de Viuva Gandra.

COURET, Fernando (1890) – *Breve estudo dos tumores da vesícula biliar (produzidos por obliteração dos canaes excretores da bílis) e seu tratamento cirúrgico.* Porto: Imprensa Moderna.

CUNHA, Francisco Ferreira da (1869) – *Considerações geraes sobre o diagnóstico de tumores.* Porto: Typographia da Livraria Nacional.

D'OLIVEIRA, António Augusto (1878) – *Do tabaco. Abuso e perigos.* Porto: Typographia Occidental.

ELIAS, António Duarte Lima (1902) – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto.
FARIA, Francisco Inácio Rebelo de (1850) – *Sobre o Cancro em geral.* Dissertação inaugural. Porto: [manuscrito].
GUERRA, António Maria Teixeira (1900) – *Algumas considerações sobre a laryngotomia.* Porto: Imprensa Moderna.
LAGO, Alberto Fretas do (1903) – *Um caso raro de neurosarcomatose generalisada observado no Hospital de Santo António em 1900.* Porto: Typographia Industrial.
LEMOS, Carlos de Menezes Antunes (1903) – *Etiologia do cancro. (Contribuição para o estudo da etiologia dos tumores malignos)*. Porto: Tipografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão.
LIMA, António Augusto (1870) – *Indicações e contraindicações da extirpação do cancro.* Porto: Na Typ. Pereira da Silva.
LOPES, Gabino Augusto Moreira (1857) – *Dissertação acerca do diagnóstico differencial dos tumores da virilha.* Porto: Typographia Constitucional.
MACHADO, Joaquim da Cunha (1904) – *Alguns apontamentos sobre tumores articulares e juxta-articulares.* Porto: Papelaria e Typographia Azevedo.
MACHADO, José Augusto Monteiro de Sousa (1900) – *Tratamento dos tumores malignos do rim pela intervenção cirúrgica.* Porto: Tipografia A. F Vasconcellos.
MAGALHÃES, José Pinto de Queiroz (1891) – *O cancro do corpo thyroideo e a especificidade cellular (Breves considerações)*. Porto: Typographia Occidental.
MARTINS, Domingos da Silva Pinho (1872) – *Do scirrho.* Porto: Typ. da Imprenza Popular.
MIRANDA, Angelo Pereira de (1905) – *Breve estudo sobre o epithelioma do penis (Caso clinico)*. Porto: Typ. C. Vasconcellos.
PINHO, António Isaac Teixeira de (1839) – *Cura do cancro da mama. Preferência do processo de amputação.* Porto: Typografia da Administração Geral.
RANGEL, João Duarte da Costa – *Cancros da larynge.* Porto: Typographia de Viuva Gandra.
RIO, João Lopes do (1889) – *Tractamento do cancro uterino.* Porto: Imprensa Moderna.
ROCHA, José da (1904) – *Breve estudo sobre lymphadenoma.* Porto: Typographia Universal (a vapor).
SAMPAIO, João António Ferreira (1884) – *Diagnóstico differencial dos tumores das virilhas.* Porto: Typographia de Viuva Gandra.
SOUZA, Francisco Mendonça Pinto de (1904) – *Breve estudo sobre o radio.* Porto: Typographia Minerva.
VASCONCELLOS, Adriano Brandão de (1904) – *Leucemia myelogenica chronica (A proposito de um caso clinico)*. Porto: Typographia Minerva de Gaspar Pinto de Sousa & Irmão.
VIEIRA, Joaquim Francisco (1890) – *Estudo sobre a malignidade dos kystos ovaricos.* Porto: Imprensa do Collegio de S. Luiz.
VILLAS-BOAS, José (1906) – *Breve estudo sobre stenoses do esophago (2 casos clínicos)*. Porto: Imp. C. Vasconcellos.

4. DISSERTAÇÕES INAUGURAIS APRESENTADAS À ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA

AZEDO, Leão Magno (1894) – *O método de Kraske. Intervenção por via sacro-coccigea no tratamento do carcinoma do recto.* Lisboa.
CABEÇA, C. M. d´Almeida (1892) – *Tumores do ovário.* Lisboa.
CAROÇA, Manuel da Fonseca (1894) – *Breves considerações sobre os tumores da Bexiga.* Lisboa.
CHAVES, Fernando Rodrigues de Matos (1902) – *Etiologia e pathogenia das neoplasias malignas.* Lisboa.

CRUZ, António Augusto Félix da (1902) – *Contribuição para o estudo dos tumores malignos do intestino*. Lisboa.
D'AVELLAR, António Emílio Severino (1866) – *Natureza e localização do carcinoma*. Lisboa.
D'AVELLAR, José Alexandrino (1865) – *Cancro das mamas, extirpação*. Lisboa.
DAVID, António Venâncio José (1845) – *Cancro do recto*. Lisboa.
FARIA, Manuel da Costa (1868) – *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.
FERNANDES, António Caldeira (1893) – *Pathogenia dos tumores malignos*. Lisboa.
FERREIRA, João Cypriano (1850) – *Diagnóstico do cancro*. Lisboa.
FONSECA, Francisco Maria Esteves da (1887) – *Diagnóstico differencial entre a cirrhose atrophica hepatica sem ascite e a carcinose gástrica*. Lisboa.
LACERDA, João Cesário de (1865) – *Apontamentos para a descripção 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.
LEITE, Joaquim José Geraldes (1866) – *Do cancro phagedenico e do seu tratamento*. Lisboa.
LEMOS, Augusto Pereira Tovar de Lemos (1887) – *Do sarcoma*. Lisboa.
LENCASTRE, D. António Maria de (1881) – *Sobre a natureza do carcinoma encephaloide*. Lisboa.
MACEDO, António Carlos Ferraz de (1900) – *Sobre cystectomia total dos tumores da bexiga*. Lisboa.
OLIVEIRA, Manuel Nunes de (1893) – *Contribuição para o estudo da cirurgia craneo-cerebral. Questões de diagnóstico e tratamento dos tumores cerebrais*. Lisboa.
PEREIRA, José Caetano (1851) – *Não há identidade entre o virus da blenhorrhagia e do cancro*. Lisboa.
PEREIRA, Júlio César (1893) – *A gastrectomia no tratamento do cancro do estômago*. Lisboa.
PESSOA, Francisco Lopes de Cunha (1850) – *Cancro do colo do útero*. Lisboa.
PESTANA, Luiz da Câmara (1889) – *O Micróbio do Carcinoma*. Dissertação inaugural, apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirurgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza.
ROCHA, M. da Costa (1892) – *A hysterectomia vaginal no tratamento do cancro do utero*. Lisboa.
RIBAS, Jeronymo Gonçalves (1875) – *Anatomia patológica e tratamento do carcinoma*. Lisboa.
SOUSA, Francisco Teixeira Botelho de (1877) – *Carcinoma do rim*. Lisboa.

5. BIBLIOGRAFIA SOBRE CANCRO

ADAIR, C. P. J.; BOGG, H. J. (1931) – «Experimental and clinical studies of the treatment of cancer by dichloroethylsulfide (mustard gas)». *Annals of Surgery*. 93, p. 190.
AMADO, J. J. da Silva (1866) – *Acido hippurico depositado espontaneamente em grande quantidade na urina de um homem com cancro do pylouro*. Lisboa: Imprensa Nacional.
AMARAL, Francisco Augusto Monteiro do (1912) – *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.
ANTAS, Fernando Duarte de Azevedo (1925) – *Sarcoma primitivo do estômago*. Tese de doutoramento. Porto: Empr. Indust. Gráf. do Porto.
ARONOWITZ, Robert A. (2001) – «Do not delay: Breast Cancer and Time, 1900-1970». *Millbank Quarterly*. 79, p. 355-386.
ASKANAZY, Max (1931) – «Nuestras ideas actuales sobre los problemas fundamentales del cáncer». *Revista Médica de Barcelona*. N.º 94, p. 405.
AUSTOKER, J. (1988) – *A History of the Imperial Cancer Research Fund, 1902-1986*. Oxford: OUP.

BALL, Howard (1993) – *Cancer factories: America's tragic quest for uranium self-sufficiency*. Westport, Conn: Greenwood Press.

BASHFORD, E. F. (1906) – «Quelles épreuves scientifiques a-t-on aujourd'hui de la nature parasitaire des néoplasies spécialement du cânсer?» *XV Congrès International de Médicine de Lisbonne*. Lisbonne.

BASHFORD, E. F. (1907-1908) – «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 cientific thought.* Vol II. London, p.1-29.

BÉCLÈRE, Antoine (1935) – «Le cancer est-il une maladie virulente?» *La Presse médicale* (8 mai 1935), p. 737-739.

