

# 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»<sup>267</sup>.*

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.<sup>a</sup> 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 organização prophylatica. O povo então entende musulmanamente que só é atacado quem Deus quer; e ninguém guarda 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<sup>268</sup>.*

<sup>267</sup> 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.

<sup>268</sup> JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p. 380.

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»<sup>269</sup>. 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 convergem todas as doenças dominantes na capital; porquanto ahi se recolhem justamente os doentes que, pela falta de commodidades e pelo desprezo ou impossibilidade do cumprimento das leis hygienicas, estão mais sujeitos a todas as influencias mórbidas; por este motivo o facultativo que correr as enfermarias do hospital pôde fazer uma idéa do estado sanitário de Lisboa*<sup>270</sup>.

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 *Estatística pathologica das enfermidades dos hospitaes da Universidade de Coimbra* no primeiro trimestre de 1859<sup>271</sup>. 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

<sup>269</sup> JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p. 294.

<sup>270</sup> «Revista Médica». *Archivo Universal*. N.º 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28.

<sup>271</sup> Cf. a «Estatística pathologica das enfermidades dos hospitaes da Universidade de Coimbra, desde o 1.º até ao 31 de Março de 1859». In *O Instituto, Jornal Científico 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<sup>272</sup>. 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*<sup>273</sup>, 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-

<sup>272</sup> Cf. «Estatística Medica dos Banhos do Luso em 1858». In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 81-82.

<sup>273</sup> 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<sup>274</sup> 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<sup>275</sup>, seguidas de perto pelos cancros do lábio<sup>276</sup>, e por fim, da língua<sup>277</sup>. 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<sup>278</sup>.*

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<sup>279</sup>, a verdade é que a estatística sanitária entretanto publicada

<sup>274</sup> As grandes cirurgias de meados do século XIX eram aquelas que correspondiam à necessidade de cloroformizar o doente.

<sup>275</sup> 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.

<sup>276</sup> 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;

<sup>277</sup> Cf. o *Archivo Universal*. N.º 10 (7 de Março de 1859), p. 156.

<sup>278</sup> *Archivo Universal*. N.º 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139.

<sup>279</sup> Cf. o *Anuario Estatístico 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<sup>280</sup>, 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<sup>281</sup>. Com esta peia vêm-se cerceadas desde logo as hipóteses de realizar um estudo preciso sobre a mortalidade por cancro. Sobre a prevalência, ainda menos se poderia aventar para este período.

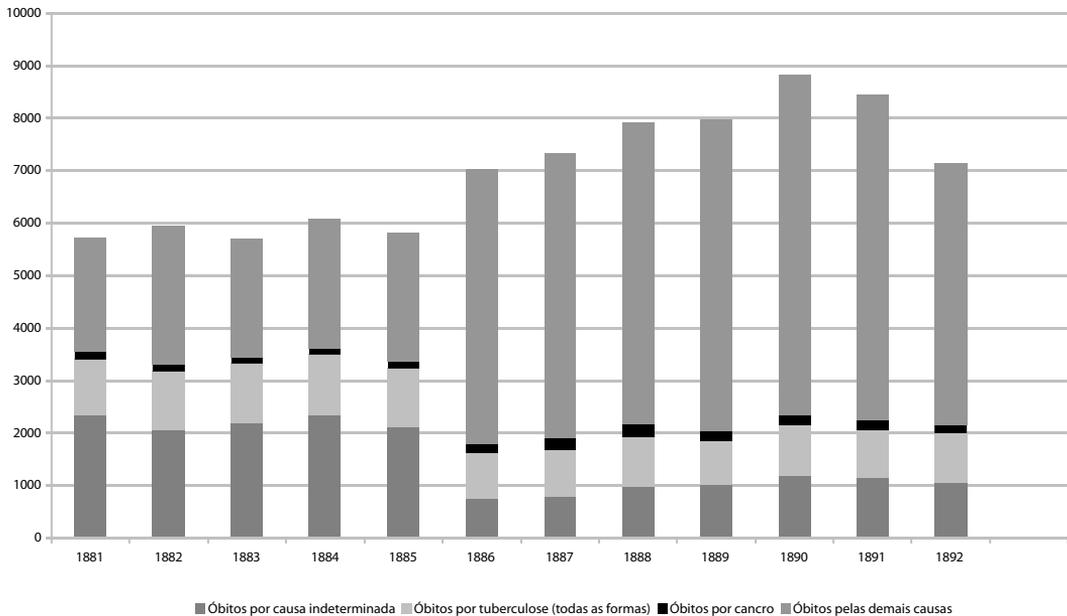
É verdade que existem ainda dados sobre os movimentos de admissões e altas dos hospitais, mas não sobre os diagnósticos realizados. Contudo, é possível obter uma imagem razoável da presença da doença oncológica em Lisboa para o período de 1886 a 1892, através da *Estatística mortuária e meteorológica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

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

<sup>280</sup> Cf. o *Anuario dos Progressos da Medicina em Portugal*. 3 vol. Porto: 1884-1886, relativo aos anos de 1883 a 1885.

<sup>281</sup> 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 higiene 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*. (1.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 tuberculosas, 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 monstrosidades, hidrocefalia, escrofulose, raquitismo, cancro, atrepsia, 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<sup>282</sup>.

As principais causas de morte para este período são desde logo a tuberculose pulmonar e outras tuberculosas, seguida de longe pelas lesões orgânicas do coração, os acidentes vasculares cerebrais (apoplexia cerebral), bronquites e pneumonias, a varíola e o cancro,

<sup>282</sup> Cf. CARQUEJA, Bento – *O Povo Português. Aspectos sociais 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<sup>283</sup>. 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<sup>284</sup>. 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.<sup>a</sup> 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<sup>285</sup>, 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<sup>286</sup>; 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-

<sup>283</sup> Cf. o *Boletim Mensal da Estatística Sanitária*. Porto: Serviço Municipal de Saúde e Higiene, 1893 a 1901.

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

<sup>285</sup> 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.<sup>a</sup> 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.

<sup>286</sup> 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*<sup>287</sup>.

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

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<sup>289</sup>. 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»<sup>290</sup>.

<sup>287</sup> 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.

<sup>288</sup> Sobre a importância do higienismo na política sanitária veja-se COSME, João – «As Preocupações Higio-Sanitárias em Portugal (2.<sup>a</sup> metade do século XIX e princípio do XX)». *Revista da Faculdade de Letras do Porto. História*. Vol. 7 (2006), p. 181-195.

<sup>289</sup> Cf. o *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, que reúne a legislação de 1901 a 1904, e o *Boletim Serviços Sanitários*, onde se encontra compilada a que foi promulgada desde 1905 a 1933.

<sup>290</sup> 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;...»<sup>291</sup>.

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<sup>292</sup>.

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

---

<sup>291</sup> 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.

<sup>292</sup> 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<sup>293</sup>. 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»<sup>294</sup>.

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»<sup>295</sup>. 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»<sup>296</sup>.

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

<sup>293</sup> 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.