BEIRÃO, Silva (1857) – *Applicação local da pomada de cannabina n'uma ulcera carcinomatosa da face. – Noli me tangere.* In ACADEMIA REAL DAS SCIENCIAS – *Annaes das Sciencias e Lettras. Sciencias mathematicas, physicas, histórico-naturaes e medicas.* Primeiro Anno. Lisboa: na Typographia da mesma Academia, p. 189-196.

BERGONIÉ, J. (1923) – «Comment doivent être organisés les centres régionaux de lutte contre le cancer». *Paris Médical.* 48, p. 146-149.

BERLE, E. J. (2003) – «*Miraculous Cancer Surgery*. Iconography of a painting by the flemish painter Ambrosius Francken». *International Journal of Gynecological Cancer.* Vol. 13 (March/April 2003), p. 115-116.

BERNARDO, Mário Orlando de Matos (1994) – *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.

BORGES, Humberto Ferreira (1911) – *Tratamento do cancro uterino inoperável.* Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto.

BOTELHO, Luís da Silveira (1963) – *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.

BOTELHO, Luís da Silveira (Coord.) (2000) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos.* Mafra: Elo.

BOUQUET, Henry (1924) – «Cancer et civilisation. L´Oeuvre du Calvaire». *Le Monde medical*, p. 417-421.

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

BRESLOW, Lester (1977) – *A History of Cancer Control in United States, with emphasis on the Period 1946-1971.* Bethesda: NCI.

BRITES, Geraldino (1933) – *O médico e o ambiente social.* Coimbra: Instituto de Estudos Livres.

BROCA, Pierre P. (1866-1869) – *Traité des tumeurs.* 2 Vol. Paris: P. Asselin.

CANIJO, Ulisses da Silva (1923) – *Sarcoma do mesentério: monografia clínica.* Tese de doutoramento. Porto: Sociedade de Papelaria.

CANTOR, David – *Cancer.* In BYNUM, W. F. & PORTER, R. (eds.) (1993) – *Companion Encyclopedia of the History of Medicine.* Vol. 1. London: Routledge, p. 537-561.

CANTOR, David (ed.) (2007) – «Cancer in the Twentieth Century». *The Bulletin of the History of Medicine.* Special Issue. Vol. 81, n.º 1 (Spring 2007).

CANTOR, David (2007) – «Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century». *Bulletin of History of Medicine.* Special Issue. Vol. 81, n.º 1, p. 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. (2005) – «Antiquity of cancer». *Int. J. Cancer.* 113, p. 2-13.

CARNEY, D. N. (2002) – «Lung cancer. Time to move from chemotherapy». *New England Journal of Medicine.* 346, p. 126-127.

CARVALHO, Alexandre Octavio Ribeiro de (2006) – *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória*: *uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil.* Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas. Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Pós-graduação em História Política e Bens Culturais.

CARVALHO, Roberto de (1925) – «O cancro e a radioterapia profunda». *Portugal Médico* (Julho de 1925), p. 213.

CLEMMSEN, Johannes (1965) – *Statistical Studies in the Aetiology of Malignant Neoplasms. Vol I. Review and Results.* Copenhagen: Munksgaard.

CLÍMACO, Carlos (1924) – *A luta anti-venérea.* Tese de doutoramento. Coimbra.

CLOW, Barbara (2001) – *Negotiating Disease: power and Cancer Care, 1900-1950.* Montreal: McGill-Queen's University Press.

CONDE, José (1974) – «Instituto Português de Oncologia. Prospectiva». *Arquivo de Patologia.* Vol. 46, n.º 2 e 3, p. 251-260.

CONDE, José (1974) – «Ensino da Oncologia». *Arquivo de Patologia.* Vol. 46, n.º 2 e 3, p.117-208.

CONDE, José (1980) – «Oncologia. Um problema de saúde». *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.* T. 144, n.º 5 e 6 (Maio-Junho de 1980), p. 235-248.

CONDE, José (1974) – «Oncologia no âmbito nacional». *Jornal do Médico.* T. 86, n.º 1638 (Dezembro de 1974), p. 816-849.

CONDE, José (1971) – *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.

COSMACINI, Giorgio; SIRONI, V. A. (2002) – *Il male del secolo: per una storia del cancro.* Roma: Laterza.

COSTA, S. F. Gomes da (1934) – *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.

COSTA, S. F. Gomes da (1930) – «Os novos laboratórios de investigação scientifica do Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia.* Vol 2, n.º 2 e 3, p. 335-336.

D'OLIVEIRA, Fausto Guedes Gomes – *Um caso de cancro latente do estômago.* Tese de Doutoramento. Porto: Tipografia Abreu, 1925.

DANTAS, Júlio (1913) – «Crónica – Os médicos e a política». *Ilustração Portuguesa* (II.ª Série). N.º 387 (21 de Julho de 1913), p. 65.

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

DeVITA, V.; HELLMANN S.; ROSENBERG S. (ed.) (2005) – *Cancer. Principles & Practice of Oncology.* 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

DONGEN, Johannes A. van (1979) – *Geschiedenis van het Nederlands Kanker Instituut het Antoni van Leeuwenhoekhuis.* Amsterdam.

ECKHART, Wolfgang U. (org.) (2000) – *100 years of organized cancer research.* Stuttgart: Thieme.

EPSTEIN, Samuel S. (1979) – *The Politics of Cancer.* Garden City, New York: Anchor Press.

EUA, American Society for the Control of Cancer; PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia (1930) – *O que todos devem saber de cancro: manual para toda a gente ler.* Lisboa: IPEC.

FALCHETTI, Mario; LUPI, Ramona; OTTINI, Laura (2006) – «Molecular analysis of a colorectal carcinoma from a mummy of the XVth century». *Medicina nei Secoli. Arte e Scienza.* Vol. 18, n.º 3, p. 943-951.

FARIA, José Carlos Godinho de (1867) – *Será o cancro uma affecção local? Em que circunstâncias poderá aproveitar a sua extirpação?* Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade.

FERNANDES, António Feliciano Botelho da Silva (1916) – *Tratamento cirúrgico do carcinoma do seio (Breves considerações).* Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Imprensa Moderna.

FERNANDES, António Manuel (1921) – *Cura radical do cancro do pénis.* Tese de Doutoramento. Porto.

FERREIRA, Ernesto (1941) – «O médico português Ribeiro Sanches e a cura do cancro». *Petrus Nonius.* Vol. 3, n.º 3-4, p. 220-228.

FERRELL, Vance (1998) – *Alternative Cancer Remedies. Facts for Historians and Medical Researchers.* Pilgrims Books.

FIGUEIREDO, Silva (1915) – *Neoplasias da região ocular*. Dissertação inaugural. Lisboa.

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

FITZGERALD, Patrick (2000) – *From demons and evil spirits to cancer genes: the development of concepts concerning the causes of cancer and carcinogenesis.* Washington, D.C.: American Registry of Pathology, Armed Forces Institute of Pathology.

FORGUE, Émile (1931) – «Le problème du cancer dans ses aspects psychiques». *Journal des Praticiens.* 25, p. 1578.

FRANCO, E.; AFONSO, C. (1925) – «Sulla produzione del cancro e sul comportamento delle mastzellen nei topi trattati col catrame». *Lisboa Médica.* Vol. II, p. 142 e seguintes.

FRONTEIRA, Joaquim (1955) – *Alguns aspectos estatísticos da tuberculose e do cancro em Portugal.* Lisboa: Centro de Estudos de Estatística Económica.

FUJIMURA, Joan H. (1996) – *Crafting Science. A Sociohistory of the Quest for the Genetics of Cancer.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

GALIEN, Claude (1558) – *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, necessaires à tous les chirurgiens.* Lyon: Tibault Payan.

GAUDILLIÈRE, J.-P.; LÖWY, I. (1998) – «Dans vingt ans nous aurons vaincu le cancer». *La Recherche.* N.º 315, p. 197-213.

GOODMAN, L. S. *et al.* (1946) – «Use of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride for Hodgkin's disease lymphosarcoma, leukemia». *JAMA.* 132, p. 126.

GREAVES, M. F. (2000) – *Cancer: The Evolutionary Legacy.* Oxford: OUP.

GUEDES, António Carlos (1925) – *Tumores malignos do seio do homem.* Tese de Doutoramento. Porto.

GUEDES, F. Bénard (1926/7) – «Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Röntgentherapie des Brustkrebses». *Sonderbdruck aus Int. Radioth.* Vol. 2, p. 831.

GUEDES, F. Bénard (1932) – «Notas estatísticas sobre o tratamento do cancro do colo do útero pelas radiações». *Arquivo de Patologia.* Vol. 4, p. 5.

— (1935) – «Die Radiotherapie des Karzinome des Collum uteri». *Strahlentherapie.* Vol. 54, p. 238.

— (1944) – «Roentgenterapia do cancro da mama. Primeiros resultados». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LXII, p. 113.

GUIMARÃES, J. A. (1947) – «A Personalidade do Professor Marck Athias». *Clínica, Higiene e Hidrologia.* 13, p. 266-273.

HALPERIN, Edward C. (2004) – «Paleo-Oncology: The Role of Ancient Remains in the Study of Cancer». *Perspectives in Biology and Medicine.* Vol. 47, n.º 1 (Winter 2004), p. 1-14.

HAYTER, Charles (2005) – *An element of hope: radium and the response to cancer in Canada, 1900-1940.* Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

HELVOORT, Ton Van (2001) – «Scalpel or Rays? Radiotherapy and the Struggle for the Cancer Patient in Pre-Second World War Germany». *Medical History.* 45, p. 33-60.

HIEN, Wolfgang (1994) – *Chemische Industrie und Krebs.* Bremerhaven, Germany: Wirtschaftsverlag.

HILL, George J. (1979) – «Historic milestones in cancer surgery». *Seminars in Oncology.* Vol. 6, p. 409-427.

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

HOME, Sir Everard (1830) – *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.

IMBAULT-HUART, Marie-José (1985) – *História do cancro.* In Le GOFF, Jacques (org.) – *As doenças têm História.* Mem Martins: Terramar, p. 165-176.

INGRASSIA, Giovanni Filippo (1553) – *De tumoribus praeter naturam.* Napoli.

JACKSON, Robert (1971) – «St. Peregrine, O.S.M – Patron Saint of Cancer Patients». *Canadian Medical Association Journal.* 111 (19 October 1971), p. 824-827.

JACOBSON, L. P. *et al.* (1946) – «Studies of the effect of methyl-bis(beta-chlorethyl)amine hydrochloride on neoplasic diseases and allied disorders of the hematopoietic system». *JAMA.* 132, p. 263.

JACQUEMART, L.; PFEIFFER, C. (1927) – *Tréponèmes et Néoplasmes.* Paris: Maloine.

JASEN, Patricia (2002) – «Breast cancer and the language of risk, 1750-1950». *Social History of Medicine.* 15, p. 17-43.

— (2009) – «From the «Silent Killer» to the «Whispering Disease»: Ovarian Cancer and the Uses of Metaphor». *Medical History.* 53, p. 489-512.

JOHNSON, Judith; BAIRD, Susan B.; HIRDELEY, Laura (2001) – *It took courage, compassion, and curiosity; recollections and writings of leaders in cancer nursing 1890-1970.* Pittsburg, PA: Oncology Nursing Society.

JORGE, Ricardo (1923) – «La Mortalité par le cancer à Lisbonne et à Porto. Parallèle interurbain». *Bulletin de l'Office d'Hygiène.*

KABZINSKA, Krystyna (1989) – «Os estudantes do Laboratório Curie no Instituto do Rádio, em Paris, e os pioneiros do estudo do cancro em Portugal». *Gazeta de Física.* 12, p. 102-111.

KEATING, Peter (2006) – *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 (2003) – «Beyond «Bad News»: The Diagnosis, Prognosis and Classification of Lymphomas and Lymphoma Patients in the Age of Biomedicine (1945-1995)». *Medical History.* 47, p. 291-313.

KIEWICZ, Albert Adam (1903) – *Die Heilung des Krebses.* Wien: Braumüller.

KREMENTSOV, Nikolai (2002) – *The Cure: A Story of Cancer and Politics from the Annals of the Cold War.* Chicago: UCP.

LASERRE (1822) – «Nouvelles observations sur l'efficacité des sangsues contre les cancers ulcérés». *Annales de médicine physiologique.*

LEAF, Clifton (2004) – «Why we are losing the war on cancer [and how to win it]». *Fortune* (22 de Março de 2004), p. 77-92.

LEDOUX-LEBARD, R. (1906) – *La lute contre le cancer.* Thèse pour le doctorat de medicine. Paris.

LESTERHUIS J.; HOUWAART, E. S. (2000) – «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, p. 89-94.

LERNER, Barron H. (2001) – *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear, and the Pursuit of a cure in Twentieth-Century America.* Oxford: OUP.

LIMA, José de Oliveira (1907) – *O problema do cancro: etiologia e tratamento.* Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmäo.

LITTRÉ, Emile (1834) – «Cancer». In *Dictionnaire de Médecine ou répertoire general des sciences médicales.* 2.ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C.ª, p. 268-323.

LOPES, Laura Domingues (1918) – *Breves considerações sobre o tratamento cirúrgico do cancro uterino (Operação de Wertheim).* Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de São José.

LOPES, Manuel António (1811) – *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.

LÖWY, Ilana (1996) – *Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

MACEDO, António Carlos Cart Ferraz de (1900) – *Sobre cystectomia total nos tumores da bexiga.* Tese de doutoramento. Lisboa: Companhia Tipográfica.

MACHADO, Francisco de Sousa Guedes (1921) – *Sobre os tumores congénitos da região sacro-coccígea.* Tese de Doutoramento. Porto.

MAISIN, J. (1949) – *Cancer, Radiations, Virus, Environnement.* T. II. Paris.

MALININ, Theodore I. (2008) – *Cancer Merchants: History of NCI's, Viruses and Cancer Programes.* Pittsburgh: Dorrance Publishing.

MARCHETTI, A.; PELLEGRINI, S.; BEVILACQUA, G.; FORNACIARI, G. (1996) – «K-RAS mutation in the tumour of Ferrante I of Aragon, King of Naples». *Lancet* May 4; 347 (9010): 1272.

MARCHALL, E. K. Jr. (1964) – «Historical perspectives in chemotherapy». *Advanced Chemotherapy.* 1, p. 1.

MATTOS, Álvaro (1905) – «Contribuição para o estudo do microbio de Doyen». *Movimento Médico* (1 de Abril de 1905)

McCULLOCH, Ernest A. (2003) – *The Ontario Cancer Institute: successes and reveses at Sherbourne Street.* Montreal; London: McGill-Queen's University Press.

MEDINA DOMÈNECH, Rosa María (1996) – «*Curar el Cancer? Los orígenes de la Radioterapia española en el primer tercio del siglo XX*». Granada: Universidad de Granada.

MIGUENS, José (1921) – *Da etiologia do cancro.* Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) – *Plano Oncológico Nacional 2001-2005.* Lisboa: DGS.

MONIZ, Egas (1931) – *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle.* Paris: Masson et Cie. Éditeurs.

MOODIE, R. L. (1927) – «Tumors in the Lower Carboniferous». *Science.* 66, p. 540.

MOULIN, Daniel de (1983) – *A Short History of Breast Cancer.* Boston: Martinus Nijhoff.

MUNSHI, Nikhil C.; ANDERSON, Kenneth C. (2000) – *Plasma Cell Neoplasms.* In DeVITA, V. *et al.* – *Cancer. Principles & Practice of Oncology.* 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 2155-2185.

MURPHY, Caroline C. S. (1989) – «From Friedenheim to hospice: a century of cancer hospitals». In GRANSHAW, Lindsay; PORTER, Roy (ed.) – *The Hospital in History.* London: Routledge, p. 221-241.

NEVES, Azevedo (1904) – *Inquérito sobre o cancro em Portugal.* Lisboa.

— (1906) – «O cancro em Portugal». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIV, p. 393-401.

— (1909) – «Die Portugiesische Kommission für Krebsforschung». *Zeitschrift für Krebsforschung.* Bd. Vol. 7, p. 180.

— (1909) – «Bericht über die Zählung der im Mai und Juni 1904 in Portugal in ärztlicher Behandlung gewesenen Krebskranken». *Zeitschrift für Krebsforschung.* Bd. Vol. 7, p. 297.

— (1910) – «Untersuchung vorgenommen im Jahre 1904 in den überseeischen portuguiesischen Provinzen, um die Zahl der in ärztlichen Krebskranken festzustellen». *Zeitschrift für Krebsforschung.* Bd. Vol. 8, p. 239.

NÓBREGA, Anastácio da (1741) – *Methodo facílimo 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.

NUNES, João Arriscado (2002) – «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, p. 285-315.

NUNES, João Arriscado (1996) – «Escala, heterogeneidade e representação: Para uma cartografia da investigação sobre o cancro». *Revista Crítica de Ciências Sociais.* N.º 46. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra, p. 9-46.

OLIVEIRA, José Domingues de (1923) – *Os cancros e o rádio.* Porto.

OLSON, James Stuart (1989) – *The History of Cancer. An annotated bibliography.* New York: Greenwood Press.

— (2002) – *Bathsheba's Breast: Women, Cancer and History.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

— (2009) – *Making Cancer History: Disease & Discovery at the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

PACHECO, Francisco do Carmo (2002) – *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.