<sup>294</sup> 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.

<sup>295</sup> «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).

<sup>296</sup> 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)<sup>297</sup>.*

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»<sup>298</sup>. 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

<sup>297</sup> LESSA, Almerindo – *Livro de Higiene*. Lisboa: Nunes de Carvalho Editor, 1936, p. 35.

<sup>298</sup> 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<sup>299</sup>.

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

<sup>299</sup> 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»<sup>300</sup>.

O problema da fiabilidade prosseguiu, pelo menos até meados dos anos 30. Ao apresentar os seus dados para o período 1916-1925, o higienista Francisco Correia chama a atenção para «(...) uma dificuldade que se encontra em Portugal a juntar-se à enorme percentagem de 1/3 de óbitos de causa ignorada, qual é a preguiça ou descuido, que ainda seria compreensível em funcionários mal pagos como são os delegados de saúde, mas que se verifica na maior parte da classe médica, principalmente na de larga e bem remunerada clientela...»<sup>301</sup>.

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 sífilíticos morrerem de complicações directamente resultantes da doença, em particular as de natureza cardíaca, que recaíam no cômputo das lesões orgânicas do coração.

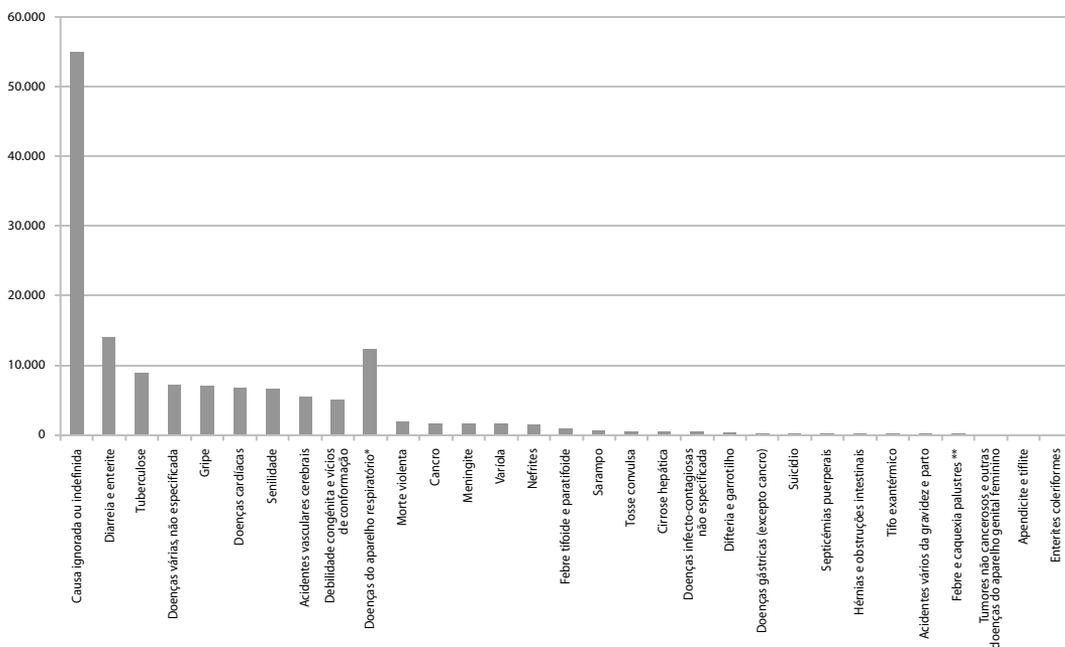
Em muitos casos feita por médicos em franca proximidade com as famílias dos falecidos, a certidão de óbito podia facilmente conter um registo de causa desconhecida ou indeterminada, o que acrescentava uma grande dificuldade na realização de uma estatística epidemiologicamente correcta ou sequer aceitável (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

<sup>300</sup> CARQUEJA, Bento – *O Povo Portuguez. Aspectos sociaes e económicos*. Porto: Livraria Chardron, 1916, p. 245.

<sup>301</sup> 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.

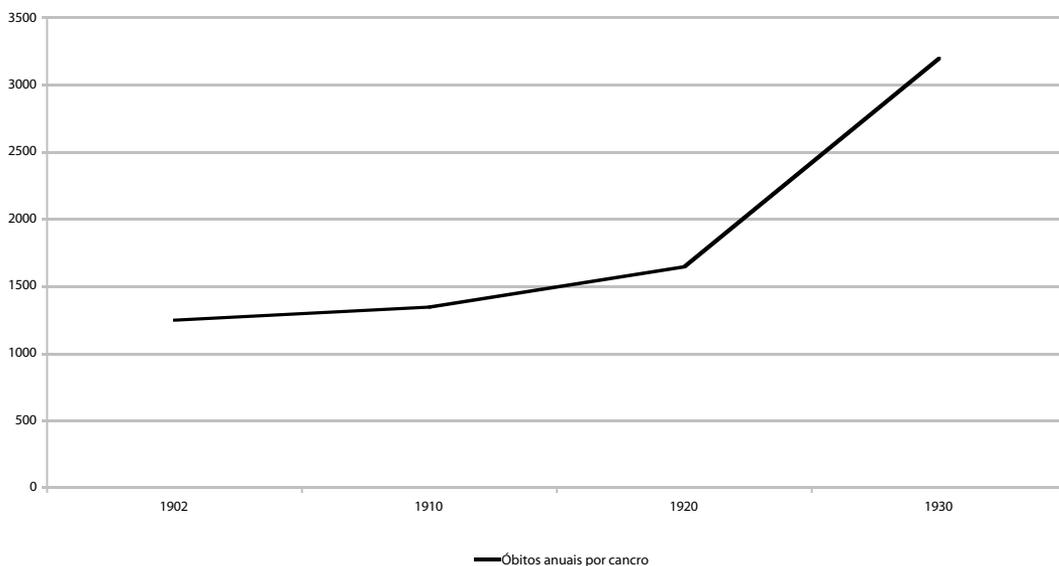
\* Inclui pneumonias, bronquites agudas e crónicas, e outras doenças do aparelho respiratório.

\*\* 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<sup>302</sup>. 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 contribuíam com a maior parte dos casos de tumores malignos.
- 3) O facto de haver uma diminuição na percentagem de cancerosos entre todos os doentes atendidos, significava que a propaganda anticancerosa começava a obter

**Quadro 5:** Relação entre doentes oncológicos e não oncológicos observados no IPO (1928-1933)

Ano	Doentes inscritos		Cancerosos		Porcentagem 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<sup>303</sup>, que se revestia de todo o interesse para os higienistas; ou ainda outra sobre cancro e higiene na I.<sup>a</sup> Semana Portuguesa de Higiene em 1931<sup>304</sup>, onde ressaltava a natureza social de uma patologia cujo combate também podia e devia passar pela necessária adopção de estratégias preventivas e de diagnóstico precoce, tão ao sabor da política sanitaria 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*<sup>305</sup>.