PÁDUA, António de (1925) – *Cancro uterino. Seu tratamento pela operação de Wertheim.* Tese de Doutoramento. Porto: Tip. Marques.

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 V.º Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde*, p. 44-55.

PARK, Roswell (1908) – «The nature of Cancerous Process». *II Congrès de la Société internationale de Chirurgie.* Bruxelles.

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

PERCY, Constance; Van HOLTEN, Valerie; MUIR, Calum (eds.) (1996) – *CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia/Organização Mundial da Saúde.* 2.ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de S. Paulo.

PEYRILHE, Bernard (1774) – *Dissertatio de Cancro, quam duplici proemio donavit illustris Academia Scientiarum, litterarium et artium Lugdunensis.* Paris.

— (1776) – *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.

PINELL, Patrice (1992) – *Naissance d´un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940).* Paris: Editions Métailié.

— (2000) – *Cancer.* In COOTER, R; PICKSTONE, J. (eds.) – *Medicine in the Twentieth Century.* Amsterdam, p. 671-686.

— (2002) – *The Fight against Cancer: France 1890-1940.* London: Routledge.

PINTO, João Victor de Macedo (1925) – *Generalidades sobre a Curietherapia do Cancro.* Tese de Doutoramento. Porto: Typographia Central.

PLACUCCI, Patrizia (1995) – «La malattia del secolo: L'Istituto Vittorio Emanuelle III per lo Studio del Cancro a Milano, 1928-1939». *Sanità, Scienza e Storia.* N.º 1-2 (Stampa 1995), p. 285-314.

PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia (1939) – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938.* Lisboa: IPO.

PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia [s.d.] – *Legislação 29.XII.1923 a 4.IV.1950.* Lisboa, Palhavã: IPO.

— (1943) – *Domine e vença o cancro.* Lisboa: IPO.

— (1943) – *Verdades & erros acerca do cancro.* Lisboa: IPO

— (1953) – *O cancro é uma doença social: ajuda-nos a combatê-lo.* Lisboa: LPCC/IPO.

— (2003) – *Um caminho com história. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional de Coimbra.* Lisboa: IPO; Coimbra: CRO.

PORTUGAL, Instituto Português para o Estudo do Cancro (1930) – *O que todos devem saber do cancro. Manual para toda a gente ler.* Lisboa: Instituto Português para o Estudo do Cancro.

PORTUGAL, Liga Portuguesa Contra o Cancro (1954) – *Liga Portuguesa Contra o Cancro: folheto de propaganda.* Lisboa: Tip. Imp. Libânio da Silva.

PROCTOR, Robert N. (1995) – *Cancer Wars: How Politics Shape What We Know & Don't Know about Cancer.* New York: Basic Books.

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

RAMALHO, Carlos Faria Moreira (1914) – *A serologia do cancro: reacções de Dungern, e de Abderhalden.* Trabalho do Laboratório Médico do Prof. Alberto de Aguiar. Porto: [s.n.].

RAMAZZINI, Bernardino (1700) – *De morbis artificium diatriba.* Modena: Antonio Capponi.

RAMOS, Gil Pontes Moreira (1919) – *Leucemia mieloide.* Tese de Doutoramento. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José.

RAPOSO, Hélder (2004) – «A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia». *Fórum Sociológico.* N.º 11/12, p. 177-203.

RAPOSO, Luis Simões (1928) – «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, p. 41-121.

RAPOSO, Luis Simões (1925) – «O Instituto português para o Estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, fascículo espécimen, p. 54-61.
— (1928) – «Sur le rôle de l´arsenic dans la cancérisation par goudron». *C. R. Soc. de Biologie.* T. XCVIII, p. 997.
— (1928) – «La pseudo-électrolyse du goudron (méthode de Kotzareff) et l´action du chauffage du goudron cancérigène». *C. R. Soc. de Biologie.* T. XCVIII, p. 999.
— (1928) – «Les deux facteurs de la genèse des carcinomes». *C. R. Soc. de Biologie.* T. XCVIII, p. 1001.
— (1929) – «Sur l´action cancérigène du goudron et de l´arsenic. » *Arch. Port. des Sciences Biologiques.* T. II. Fasc. II. Porto.
— (1930) – «Les conditions locales de susceptibilité aux greffes cancéreuses. » *C. R. Soc. de Biologie.* T. CV, p. 158.
— (1932) – «L´action locale et générale du goudron dans la genèse du cancer». *C. R. Soc. de Biologie.* T. CIX, p. 1042.
RAPOSO, Luis Simões; NORONHA, Cordato de (1927) – «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, p. 877.
RATHER, L. J. (1978) – *The Genesis of Cancer. A Study in the History of Ideas.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
RAVEN, Ronald William – *The theory and practice of oncology: historical and present principles.* Carnforth: Parthenon, 1990.
REMEXIDO, Joaquim Carita (1920) – *Neoplasmas malignos: cancro.* Tese de doutoramento. Coimbra: Casa Tipográfica.
RETTIG, Richard A. (1977) – *Cancer Crusade: The Story of the National Cancer Act of 1971.* Princeton, New Jersey: PUP.
RHOADS, C. (1946) – «Nitrogen mustards in treatment of neoplasic disease». *JAMA.* 131, p. 6568.
RÓDO, A. (1931) – «O bisturi eléctrico no tratamento das neoplasias da pele e das mucosas. Resultados obtidos no Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia.* Vol. 3, n.º 2 e 3, p. 191-194.
RODRIGUES, Álvaro (1936) – «Os métodos de visualização dos linfáticos no vivo aplicados ao estudo do problema do cancro». *Arquivo de Patologia.* Vol. 7, n.º 1.
— (1940) – «O sistema linfático e o problema do cancro». Arquivo *de Patologia.* Vol. 12, n.º 3.
— (1941) – «O valor da experimentação em Cancerologia. Alguns resultados obtidos». *Arquivo de Patologia.* Vol. 13, n.º 1.
— (1942) – «Os esvaziamentos ganglionares complementares. Estudo crítico, indicações e técnica». *Arquivo de Patologia.* Vol. 14, n.º 1.
— (1942) – «Carcinoma dos órgãos genitais externos. Sua repercussão linfática». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LX, p. 65.
ROSS, Walter S. (1987) – *Crusade: The Official History of the American Cancer Society.* New York: Arbor House.
ROTHSCHILD, B. M.; TANKE, D. H.; HELBLING, M.; MARTIN, L. D. (2003) – «Epidemiologic study of tumors in dinosaurs». *Naturwissenschaften.* 90.
RÉCAMIER, J. C.-A. (1829) – *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.
SAMPAIO, Consuelo Novais (2006) – *70 Anos de lutas e conquistas*: Liga Bahiana Contra o Câncer. Salvador: LBCC.
SAMPAIO, Victorino Cabral de (1924) – *Tumores complicando a gravidez.* Tese de Doutoramento. Porto.
SANTOS, João Marques dos (1925) – *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.
— (1922) – «Contribuição para o diagnóstico sorológico do cancro». Sep. de *A Medicina Contemporânea.* Lisboa: Tipografia Adolfo de Mendonça.
SCHULTZ, Michael *et al.* (2007) – «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, p. 2591-2595.

SHIMKIN, Michael B. (1977) – *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.

SHIMKIN, Michael B. (1975) – «An Historical Note on Tumor Transplantation in Man». *Cancer.* 35, p. 540-541.

SILVA, Henrique de Melo Archer e (1900) – *Raios Röntgen em clínica.* Tese de doutoramento. Lisboa: Manoel Gomes.

SNELDERS, Stephen; MEIJMAN, Frans J.; PIETERS, Toine (2006) – «Cancer Health Communication in the Netherlands 1910-1950: Paternalistic Control or Popularization of Knowledge?» *Medizin Historisches Journal.* 41, p. 271-289.

SODRÉ, A. A. A. (1904) – «Frequência do câncer no Brasil». *Brasil Médico.* Vol. 18, n.º 3, p. 229-232.

SPYROS, Retsas (ed.) (1986) – *Palaeo-oncology: the antiquity of cancer.* London: Farrand.

STACEY, Jackie (1997) – *Teratologies. A cultural Study of Cancer.* London: Routledge.

STROUHAL, E. (2001) – *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, p. 265-72.

SURAIYA, J. N. (1973) – «Medicine in Ancient India with Special Reference to Cancer». *Indian Journal of Cancer.* 10 (December 1973), p. 391-402.

TAVARES, Amândio (1932) – «Subsídios para o estudo da influência do sistema nervoso no cancro experimental». *Arquivo de Patologia.* Vol. 4, p. 56-105.

TAVARES, Amândio; MORAIS, Ernesto (1931) – «De l'influence de la sympathicectomie sur le développement des tumeurs du goudron». *C. R. Soc. de Biologie.* T. CVII, p. 1181.