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

<sup>302</sup> Cf. RAMOS, F. da Costa – «Oncologia e Estatística». *Arquivo de Patologia*. Vol. 27, n.º 1 (1955), p. 29-47.

<sup>303</sup> Cf. o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*. N.º 6 (Junho de 1928).

<sup>304</sup> Veja-se a este respeito CORREIA, F. da Silva – *Relatório da Semana de Higiene*. 1931.

<sup>305</sup> PEIXOTO, Afrânio – «Luta contra o cancro». *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea* (III.<sup>a</sup> 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; suprimindo precocemente um foco neoplásico, o doente é libertado d'uma infecção que mais tarde poderia ser irremediável, e as pessoas que o cercam ficam também livres dos perigos que d'essa infecção lhes poderiam advir*<sup>306</sup>.

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<sup>307</sup>. 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 destruição 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<sup>308</sup>. Também era habitual fazer-se a o diagnóstico correcto apenas em situação intra-operatória, dadas as limitações do próprio processo de diagnose radiológica<sup>309</sup>. 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 conseqüente 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

<sup>306</sup> LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 457.

<sup>307</sup> 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.

<sup>308</sup> 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.

<sup>309</sup> 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»<sup>310</sup>, as doenças acima referidas resumiam sinteticamente o fulcro das preocupações biopolíticas do Estado; e se o problema do cancro se destacasse, sê-lo-ia apenas por força de um discurso médico, capaz de determinar a intervenção do poder político no combate a uma doença tão específica, que por si só era capaz de por em causa os conceitos e métodos higienistas assumidos pela política sanitária vigente.

Chegados ao final dos anos 20, poderíamos concluir que faltava ainda consciência sanitária ao povo português. A epidemia de tifo no Porto em 1917-19 e a muito mais global gripe de 1918-19, serviram bem para mostrar os défices e as mais prementes preocupações higio-sanitárias no Portugal do primeiro quarto do século. Apesar da matriz higienista presente nas reformas da legislação em 1901 e 1926, campeavam ainda as doenças que de algum modo mostravam a existência de uma salubridade deficiente, a ausência de hábitos de higiene, e a intervenção limitada do poder central e da administração local em matéria de saúde pública.

O cancro, esse «quarto flagelo da humanidade», como se lhe refere Sousa Júnior em 1911<sup>311</sup>, 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<sup>312</sup>. Conquanto os dados oficiais ainda o contradissem, as estatísticas incompletas e sujeitas a erros grosseiros, davam azos a afirmações que apontavam para um determinismo muito superior do cancro na mortalidade, de tal modo que se estaria a morrer mais de cancro do que de sífilis e de tuberculose.

Marques dos Santos, que perfilhava esta ideia no seu discurso, resumia em 1921 o estado dos cancerosos portugueses, por 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 tóda 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»<sup>313</sup>.

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

<sup>311</sup> 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.

<sup>312</sup> 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.

<sup>313</sup> 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 socio-política concertada, enquadrada no campo da saúde pública, e como tal, sob alçada directa do poder político. Tratava-se, pois, de dar corpo a um trabalho embrionário em marcha, que apenas necessitava do apoio político adequado para se dar início à luta contra o cancro num país ainda atrasado em termos sanitários, sobretudo quando em estrita comparação directa com os seus congéneres europeus.

## 2. DISCURSO MÉDICO, SAÚDE PÚBLICA E ESTRATÉGIAS POLÍTICAS PARA UMA QUESTÃO PALPITANTE DO TEMPO ACTUAL

*Se aos médicos que vivem a mourejar pela clínica das cidades e das aldeias lhes fosse possível, que nem sempre o é, registar todos os casos da sua observação, com a publicação das observações e reunião dos dados que pudessem recolher, constituir-se-ia a história pormenorizada n'um ramo importante da patologia nacional<sup>314</sup>.*

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

---

<sup>314</sup> D'ALMEIDA, Thiago – «O cancro em Vianna do Castelo». *Porto Médico*. 1.º Ano, n.º 5 (1904), p. 196.

eram muito escassos, ressaltando-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<sup>315</sup>. 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<sup>316</sup> 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<sup>317</sup>. 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<sup>318</sup>.

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-

<sup>315</sup> 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.

<sup>316</sup> Lisboa: 933 dissertações inaugurais entre 1836-1902; Porto: 1360 entre 1827-1908.

<sup>317</sup> 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-Cirúrgica do Porto desde 6 d'Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908». In *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Anno Lectivo de 1907-1908*. Porto: 1908, p. 189.

<sup>318</sup> 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<sup>319</sup>. 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 reboço 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<sup>320</sup>.*

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

<sup>319</sup> A lista de teses que seguiam estas premissas é extensa. A título de exemplo cf. LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do figado*. Tese 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 circumstâncias poderá aproveitar a sua extirpação?* Tese de doutoramento. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1867.

<sup>320</sup> «Revista Médica». *Archivo Universal*. N.º 21 (23 de Maio de 1859), p. 332.

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

laryngites; perverte o apetite e é uma das causas predisponentes das gastro-enterites, das anginas, do cancro da lingua e do epithelioma dos lábios»<sup>322</sup>.

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 hysterectomia 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<sup>323</sup>; 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<sup>324</sup> e Porto<sup>325</sup>, é possível apreender o *status quo* em que se encontrava o ensino da doença, o tra-

<sup>322</sup> 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.

<sup>323</sup> 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.

<sup>324</sup> Cf. as teses de 1836 a 1892 em COSTA, Manuel V. Alfredo da – *Anuário 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 de 1899 a 30 de Julho de 1900, de 30 de Novembro de 1900 a 29 de Julho de 1901, de 20 de Dezembro de 1901 a 29 de Julho de 1902, veja-se ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA – «Theses». *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*. (1898-1899), p. 118-120; (1900-1901) p. 142 a 144; (1901-1902) p. 145-146.

<sup>325</sup> 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 *Anuário 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 *Anuário 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 túbias comunicações imoralmente adquiridas a terceiros como notou e criticou Ricardo Jorge<sup>326</sup>, são sobretudo trabalhos de recensão do *estado da arte*, quase sempre resumos teóricos mais ou menos alargados dos quais se esperava obter explicações 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 espécimes, continuamente incrementado com o passar dos anos, denotando igualmente o aumento do número de casos raros ou tidos como incomuns. Privilegiava-se a abordagem espartilhada, prática 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).

---

<sup>326</sup> 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-Cirúrgica do Porto desde 6 d’Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908». In *Anuário 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<sup>327</sup>, 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 tóxicas, 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 toboletas, 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).

<sup>327</sup> 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<sup>328</sup>.

Numa altura em que predominam temas de natureza cirúrgica, sejam obstétrica e ginecológica<sup>329</sup>, 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 Ciências 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-

<sup>328</sup> Cf. SILVA, Marcellino A. Craveiro da – *Étude diagnostique d'un cas insolite de tumeur du sein*. Thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris. Paris: 1852. Para uma relação alargada de outras teses até ao século XIX, veja-se LEMOS, Maximiano de – «Theses 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.