TAYLOR, Therese (1989) – «Purgatory on Earth: An Account of Breast Cancer from Nineteenth-Century France». *Social History of Medicine.* 11, 3, p. 381-402.

TEIXEIRA, Luiz Antonio (2009) – «O câncer na mira da medicina brasileira». *Revista Brasileira de História da Ciência.* Vol. 2, n.º 1, p. 104-117.

TEIXEIRA, Luiz. Antonio; FONSECA, Cristina Maria Oliveira (2007) – *De doença desconhecida a problema de saúde pública*: *o INCA e o controle do câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

TOURAINE, A. – «Syphilis et cancer en Norvège». *Bulletin de la Société Française de dermatographie et de syphiligraphie.* N.º 4 (Avril 1933), p. 1-5.

TRÖHLER, U. (1988) – «The Crooked Path toward the Objectivation of Therapeutic Experience». *Recent Results in Cancer Research.* 111, p. 1-5.

TUBIANA, Maurice (2004) – *Radiothérapie.* In LECOURT, Dominique (dir.) – *Dictionnaire de la Pensée Médicale.* PUF: Paris, p. 942.

VIRSHOW, Rudolf (1867-1877) – *Pathologie des tumeurs.* 4 vol. Traduction par Aronssohn. Paris.

WAILOO, Keith (2011) – *How cancer crossed the color line.* Oxford: Oxford University Press.

WALDHOLZ, Michael (1997) – *Curing Cancer: The Story of the Men and Women Unlocking the Secrets of Our Deadliest Illness.* New York: Simon & Schuster.

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

WEINBERG, Robert A. (1996) – *Racing to the Beginning of the Road. The Search for the Origin of Cancer.* New York: Harmony Books.

WHO/IARC (1969-2009) – *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.* Vols. 1-92. Lyon: IARC.

WOHLWILL, F. (1930) – «Sobre o estroma do carcinoma do colo do útero». *Arquivos de Patologia.* Vol. 8, n.º 1, p. 64-102.

WOHLWILL, F. (1931) – «Contribuições morfológicas para o problema dos tumores (Três formas diferentes de neoplasmas rádio-sensiveis)». *Lisboa Médica.* Vol. 13.

WOLFF, Jacob (1990) – *The Science of Cancerous Disease from Earliest Times to the Present.* Nantucket. (Tradução inglesa de WOLFF, Jacob – *Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart.* 2.ª ed. 4 vol. Yena, 1929).

YOUNG, S. (1816) – *Minutes of the cases of cancer and cancerous tendency successfully treated by the new method of pressure, etc.* London.

6. BIBLIOGRAFIA SOBRE SAÚDE E MEDICINA

ACCIAIUOLI, Margarida (1998) – *Exposições do Estado Novo: 1934-1940.* Lisboa: Livros Horizonte.

ACKERKNECHT, Erwin (1986) – *La médicine hospitalière à Paris (1794-1848).* Paris: Payot.

ADAMS, Francis (ed. e trad.) (1844-47) – *The seven books of Paulus Aegineta.* 3 vols. London: The Sydenham Society.

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

ALMEIDA, António de (1788) – *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.

ALMEIDA, A. José de (1895) – *Desaffronta. (História d'uma perseguição).* Coimbra: Livraria Moderna de A. d'Oliveira.

ALMEIDA, Francisco José de (1791) – *Tratado de educação fysica dos meninos para a nação portuguesa.* Lisboa: Na officina da Academia Real de Ciências.

ALVES, Jorge Fernandes (coord.) (2003) – *O Signo de Hipócrates. O Ensino Médico no Porto segundo Ricardo Jorge em 1885.* [s.l.]: Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

ALVES, Jorge; CARNEIRO, Marinha (2007) – *Olhar o Corpo, Salvar a Vida.* Porto: Hospital de Santo António.

ALVES, M. V. (1999) – *1911 – O Ensino Médico em Lisboa no Início do Século, Sete Artistas Contemporâneos Evocam a Geração Médica de 1911.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

AMARAL, Isabel Maria da Silva Pereira (2001) – *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.

AMARAL, Isabel (2000) – «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, p. 37-38.

— (2003) – «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, p. 11-80.

— (2005) – «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.* N.º 5, p. 263-282.

— (2008) – «The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935)». *Dynamis.* Vol. 28, p. 301-328.

AMARAL, I.; FERREIRA, J. David; PINTO, R. E. C.; CARNEIRO, A. (2001) – «A Escola de Investigação de Histofisiologia de Augusto Celestino da Costa (1911-1956)», *in* A.A. V.V., *Actas do 1.º Congresso Luso--Brasileiro de História da Ciência e da Técnica*, Évora: CEHFC – Universidade de Évora, p. 615-629.

ANÓNIMO (1947) – «Bibliografia do Prof. Marck Athias». *Clínica, Higiene e Hidrologia.* 13, p. 288-292.

ARAÚJO, Maria Benedita (1988) – *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.

AUGÉ, Marc; HERZLICH, Claudine (1995) – *The meaning of ilness.* Harwood Academic Publishers.
AZEVEDO, António Augusto Pinto de (1890) – *Theses e dissertações médico-cirúrgicas.* (Apenso C ao fascículo V do Supplemento geral do *Catálogo da Bibliotheca Pública Municipal do Porto).* Porto.
BARBOSA, António Maria (1866) – *Nota sobre a ovariotomia, 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.
BARRETO, J. B. Bissaya (1959) – *Subsídios para a História.* 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.].
— (1961) – *Subsídios para a História.* 2.ª ed. Vol. VI. Coimbra: [s.n.].
— (1970) – *Uma obra social realizada em Coimbra.* Vol. I. Coimbra: [s.n.].
BELL, R. M. (1985) – *Holy Anorexia.* Chicago: The University of Chicago Press.
BERNARD, Claude (1978) – *Introdução à Medicina Experimental.* Lisboa: Guimarães & C.ª Editores.
BESSA, Isabel Teixeira Dias (1994) – «Arquitectura e Memória». *Revista de História das Ideias.* Vol. 16. Coimbra.
BIRABEN, Jean-Noël (1995) – *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, p. 283-310.
BOLÉO, José de Paiva (1951) – «Discursos de Pio XII aos médicos». *Jornal do Médico.* N.º 16 (5 de Abril de 1951), p. 129-130.
BOMBARDA, Miguel (1895) – «Pasteur». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano XIII, n.º 40, p. 314-323.
BONNICHON, Ph. (2007) – «Guy de Chauliac et la «Grande Chirurgie». Quatre siècles de vie universitaire». *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie.* Vol. 6, n.º 3, p. 39-44.
BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) (1978) – *Francisco Gentil (1878-1964).* Introdução de Fernando Namora. Edição da LPCC.
BOURDIEU, Pierre (1989) – *O poder simbólico.* Lisboa: Difel.
BRAGA, José M. (1900) – *As moscas: uma ameaça grave para a saúde, obrigação de as destruir, processos de exterminação.* Porto: Liga Portuguesa de Profilaxia Social.
BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) (1946) – *Primeira Centúria de Curas Médicas.* Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola.
BRANDÃO, Joaquim Ignacio de Seixas (1781) – *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.
BREASTED, J. H. (1930) – *The Edwin Smith Surgical Papyrus.* Chicago: UCP.
BUSSEMAKER, U. C.; DAREMBERG, C. (ed. e trad.) (1852-76) – *Oeuvres d'Oribase.* 6 vols. Paris: J. B. Bailliere & fils, Imprimerie Nationale.
BYNUM, W. F *et al.* (2009) – *The Western Medical Tradition.* 2 vols. Cambridge: CUP.
CABRAL, Manuel Villaverde (coord.); SILVA, Pedro Alcântara da e MENDES, Hugo (2002) – *Saúde e doença em Portugal.* Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
CANGUILHEM, Georges (1989) – *Les maladies.* In JACOB, A. (dir.) – *Encyclopédie philosophique universelle, vol. 1: L'univers philosophique.* Paris: PUF, 1989.
— (2002) – *Écrits sur la médecine.* Paris: Le Seuil.
CARAPINHEIRO, Graça (1998) – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares.* 3.ª ed. Porto: Afrontamento.
CARDOSO, Luis (1727) – *Receita Universal ou Breve Noticia dos Santos Especiais Advogados contra os achaques, doenças, perigos e infortúnios, a que ordinariamente vive sugeita a natureza humana.* Lisboa Occidental: na officina de Joseph António da Sylva.
CARNEIRO, Marinha (2008) – *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (sec. XV--1974).* Porto: U. Porto editorial.
CARQUEJA, Bento (1916) – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos.* Porto: Livraria Chardron.
CARVALHO, Augusto da Silva (1917) – *Médicos e curandeiros.* Lisboa: Tipographia Adolpho de Mendonça.
CARVALHO, Luis de (2005) – «As origens da Radiologia no Hospital Geral de S. António». *Arquivos do Hospital Geral de Santo António* (2.ª Série). Vol. 1, n.º 1, p. 29.