<sup>329</sup> 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<sup>330</sup>. 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 renovada 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<sup>331</sup>. 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 apazado 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<sup>332</sup>.

<sup>330</sup> 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 Ciências 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 Ciências Médicas de Lisboa*. (15 de Dezembro de 1895), p. 87.

<sup>331</sup> Cf. «Os micróbios dos tumores malignos». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 403-404; «A leucemia como infecção de protozoários». *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.

<sup>332</sup> 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<sup>333</sup>, 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

---

<sup>333</sup> 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<sup>334</sup>, 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<sup>335</sup>.

<sup>334</sup> 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.

<sup>335</sup> 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<sup>336</sup>.

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 destrinça 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-

---

<sup>336</sup> Cf. NEVES, Azevedo – «Die Portugiesische Kommission für Krebsforschung». *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 7 (1909) p. 180, *idem* – «Bericht über die Zählung der im Mai und Juni 1904 in Portugal in ärztlicher Behandlung gewesenen Krebskranken». *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 7 (1909) p. 297, e *idem* – «Untersuchung vorgenommen im Jahre 1904 in den überseeischen portugiesischen Provinzen, um die Zahl der in ärztlichen Krebskranken festzustellen». *Zeitschrift für Krebsforschung*. Bd. Vol. 8 (1910) p. 239.

**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*<sup>337</sup> ao *O Popular*:

*Na última reunião da comissão incumbida de estudar o desenvolvimento do cancro em Portugal e de propor as medidas a adoptar para restringir tanto quanto possível a propagação d'esta terrível enfermidade, foi pelo respectivo secretário, sr. dr. Azevedo Neves, presente uma nota*

<sup>337</sup> Cf. «O estudo do cancro em Portugal. Um importante trabalho científico do relator da comissão, sr dr. Azevedo Neves». *O Século* (11 de Dezembro de 1906).

*dos trabalhos já realizados, que constitue um volume de 70 páginas e é o resumo d'um outro muito maior, que brevemente será publicado. (...) N'elles se faz um estudo completo sobre o cancro, indicando-se o desenvolvimento que esta doença tem attingido entre nós e tudo que de melhor ha feito no estrangeiro para a combater*<sup>338</sup>.

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»<sup>339</sup>. 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 anteceder-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.

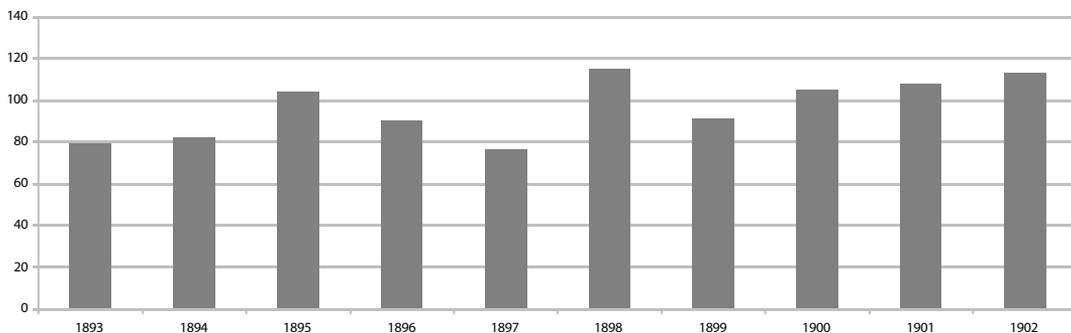
Num artigo voltado exclusivamente para a principal cidade nortenha, Sousa Júnior mostrava-se muito atento à estatística do cancro, publicando em Abril de 1904 os resultados relativos à cidade do Porto<sup>340</sup>. Entre 1893 e 1902, o número de óbitos causados inequivocamente por cancro foi de 963, 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).

<sup>338</sup> «Estudo do Cancro no Nosso Paiz». *O Popular* (12 de Dezembro de 1906).

<sup>339</sup> In *Diário da Câmara dos Deputados*, Sessão n.º 143 (Extraordinária), de 28 de Outubro de 1920, p. 12.

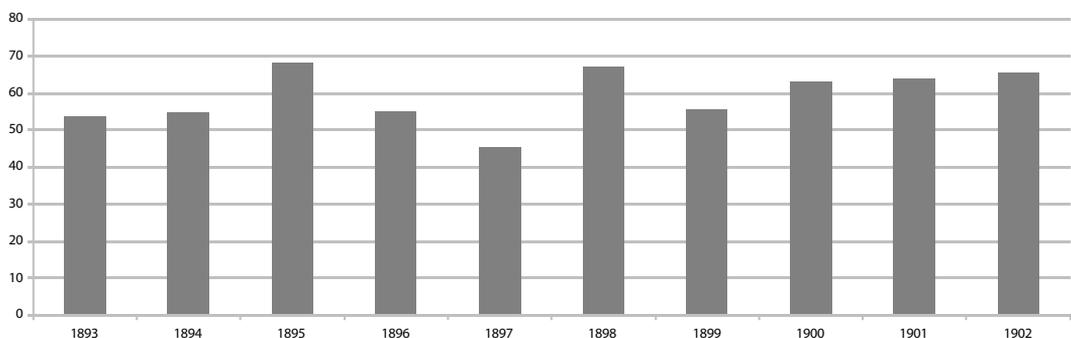
<sup>340</sup> Cf. JUNIOR, Sousa – «O cancro no Porto». *Porto Médico*. Ano 1, n.º1 (1904), p. 34-41.

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



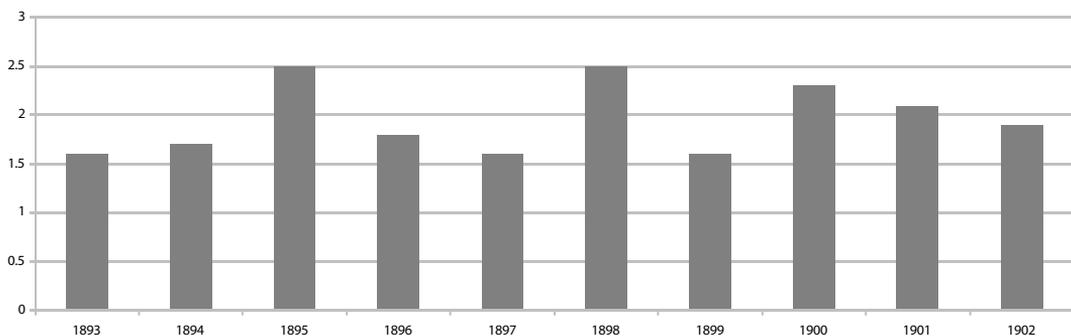
Fonte: adaptado de JUNIOR, Sousa – «O cancro no Porto». *Porto Médico*. Ano 1, n.º 1 (1904), p. 37.

**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%<sup>341</sup>. Neste último estudo, que abarca o período de 1894 a 1903, verifica-se que a cancerização em Viana era, pois, superior à do Porto e quase duplicava a média da obtida em Espanha<sup>342</sup> (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<sup>343</sup>.