CARVALHO, M. P. Henriques de (1840) – *A defesa da cirurgia e dos cirurgiões, ou o segundo brado e clamor contra os flagicios, ignorancia e imposturas dos charlatães e curandeiros, dos seus protectores e apaixonados.* Lisboa.

— (1848) – *O clamor contra os flagicios, audacia e impostura dos charlatães e dos curandeiros: modo de os poder conter, reprimir e anniquilar.* Lisboa: Typografia de V. J. de Castro & Irmão.

CASSIRER, Ernst (1994) – *Ensaio sobre o homem. Introdução a uma filosofia da cultura humana.* São Paulo: Martins Fontes.

CELSI, Aurelis Cor. (1554) – *De re medica. Libri VIII.* Lugduni: Apud. Joan. Tomasium & Gulielmum Gazerum.

CHAST, F. (1995) – *Histoire contemporaine des médicaments.* Paris: La Découverte.

COCHETON, J. J.; GUERRE, J.; PÉQUIGNOT, H. (1987) – *Histoire illustrée de l'hépato-gastro-entérologie.* Paris: Roger da Costa.

COELHO, Eduardo (1929) – *O Professor Ricardo Jorge. Breve ensaio crítico.* Paris, Lisboa: Liv. Aillaud & Bertrand.

COELHO, Manuel Rodrigues (1740) – *Pharmacopea Tubalense Chimico-Galênica.* Roma: Otf. Balio Gerendini.

COIMBRA, António (2008) – «A modernização da medicina portuense na primeira metade do século XX (continuação)». *Norte Médico.* N.º 38 (Janeiro-Março de 2008), p. 28-30.

COLLIER, Peter; HOROWITZ, David (1976) – *The Rockefellers: An American Dynasty.* Broadway, New York: New American Library.

CORRÊA, Beatriz de Mello (2001) – *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988.* Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa.

— (org.) (1960) – *A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge.* Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

CORREIA, F. da Silva (1936) – «Portugal dans l'histoire de l'hygiene». *III Congrès Internacional d'Histoire des Sciences.* Conférences et Communications. Lisboa.

— (1937) – *Portugal Sanitário. Subsídios para o seu estudo.* Dissertação para Doutoramento em Medicina na Universidade de Coimbra. Coimbra.

— (1944) – «Alguns aspectos do problema hospitalar em Portugal». *Boletim da Assistência Social.* N.º 17 a 19 (Junho a Setembro de 1944) p. 203-206.

— (1958) – *Subsídios para a história da Saúde Pública Portuguesa do século XV a 1822.* Separata n.º 347 de «O Médico».

COSME, João (2006) – «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, p. 181-195.

COSTA, A. Celestino da [s.d.] – *A Universidade Portuguesa e o problema da sua reforma. Porto*: Renascença Portuguesa.

— (1918) – «A reforma do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXXVI, n.º 31, p. 244-248 e N.º 32, p. 250-252.

— (1925) – «Considerações sobre o ensino na Faculdade de Medicina de Lisboa». *Lisboa Médica.* Ano 2, 2, p. 510-539.

— (1930) – «Considerações gerais sobre a investigação científica em Portugal». *Lisboa Médica.* Ano 7, 11, p. 91-94.

— (1934) – *A Junta de Educação Nacional.* Lisboa: Tipografia Seara Nova.

— (1935) – «Homenagem ao Professor Marck Athias». *Imprensa Médica.* Vol. 1, n.º 18, p. 390.

— (1939) – *O Problema da Investigação Científica em Portugal.* Coimbra: Instituto para a Alta Cultura.

— (1946) – «Athias e a investigação científica». *Cadernos Científicos.* Vol. 1, n.º 3, p. 249-262.

— (1947/48) – «Marck Athias (1875-1946)». *Archives Portugaises des Sciences Biologiques.* Vol. 9, n.º 1, p. 1-17.

— (1948) – «A Vida e Obra Científica de Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia.* 26, p. 144-227.

— (1990) – «Marck Athias – um metodólogo da ciência». *Jornal das Sociedades Médicas.* 154, 6, 311-322.

COSTA, Manuel V. Alfredo da (1891) – *Annuário da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. Anno lectivo de 1891-1892. Primeiro anno.* Lisboa: Imp. Nacional.

COSTA, Manuel V. Alfredo da – *Annuário da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. Anno lectivo de 1891-1892. Segundo anno*. Lisboa: Imp. Nacional.

COSTA, Rui Manuel Pinto (2009) – *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974). Afirmação, legitimação e ordenamento profissional.* Porto: U. Porto editorial.

COSTA, Rui Manuel Pinto; OLIVEIRA, Luís Alexandre de Sousa (2007) – «A saúde do corpo e do espírito. Uma análise das crónicas dos eremitas de Santo Agostinho na sua vertente assistencial». *Servir.* Vol. 54, n.º 6, p. 264-273.

COSTA-SACADURA, Sebastião Cabral da (1952) – «Para a História das Sociedades e Revistas Médicas Portuguesas». *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.* Vol. 116, n.º1-3, p. 17-22.

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard (1977) – *L´acteur et le système. Les contraintes de l´action collective.* Paris: Éditions du Seuil.

CRUZ, António da (1711) – *Recopilação de Çurgia, dividida em cinco tratados...* Acrescentada por Francisco Soares Feio e António Gonçalves. Lisboa: na oficina de Bernardo da Costa Carvalho.

CUNHA, Paulo (2005) – «O filme científico português durante o Estado Novo: o caso particular do filme médico». In *Estudos do Século XX.* N.º 5, p. 411-428.

D'ALMEIDA, José Nogueira Menezes (1939) – *Profilaxia do bacilo de «Koch»: luta contra a tuberculose, lepra e cancro.* 2.ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand.

DAVID, Henrique (1992) – «Alguns aspectos da mortalidade em finais do século XIX – as cidades do Porto e Lisboa». *Revista da Faculdade de Letras.* Vol. IX. Porto, p. 269-294.

DAVIS, Audrey B. (1978) – *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, p. 1317-1362.

DEROUET, Luis (1907) – *Discursos dos ilustres deputados republicanos.* Vol. II. Sessão de 1907. Lisboa: Typ. do Commercio.

DORVIL, H. (1985) – *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: I' institution de la santé et de la maladie.* Canada/France: Presses de L'Université du Québec/ /Presses Universitaires de Lyon, p. 305-332.

ELIAS, Norbert (1975) – *La Civilisation des mœurs.* Paris: Calmann-Lévy.

ELLIOT, Frances (1873) – *Old court life in France.* Vol. 1. New York and London: G. P. Putnam.

ESCOLA MÉDICO-CIRÚGICA DE LISBOA (1891-1892) – «Catálogo das theses inaugurais». *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*, p. 253 e seg.

— (1900-1901) – «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*, p. 146-155.

— (1898-1902) – «Theses». *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa* (1898-1899), p. 118-120; (1900- -1901), p. 142-144 (1901-1902); p. 145-146.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA (1952) – *Catálogo das obras da colecção portuguesa de 1825 a 1910. Da fundação das Régias Escolas de Cirurgia à das Faculdades de Medicina.* Lisboa: FMUL.

FARIA, Maria Isabel Ribeiro de (1991) – *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.

FARLEY, J. (2004) – *To cast out disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951).* Oxford: OUP.

FERRAZ, Manuel Tiburcio (1893) – *Breves considerações a respeito das principaes causas de degenerescencia physica, moral e intellectual do povo portuguez.* Dissertação inaugural. Porto: Typographia de Pereira & Cunha.