<sup>341</sup> D'ALMEIDA, Thiago – «O cancro em Vianna do Castelo». *Porto Médico*. Ano 1, n.º 5 (1904) p. 196-200.

<sup>342</sup> Cf. «O cancro na Espanha». *Porto Médico*. Ano 1, n.º1 (1904) p. 16-18.

<sup>343</sup> Cf. ADÃO, Luis – *Algumas palavras àcerca 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<sup>344</sup>. 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<sup>345</sup>.

Das 56 cirurgias realizadas na *Casa de Saúde Lisbonense*<sup>346</sup> 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<sup>347</sup>. 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<sup>348</sup>. 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<sup>349</sup>.

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.

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

<sup>345</sup> 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.

<sup>346</sup> 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.

<sup>347</sup> 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.

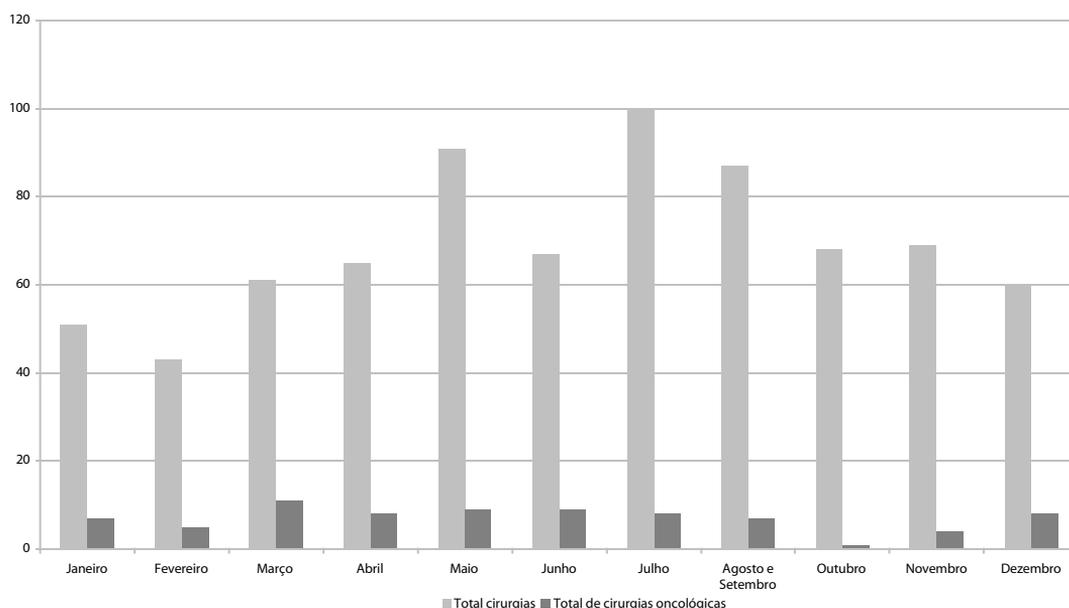
<sup>348</sup> «Estatísticas hospitalares. Hospital Nacional e Real de S. José. Enfermaria de S. Francisco (homens), sob a direcção do sr. Gregório Rodrigues Fernandes. Mappa das operações praticadas nos dois semestres de 1891». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano X, n.º 16 (1892) p. 116-117.

<sup>349</sup> 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, 211 e 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% ( $\approx 9,89\%$ ) 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<sup>350</sup>.

**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).

<sup>350</sup> Cf. o *Anuário 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<sup>351</sup>.

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<sup>352</sup>, 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<sup>353</sup>. 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.

---

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

<sup>352</sup> 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.

<sup>353</sup> 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 Roentgentherapie*, de Archer e Silva<sup>354</sup>; sem esquecer outras de doutoramento, como seja a de Ferraz de Macedo sobre tumores da bexiga<sup>355</sup> ou a de José de Oliveira Lima<sup>356</sup>, autêntico epifenómeno na medicina portuguesa dos alvares 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, revolviam-se com regularidade sobre a sua eventual etiologia, o hipotético carácter transmissível, e ainda o problema de saúde pública que gerava<sup>357</sup>. De facto, no

<sup>354</sup> 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.

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

<sup>356</sup> Veja-se o volumoso trabalho de 467 páginas da autoria de LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907. O mesmo autor publicou no ano seguinte um artigo sobre a bibliografia do cancro. Cf. LIMA, José de Oliveira – «Bibliografia – O problema do cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXVI (1908) p. 187-188.

<sup>357</sup> 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 protozoários». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XIX (1901) p. 65-66; «A etiologia 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; «Soro-terapia 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 ressaltar é que as sementes do interesse médico, essas sim, estavam já lançadas e prontas a frutificar.

Por vezes também se encontra a publicação esporádica de casos clínicos invulgares, atestando não só a raridade de certos tumores, mas também as limitações da cirurgia no 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 alocação 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 fonendoscopia, e ainda os ensaios sobre o cancro e os glóbulos sanguíneos.

Na Secção IV, relativa à Terapêutica e Farmacologia, discutiu-se longamente o tratamento das doenças infecciosas e do cancro, bem como o papel terapêutico das radiações, do calor e do frio.

---

«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 elaborar um plano para o estudo do cancro, o que levaria Francisco Gentil a dedicar-se a essa causa e, posteriormente, à abertura do Instituto Português de Oncologia. Encontra-se aqui a ideia seminal que permitirá fundar as bases do estudo sistemático e científico do cancro em Portugal.

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<sup>358</sup>.

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.

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

**Programa das conferências (1907-1908)<sup>359</sup>:**

- 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. Virgílio Machado

Deste pequeno grupo de conferencistas, destaca-se particularmente o nome de Marck Athias<sup>360</sup>, 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<sup>361</sup>, 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.<sup>a</sup> Comissão para o Estudo do Cancro, ou seja, dois anos após as recomendações do XV Congresso de Lisboa. Para presi-

<sup>359</sup> As conferências encontram-se quase todas reproduzidas no *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa* (1908) e apenas algumas na *Medicina Contemporânea*. (1907). Cf. BOMBARDA, M. – «Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro». *JSSML*. T. 72 (1908) p. 90; ATHIAS, M. – «Cytologia geral do cancro». *JSSML*. T. 72 (1908) p. 110; MONJARDINO, A. – «Cancro do colon». *JSSML*. T. 72 (1908) p. 204; FEIJÃO, F. O. – «Tumores malignos da boca». *JSSML*. T. 72 (1908) p. 246; MACHADO, V. – «Os agentes físicos no tratamento do cancro». *JSSML*. T. 72 (1908) p. 366; BOMBARDA, Miguel – «Estado actual da questão do cancro e da luta contra o cancro». *A Medicina Contemporânea* (II.<sup>a</sup> Série). Ano XXV (28 de Abril de 1907) p. 129-137; MONJARDINO, A. – «Cancro do colon; diagnóstico e tratamento cirúrgico». *A Medicina Contemporânea* (II.<sup>a</sup> Série). Ano XXV (28 de Abril de 1907); FEIJÃO, F. O. – «Tumores malignos da lingua; diagnóstico e tratamento». *A Medicina Contemporânea* (II.<sup>a</sup> Série). Ano XXV (9 de Junho de 1907).

<sup>360</sup> 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<sup>362</sup>.

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*<sup>363</sup>, 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*<sup>364</sup>.

<sup>361</sup> 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.

<sup>362</sup> 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.

<sup>363</sup> 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, 1899.

<sup>364</sup> LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 459.

Esta 2.<sup>a</sup> 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<sup>365</sup>.

Para além desta, poderíamos referir uma 3.<sup>a</sup> 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 países civilizados, merece ser feito entre nós por uma comissão em que se congreguem os elementos de todas as escolas de medicina do país, ou, melhor dizendo, dos três centros médicos portugueses»<sup>366</sup>.

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<sup>367</sup>. 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.

<sup>365</sup> 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.

<sup>366</sup> *Diário do Senado*. Sessão n.º 13, em 20 de Dezembro de 1911, p. 8.

<sup>367</sup> 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 Moraes, 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<sup>368</sup>.

A oportunidade de iniciar o almejado projecto surgiu ainda em Novembro de 1911, quando no contexto da 3.<sup>a</sup> 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 possuímos e aí se educaram muitos dos nossos colaboradores. Foi nessa pequena clínica 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<sup>369</sup>.*

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

<sup>368</sup> Cf. o *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão n.º 35, de 4 de Maio de 1922, p. 19.

<sup>369</sup> 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 Governos 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 (...)»<sup>370</sup>.

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<sup>371</sup>. 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<sup>372</sup>. 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

<sup>370</sup> 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.

<sup>371</sup> 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.

<sup>372</sup> 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<sup>373</sup>, José Domingues de Oliveira<sup>374</sup> 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<sup>375</sup> e 1925<sup>376</sup>, 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 Cívicos de Lisboa), no Hospital da Universidade de Coimbra, ou ainda no Hospital de Santo António da Misericórdia no Porto.

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

---

<sup>373</sup> 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.

<sup>374</sup> 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.

<sup>375</sup> Cf. OLIVEIRA, José Domingues de – *Os cancros e o rádio*. Porto: 1923.

<sup>376</sup> 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<sup>377</sup>, 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<sup>378</sup>. No Porto, publicara-se no ano anterior uma outra dissertação, um dos primeiros trabalhos realizados no país sobre a serologia do cancro<sup>379</sup>, caminho igualmente acalentado anos mais tarde por João Marques dos Santos<sup>380</sup> da Faculdade de Medicina de Coimbra. Também em Coimbra, Joaquim Remexido fez tese doutoral acerca dos neoplasmas malignos<sup>381</sup>, ao passo José Miguens dava à estampa uma interessante tese de doutoramento, desta vez inteiramente dedicada à etiologia da doença cancerosa<sup>382</sup>. 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<sup>383</sup>.

Mas foram os trabalhos realizados no seio da 1.<sup>a</sup> 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

<sup>377</sup> Cf. a bibliografia de Francisco Gentil no anexo 3.

<sup>378</sup> 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.

<sup>379</sup> 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.

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

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

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

<sup>383</sup> 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 Curioterapia 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<sup>384</sup>.

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»<sup>385</sup>.

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.<sup>a</sup> 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.

<sup>384</sup> 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.

<sup>385</sup> 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<sup>386</sup>.

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 occupado a presidência das casas do parlamento e desempenhado altos cargos políticos. É forçoso concluir, ou que se deu a coincidência de terem feito o curso de medicina os homens com mais capacidade para exercer em Portugal a função governativa, ou que a profissão médica atribui aos indivíduos que a exercem qualidades que os tornam designadamente aptos para governar<sup>387</sup>.*

<sup>386</sup> 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.

<sup>387</sup> 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 sobressaíam os problemas políticos, sociais e humanos do país, colocavam-se num patamar social que os tornava particularmente atentos à política sanitária e social do Estado. Nos seus discursos parlamentares, recriminavam fortemente o antigo regime, ao mesmo tempo que mantinham uma frequente participação na imprensa, em artigos de opinião bastante notados pelos vários sectores da população.

A correspondência entre Francisco Gentil e Afonso Costa, mantida entre 1912 e 1937, é assaz reveladora desta preocupação constante com os problemas políticos, sociais e humanos que perpassavam e marcavam a sociedade portuguesa nesse tempo.

Independentemente dos problemas financeiros dos diferentes governos ao longo da I.<sup>a</sup> 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<sup>388</sup>, 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

---

<sup>388</sup> «Tive ocasião de referir ao Dr. Alvaro de Matos que o Dr. Mário Silva fora em missão de estudo para Paris e ia também acompanhado dum carta minha para o meu eminente amigo sr. Dr. Afonso Costa para o apresentar à genial Curie, de quem o notável estadista era admirador e amigo (...) Também o Dr. Mário Silva, no regresso, não escondia o seu entusiasmo pela larga e notável exposição que sobre aspectos jurídicos e económicos da descoberta do Rádio lhe fizera o sr. Dr. Afonso Costa». «Uma carta do antigo deputado e ilustre homem publico Sr. Dr. Dias Pereira» in BARRETO, J. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. 2.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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 particularmente 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<sup>389</sup>, 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.

---

<sup>389</sup> 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<sup>390</sup>, 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 naípe 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.<sup>a</sup> 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 (...).*

---

<sup>390</sup> 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*<sup>391</sup>.

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<sup>392</sup>. 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-

<sup>391</sup> 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.

<sup>392</sup> 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»<sup>393</sup>, 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»<sup>394</sup>.

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.

<sup>393</sup> Decreto n.º 9.333 do *Diário do Governo*. N.º 278, I.ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

<sup>394</sup> 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<sup>395</sup>.

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<sup>396</sup>. 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 expandido 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-

---

<sup>395</sup> 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.<sup>a</sup> 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<sup>397</sup>. «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

<sup>396</sup> Cf. *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão N.º 109, em 10 de Agosto de 1925, p. 9.

<sup>397</sup> 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.<sup>a</sup> 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 pressão 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*<sup>398</sup>.

MARCK ATHIAS, 1941

De acordo com Charles Rosenberg<sup>399</sup>, 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»<sup>400</sup>.

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

<sup>398</sup> ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 16.

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

<sup>400</sup> 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<sup>401</sup>.*

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.

---

<sup>401</sup> 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 terrível do que qualquer d'aquellas doenças?»<sup>402</sup>.

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»<sup>403</sup>.

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:

---

<sup>402</sup> 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.

<sup>403</sup> 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 pudor, 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, deste 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<sup>404</sup>.*

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<sup>405</sup>. 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<sup>406</sup>.

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.

<sup>404</sup> 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.

<sup>405</sup> 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.

<sup>406</sup> 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»<sup>407</sup>.

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»<sup>408</sup>.