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

FERREIRA, F. A. Gonçalves (1963) – *Saúde Pública: Medicina Preventiva. Medicina Social. Administração e Legislação Sanitária.* Porto: Livraria Fernando Machado.
— (1975) – *Política de saúde e serviço nacional de saúde em Portugal.* Amadora.
— (1990) – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
— (1990) – *Moderna Saúde Pública.* 6.ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
FERREIRA, José (1740) – *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahliana Accõmodada ao Curativo deste Paiz. Livro primeiro (...)* Lisboa Occidental.
FERREIRA, Luis Gomes (1735) – *Erario Mineral dividido em doze tratados.* Lisboa Occidental: na Officina de Miguel Rodrigues.
FONTES, Joaquim (1947) – «Marck Athias, fisiologista». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13, p. 270-276.
FONTES, Joaquim Moreira (1948) – «O Professor Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia.* 25, p. 524-534.
FOUCAULT, Michel (1963) – *Naissance de la clinique.* Paris: PUF.
— (1980) – *El orden del discurso.* Barcelona: Tusquets Editores.
— (1993) – *A Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Graal.
— (1999) – *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Madrid: Siglo XXI de España Editores.
FREY, E. F. (1979) – «Saints in medical history». *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae Amsterdam.* Vol. 14, n.º 1, p. 35-70.
GENTIL, José (1908) – «A cirurgia em Portugal». In *Notas sobre Portugal. Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908.* Secção Portuguesa. Vol. 1. Lisboa: Imprensa Nacional.
GEOFFROY, E. L. (1800) – *Manuel de médecine pratique, ouvrage élémentaire auquel on a joint quelques formules.* Paris: De Bure aîné.
GIDDENS, Anthony (2000) – *Sociologia.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
GRAPOW, H. *et al.* (1954-1973) – *Grundriss der Medizin der alten Ägypter.* 9 vols. Akademie-Verlag.
GREENBERG, Daniel S. (1968) – *The Politics of Pure Science.* New York: New American Library.
GRMEK, Mirko D. (dir.) (1995) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 1. Antiquité et Moyen Âge.* Paris: Seuil.
GRMEK, Mirko D. (1983) – *Les maladies a l'aube de la civilisation occidentale: Recherches sur la Réalité Pathologique dans le Monde Grec Préhistorique, Archaïque et Classique.* Paris: Payot.
GUERRA, J. P. Miller (1969) – «Relações da saúde com o desenvolvimento (1)». *Brotéria.* Vol. 88, n.º 6 (Junho 1969), p. 757.
GUIMARÃES, J. Afonso de (1947) – «A personalidade do Prof. Marck Athias». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13, p. 266-268.
HANSON, E. (2000) – *The Rockefeller University Achievements. A Century of Science for the Benefit of Humankind 1901-2001.* New York: Rockefeller University Press.
HERZLICH, C. (1969) – *Santé et maladie. Analyse d'une Représentation Sociale.* Paris: Mouton.
HIRSCHMAN, Albert O. (1971) – *A Bias for Hope.* New Haven/London: Yale University Press.
HILDEN, Wilhelm Fabricius Von (1682) – *Opera quae extant omnia.* Frankfurt.
HOFOSS, D. (1986) – «Health professions: the origin of species». *Social Science & Medicine.* Vol. 22, n.º 2, p. 201-209.
HORTA, Jorge da Silva (1952) – *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.
HOWE, Barbara (1982) – *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.* 2.ª ed. Bloomington: Indiana University Press, p. 25-54.
HUNTER, John (1843) – *Oeuvres completes.* T. I. Paris.
IGREJA CATÓLICA. Papa, 1958-1963 (João XXIII) [s.d.] – *Mater et magistra.* Lisboa: Edição da União Gráfica.

JACQUEMET, G. (1978) – *Médecine et maladies populaires dans le Paris de la fin du XIXe siècle.* In MURARD, L.; ZYLBERMANN, P. (dir.) – *L'haleine des faubourgs. Recherche.* N.º 29. Fontenay-sur-Bois, p. 349-364.

JASPERS, Karl (1986) – *O Médico na Era da Técnica.* Lisboa: Edições 70.

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

— (1899) – *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.

— (1923) – *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.

JOUBERT Laurent (1579) – *La Grande Chirurgie de Monsieur Guy de Chaulliac.* Lyon: Estienne Michel.

JÚNIOR, A. Salvado (1949) – *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, p. 39-40.

JUSTO, Cipriano (2000) – *O estado das coisas de estado: contribuição para a crítica das políticas de saúde em Portugal.* Porto: Campo das Letras.

KHUN, Thomas S. (2000) – *A estrutura das revoluções científicas.* São Paulo: Editora Perspectiva.

LACERDA, D. Fernando Correia de (1735) – *História da vida, morte, milagres, canonização e trasladação de Santa Isabel, sexta rainha de Portugal.* Lisboa: na Officina de António de Sousa da Sylva.

LADRIÈRE, Jean (2001) – *Les enjeux de la rationalité – Le défi de la science et de la technologie aux cultures.* Liber: Québec.

LARSON, M. S. (1977) – *The Rise of professionalism. A Sociological Analysis.* Berkley & Los Angeles: University of California Press.

Le GOFF, Jacques (org.) (1985) – *As doenças têm História.* Lisboa: Terramar.

LEBERT, Hermann (1857-61) – *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.* 4 vol. Paris: Baillière.

LEGOUAS, F. M. V. (1817) – *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.

LEMOS, Maximiano de (1899) – «Thezes de doutoramento defendidas por portugueses em escolas de medicina estrangeiras». *Arquivos de História da Medicina Portuguesa.* Vol. 3, n.º 6, p. 135-143 e 168-178.

— (1909) – *Zacuto Lusitano: a sua vida e a sua obra.* Porto: Eduardo Tavares Martins.

— (1925) – *História do ensino Médico no Porto.* Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa.

— (1991) – *História da Medicina em Portugal. Instituições de doutrinas.* Vol. I e II. Lisboa: D. Quixote e Ordem dos Médicos (1.ª ed. 1899).

LESSA, Almerindo (1936) – *Livro de Higiene.* Lisboa: Nunes de Carvalho Editor.

LIMA, Américo Pires de (1949) – «As boticas do Doutor Alexandre Rodrigues Ferreira (fim do Séc. XVIII)». Sep. dos *Anais da Faculdade de Farmácia do Porto.* Vol. IX. Porto.

LIMA, J. A. Pires de (1908) – «Catálogo das theses defendidas na Escola médico-cirurgica do Porto desde 6 d'Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908». In *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno lectivo de* 1907-1908. Porto, p. 183-255.

— (1909) – «Catálogo das dissertações de concurso apresentadas à Escola médico-cirurgica do Porto». In *Annuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno lectivo de* 1908-1909. Porto, p. 271-289.

LIMA, Manuel Gomes de (1772) – *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.

LITTRÉ, É. (trad.) (1836-1861) – *Oeuvres completes d'Hippocrates.* 10 vol. T. II. Paris: J.-B. Baillière.

LOPES, Maria Antónia (1998) – *Os pobres e a assistência pública.* In MATTOSO, José (org.) – *História de Portugal.* Vol. V. Lisboa: Ed. Estampa, p. 501-515.

LOURENÇO, António Gomes (1780) – *Cirurgia Clássica, Lusitana, Anatomica, Farmaceutica, Medica.* Lisboa: na Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno.

LÖWRY, I.; ZYLBERMANN, P. (2000) – «Medicine as a Social Instrument: Rockefeller Foundation. 1913--1945». *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences.* 31, p. 365-379.

LUSITANO, Amato (1980) – *Centúrias de Curas Medicinais.* 4 vols. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. (1991) – *Historia de la medicina.* Barcelona: Ediciones Doyma.

MACEDO, Manuel Machado (2000) – *História da Medicina Portuguesa no Século XX.* Edição do Clube do Coleccionador dos Correios.

MARTINS, José Thomas de Sousa (1871) – «A opinião pública e a administração dos Hospitais Civis de Lisboa». *Gazeta Médica.* Lisboa: Imprensa Nacional, p. 421-428.

— (1895) – *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.

MATTOS, Manuel de Sá (1788) – *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.

Memórias económicas da Academia Real das Sciencias de Lisboa. Tomo IV. Lisboa: na Tipographia da mesma academia, 1812.

McKEOWN, Thomas (1976) – *The Modern Rise of Population.* London.

— (1979) – *The Role of Medicine: Dream, Miracle or Nemesis?* Princeton: N. J.

MIRA, M. B. Ferreira de (1927) – *Notice sur l'oeuvre de Carlos França.* Coimbra: Imprensa da Universidade.

— (1947) – «Athias e a Investigação Científica». *Clínica Higiene e Hidrologia.* 13, p. 269-270.

— (1947) – *História da medicina portuguesa.* Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.

MOLINARI, Paul (1965) – *Saints: Their Place in the Church.* New York: Sheed and Ward.

MONTEIRO, Hernâni B. (1936) – *A Junta de Educação Nacional. Sua história, seus fins, suas realizações principais.* Porto: Imprensa Portuguesa.

MONIZ, A. Egas (1949) – *Confidências de um Investigador Científico.* Edições Ática.

MOURA, Maria José Sabino de (coord.) (1972) – *Doutoramentos na Universidade de Lisboa, 1911-1971.* Lisboa: Universidade de Lisboa.

NAMORA, Fernando (1952) – *Deuses e demónios da medicina, Duas Palavras.* Lisboa: Livros do Brasil.

NOGUEIRA, Manuel (1990) – *História da Enfermagem.* 2.ª ed. Porto: Edições Salesianas.

NUNES, Maria de Fátima (2004) – «The History of Science in Portugal (1930-1940). The sphere of action of a scientific community». *e-JPH.* Vol. 2, n.º 2 (Winter 2004), p.1-17.

OFFICE INTERNACIONAL D'HIGIÈNE PUBLIQUE (1933) – *Vingt-cinq ans d'activité de L'Office International d'Hygiène Publique.1909-1933.* Paris: OIHP.

OLIVEIRA, Jaime da Costa (2002) – *A Energia Nuclear em Portugal – Uma Esquina na História.* Santarém: Editora o Mirante.

PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de (1786) – *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.

— (1804) – *Instituições de Cirurgia. Theorica e practica, que comprehendem a physiologia e a pathologia geral e particular (...).* 2.ª ed. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo.

PALMEIRIM, Vasco; ALVAREZ, Ermindo (1925) – «A organização e o funcionamento do arquivo da I.ª Clínica Cirúrgica». *Arquivo de Patologia.* Vol. 1, fascículo espécimen, p. 23-44.

PARREIRA, Henrique (1928) – «O método rápido de Benjamin Terry para exames microscópicos». *Lisboa Médica.* Vol. 5, p. 345.

PAULO, Zeferino Ferreira (1944) – *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.

— (Coord.) (1947-1964) – *Bibliografia médica portuguesa (1940-1963)*. 16 vols. Lisboa: Centro de Documentação Científica. IAC.

PEREIRA, Alexandre de Sousa (1888) – *Breves Considerações sobre Patogenia Microbiótica e Antisepsia.* Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto.

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (2001) – «Histórias da medicina e da farmácia na oficina do profissional da história». *Revista Portuguesa de Farmácia.* Vol. 51, n.º 1, p. 17-25.

PETIT, Jean-Louis (1775-1790) – *Traité des maladies chirurgicales et des operations qui leur conviennent.* 3 vol. Paris: Chez Méquignon l'aîné.

PIMENTA, António Coutinho de Araújo (1892) – *Asepsia e Antisepsia em cirurgia.* Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: Typographia de Pereira e Cunha.

PINA, Luís de (1954) – *História Geral da Medicina.* Porto: Tipografia da Livraria Simões Lopes.

— (1955) – *Um capítulo portuense da História da Higiene em Portugal.* Porto: Imprensa Portuguesa.

PORTER, Roy (ed.) (1996) – *The Cambridge Illustrated History of Medicine.* Cambridge: CUP.

PORTUGAL, António Rodrigues (1786) – *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.

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

PORTUGAL. Instituto para a Alta Cultura (1950) – *Catálogo das publicações editadas e subsidiadas pelo Instituto para a Alta Cultura.* Lisboa: IAC.

PORTUGAL. Universidade de Lisboa (1972) – *Doutoramentos na Universidade de Lisboa, 1911-1971.* Lisboa: Universidade de Lisboa.

RAMOS, Albano (1994) – «Recordando o Prof. Dr. Roberto de Carvalho no centenário do seu nascimento». *Revista de Guimarães.* N.º 104, p. 243-272.

RAMOS do Ó, Jorge (1996) – *Instituto de Alta Cultura.* In ROSAS, Fernando; BRITO, J. M. Brandão de – *Dicionário de História do Estado Novo.* Vol. 1. Lisboa: Bertrand Editora, p. 482-483.

REGAUD, Jean (1982) – *Claudius Regaud.* Paris: Maloine.

RELMAN, Arnold (1980) – «The new medical-industrial complex». *New England Journal of Medicine.* 303, p. 963-970.

RENGADE, J. (1883) – *Os Grandes Males e os Grandes Remédios.* Lisboa: Editora Empresa Literária Luso-Brasileira.

RICO, Toscano (1949) – «Marck Athias». *Arquivo de Patologia.* 21, p. 117-140.

RODRIGUES, Álvaro (1977) – «A influência da investigação científica portuguesa na evolução da Medicina mundial». *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa.* 21, p. 311-331.

RONAN, Colin (1988) – *Histoire mondiale des sciences.* París: Éditons du Seuil.

ROQUÉ, Havier; HERRAN, Néstor (ed.) (2009) – «Isotopes: Science, Technology and Medicine in the Twentieth Century». *Dynamis.* Vol. 29, p. 123-364.

ROSAS, Fernando (1994) – *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, p. 148-415.

ROSAS, Fernando; BRITO, J. M. Brandão de (1996) – *Dicionário de História do Estado Novo.* 2 vols. Lisboa: Bertrand Editora.

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

ROSENBERG, Charles (1992) – *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine.* Cambridge: CUP.

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

RUTKOW, Ira M. (2000) – «William Stewart Halsted». *Archives of Surgery.* 135, p. 1478-1479.

S. ISIDORI (1798) – *Hispalensis Episcopi Hispaniarum Doctoris Opera Omnia.* Romae: Typis Antonii Fulgonii.

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

SANCHES, José (1995) – «Centenário dos Raios X». *Acta Médica Portuguesa.* 8, p. 203-205.

SANTA ANNA, Joaquim José (1793) – *Elementos de Cirurgia Ocular.* Lisboa: Na Officina de Simão Thaddeo Ferreira.

SANTOS, Eugénio dos (1984) – «O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário». *Revista da Faculdade de Letras. História* (II.ª Série). Vol. I., p. 199-201.

SANTOS, Reinaldo dos (1958) – «As Universidades e a investigação científica». *Boletim da Academia das Ciências de Lisboa.* 30, p. 275-281.

SANTOS, Reinaldo dos (1930) – «Sobre o problema do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 51 (21 de Dezembro de 1930), p. 449.

SCULTETI, Joannis (1656) – *Armamentarium Chirurgicum.* Hagae-Comitum: Ex Officina Adriani Vlacq.

SCULTET, Jean (1712) – *L'Arcenal de Chirurgie.* Lyon: Leonard de La Roche.

SCULTETUS, Johannes (1655) – *Armamentarium Chirurgicum.*Ulm: B. Kühnen.

SEVERINO, Marco Aurelio (1632) – *De recondita abscessuum natura.* Napoli: Ottavio Beltrano.

SHARP, Samuel (1750) – *Critical Enquiry into the Present State of Surgery.* London: Tonson.

SILVA, Ana Paula Lopes da (2000) – *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.

SILVA, Júlio Joaquim da Costa Rodrigues da (2004) – «O Imaginário Social das Epidemias em Portugal no Século XIX». *Lusíada* (Série II). N.º 1, p. 95-125.

SOCIÉTÉ DES NATIONS (1931) – *L'Organisation d'Hygiène.* Genève: Section d'information de L'Organisation d'Hygiène.

— (1945) – *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.

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

SOURNIA, Jean-Charles (1985) – *O homem e a doença.* In Le GOFF, Jacques (org.) – *As doenças têm história.* Lisboa: Terramar.

SOUSA, A. Tavares de (1981) – *Curso de História da Medicina. Das origens aos fins do século XVI.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

TAVARES, Amândio (1962) – *O Instituto de Alta Cultura e a Investigação Científica em Portugal. 2.º vol. (1951--1960).* IAC. Lisboa.

THORWALD, J. (1962) – *Science and the secrets of early medicine.* New York: Harcourt, Brace and World.

TRINCÃO, Mário (1926) – *O aspecto médico-social da sífilis.* Coimbra: Tese de doutoramento.

VARELLA, Drauzio (2006) – *Borboletas da alma. Escritos sobre ciência e saúde.* São Paulo: Companhia da Letras.

VILHENA, Henrique de (1949) – «Sobre Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia.* 26 [1948-49], p. 107-108.

VIRCHOW, Rudolf (1959) – *Cellular Pathologie in iher Bedründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre.* Berlin.

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

WALKER, Timothy D. (2004) – «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, p. 223-237.

WALKER, Timothy D. (2005) – *Doctors, Folk Medicine and the Inquisition. The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment.* Brill: Leiden-Boston.

WEATHERALL, D. J. (2000) – «Internal medicine in the 21st century». *Journal of Internal Medicine*. 247, p. 3-5.
WHO (2008) – *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO.
WILTSHAW, Eve (1998) – *History of the Royal Marsden Hospital*. London: The Royal Marsden Hospital.
Zodiaco Lusitano-Delphico. Anatomico, Botanico, Chirurgico, Dendrologico, Ictyologico, Lithologico-Medico, Metereológico, Optico, Ornithológico, Pharmaceutico, e Zoologico, 1749.

COLECÇÃO «TESES UNIVERSITÁRIAS», N.º 2
PRÉMIO CITCEM / AFRONTAMENTO 2011

LUTA CONTRA O CANCRO E ONCOLOGIA EM PORTUGAL

RUI MANUEL PINTO COSTA

CITCEM
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

U.PORTO
FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DO PORTO