Este princípio profilático, assente sobretudo no vetusto discurso higienista, mas também na perda progressiva do carácter fatalista de muitas afecções preveníveis, traduz-se num empenho não só do poder político, mas também de alguns cidadãos na luta desenvolvida contra problemas coevos, tais como a tuberculose, o sezonismo, as doenças venéreas ou o cancro. As campanhas sanitárias que estão associadas a todos e cada um destes problemas, conformam o paradigma da acção social da medicina e a construção de uma cultura sanitária. Habitualmente, os discursos sobre estes «flagelos» entrecruzavam-se, revelando uma frente profilática comum e sinérgica. Em muitas ocasiões, o discurso médico de matriz mais higienista e preventiva fazia uma associação entre o cancro e a sífilis ou até mesmo entre o cancro a tuberculose e a própria lepra<sup>409</sup>, 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<sup>410</sup>, mas também das constatações da vida clínica diária, muitas delas observações empíricas que mesmo assim suportavam esta crença. Recordando algumas

<sup>407</sup> Cf. *Diário da Câmara dos Deputados*. Sessão N.º 109, em 10 de Agosto de 1925, p. 9.

<sup>408</sup> ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 107.

<sup>409</sup> 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.

<sup>410</sup> 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 (Abril 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<sup>411</sup>.*

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<sup>412</sup>. O mesmo postulava Bissaya Barreto, acrescentando-lhe a tuberculose, quando dizia que «A sífilis, saibam-no todos, predispõe ao cancro e à tuberculose»<sup>413</sup>. 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<sup>414</sup>!*

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

<sup>411</sup> 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.

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

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

<sup>414</sup> 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»<sup>415</sup>. 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-

---

<sup>415</sup> 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»<sup>416</sup>. 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 destacados 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<sup>417</sup>. 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.

<sup>416</sup> 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.

<sup>417</sup> 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 conseqüentemente, 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 *Comissão* 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 Abílio 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<sup>418</sup>.

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)<sup>419</sup>.

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<sup>420</sup>.

Esta Liga, criada pela Portaria n.º 9.772 em 1941<sup>421</sup>, 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

<sup>418</sup> Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 15-16.

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

<sup>420</sup> 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.

<sup>421</sup> 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<sup>422</sup>:

- Educação do público sobre o cancro, rastreio dos casos existentes e profilaxia;
- Cooperação com os centros do IPO nas tarefas que estes considerassem prioritárias na luta contra a doença;
- Promoção do estudo do cancro, por trabalhos de investigação, efectivação de reuniões científicas e realização de congressos;
- Estabelecer e manter relações com instituições congéneres nacionais e estrangeiras;
- Organizar o apoio social indispensável aos doentes em regime de ambulatório, lares de doentes e assistência domiciliária.

Financiada através de doações, peditórios regulares ou rendimentos provenientes de activos próprios, a LPCC conseguiu desde sempre contar com um conjunto muito considerável de meios financeiros capazes de suportar sem grandes constricções os seus objectivos programáticos. A elite social que se lhe associava, participava de um filantropismo que não dispensava a publicidade dos actos beneméritos, sobretudo quando estes mostravam de alguma forma o seu poder financeiro em actividades apenas acessíveis a uma escassa franja da população, como foi o caso do cruzeiro a Marrocos realizado em 1953 a favor da Liga. As crónicas desse episódio, publicadas em boa parte da grande imprensa, sobretudo no *Diário de Notícias* e no *Diário Popular*, mostram claramente a proveniência e estrato social dos filantropos portugueses.

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.

---

<sup>422</sup> 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 compartilhar 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<sup>423</sup>.

De facto, o difícil relacionamento entre Francisco Gentil e Azeredo Perdigão (presidente da FCG) manteve-se até à incapacidade do primeiro, altura em que a contribuição da FCG passa a ser consideravelmente maior e decisiva para a concretização de vários projectos seminais do IPO. Numa toada francamente solidária, após receber donativos da Fundação Calouste Gulbenkian, a Liga deu início em 1956 ao serviço de Visitação Domiciliária que prestava assistência médica, farmacêutica e de enfermagem aos cancerosos pobres de Lisboa.

No sentido de apoiar doentes deslocados de outras zonas do país que acorriam ao Instituto, começou nesse mesmo ano a colmatar esse problema crescente com o arrendamento de apartamentos e andares como lares de doentes em tratamento 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-

---

<sup>423</sup> 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<sup>424</sup>. 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<sup>425</sup>, 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<sup>426</sup>, 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-

<sup>424</sup> 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.

<sup>425</sup> Sezonismo: termo que Ricardo Jorge aconselhou para designar, em Portugal, o paludismo ou malária.

<sup>426</sup> 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*.

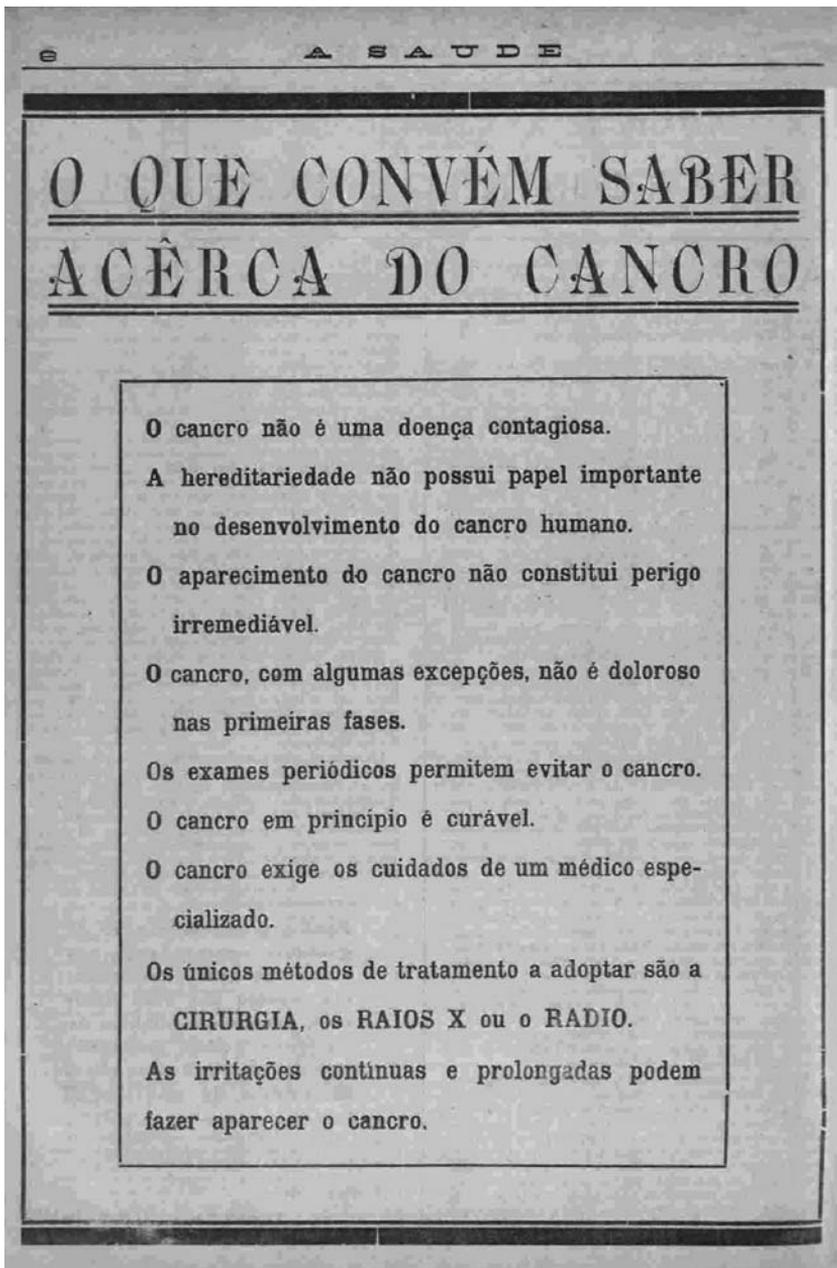
tir de 1932, quando assumiu a direcção dos serviços da Secção de Publicidade e Propaganda do Instituto, com vista à intensificação da luta contra o cancro, sendo posteriormente nomeado como secretário da comissão incumbida de constituir os hospitais escolares de Lisboa e Porto. Nessa qualidade secretariou 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



**Figura 6:** «O que convém saber acerca do cancro». A informação contida regularmente no periódico gratuito *A Saude*, incluía a desmistificação de crenças e ideias pré-concebidas. Se bem que o material publicado sobre o cancro era fornecido exclusivamente pelo IPO, por vezes eram elaborados alguns quadros de autoria própria, como este. Apostava sobretudo na educação para a saúde, em particular no sentido do diagnóstico precoce. Fonte: *A Saude*, 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<sup>427</sup>. 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).

---

<sup>427</sup> 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.

## O PERIGO DO CANCRO



O cancro ataca os homens em pleno vigor físico e as mulheres na idade da maternidade. Não respeita ricos nem pobres e as pessoas mais saudáveis não estão ao abrigo das suas garras.

**Figura 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<sup>428</sup>.

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»<sup>429</sup>.

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

---

<sup>428</sup> Os exemplos são vários. O caso particular de Abílio Lopes do Rego é um deles, que por várias vezes doou somas muito significativas ao IPO, ao longo dos anos 40 e 50, tendo inclusive financiado o Laboratório de Radioisótopos, baptizado com o seu nome. «Do legado feito pelo grande benemérito Abílio Lopes Rego a várias instituições de assistência portuguesa coube a importância de 500 contos ao IPO. Abílio Lopes Rego fez grande fortuna em Angola e distribuiu-a por instituições de cultura, educação e assistência». In *Hospitais Portugueses*. Ano 1, n.º 1 (Julho a Setembro de 1948), p. 49.

<sup>429</sup> 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»<sup>430</sup>.

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, emplastos, 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*<sup>431</sup>.

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,

<sup>430</sup> 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.

<sup>431</sup> 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 numa 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<sup>432</sup>.*

*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 fazê-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 tumefacção do hombro e braço e, cerca de 15 dias depois, a pele ulcerase, 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.º 9<sup>433</sup>.*

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-

<sup>432</sup> 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.

<sup>433</sup> 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 às suspeições, às malaventuras que tais conselhos envolvem»<sup>434</sup>.

A desinformação causada pelas práticas destes pseudo-terapeutas minava a credibilidade da luta anticancerosa, factor de forte desestabilização dos esforços da medicina científica, aspecto referido com muita frequência. As páginas do *Boletim* serviam amiúde para debelar uma realidade ainda enraizada no seio da sociedade portuguesa, servindo frequentemente como instrumento desmistificador e agente de promoção da medicina científica e de educação para a saúde, face ao que se pode apodar de curandeirismo endémico e de ignorância generalizada:

*Acusam também o rádio e os raios X de fazerem mal e só mal aos doentes cancerosos, queimando-os e tirando-lhes força para resistirem ao cancro! Os autores destas campanhas permitem-se atribuí-las a médicos!! Não é verdade, o meio médico português é culto e isso garante a falsidade da acusação, são processos usados e proveitosos só para curandeiros*<sup>435</sup>.

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<sup>436</sup>.

Ainda antes da introdução de medidas legislativas severas contra a prática ilegal da medicina, o que só teriam lugar em 1942<sup>437</sup>, 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.

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

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

<sup>436</sup> 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.

<sup>437</sup> 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<sup>438</sup>, 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 «descobrimientos», obra por vezes de médicos, são vulgarizados na Imprensa, que contribui assim para dar uma falsa esperança a tantos doentes que poderiam ser salvos pelos meios usuais, se não tivessem tido a infelicidade de ler essas notícias em jornais pouco escrupulosos<sup>439</sup>.*

*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<sup>440</sup>.*

*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<sup>441</sup>.*

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 Diretiva do Instituto acabaria por revelar os reais e subliminares propósitos do charlatão. Neste

<sup>438</sup> «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.

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

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

<sup>441</sup> 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<sup>442</sup>, tema que também era utilizada pelos que viviam de práticas pseudo-médicas paralelas à medicina científica<sup>443</sup>. 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<sup>444</sup>.*

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-

<sup>442</sup> «Explicava o bom homem terem atribuído na Câmara Municipal a médicos, a informação de ser perigoso viver perto do Pavilhão do Rádio, e tanto que o pessoal desta secção do instituto só poderia viver doze anos». In «Inconsciência ou ignorância?» *Boletim do IPO*. Vol. 1, n.º 9 (1934), p. 7.

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

<sup>444</sup> 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 ocorrido com uma suspeita, não viam esse diagnóstico confirmado. Ainda de acordo com Marck Athias, «Se (o doente) veio foi porque a propaganda o tornou cauteloso e prudente ao último grau, como aliás nós desejamos (...). Quanto maior no total fôr o número daqueles que não sofrem de doença neoplásica, quanto maior fôr também o número dos tumores benignos, tanto melhor terão sido os resultados obtidos pela propaganda»<sup>445</sup>.

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 (...)»<sup>446</sup>.

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 cancerofobia. 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*<sup>447</sup>.

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

<sup>445</sup> ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 28.

<sup>446</sup> 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.

<sup>447</sup> 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<sup>448</sup>. É verdade que a questão andou sempre no ar, mas para os médicos portugueses foi sempre preferível arrear caminho e deixar essas pseudo-preocupações de lado, tanto mais que:

*O diagnóstico precoce do cancro exige uma população esclarecida, capaz de reconhecer ou de suspeitar os primeiros sintomas da doença. Para ser completamente eficaz a luta contra o cancro, deverá resolver-se o caso o mais depressa possível. Pessoas prudentes salientam que é perigoso amedrontar a população e criar uma fobia do cancro. É preferível morrer de cancro sem o saber ou morrer conhecendo a sua doença?*<sup>449</sup>

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-*

<sup>448</sup> 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.

<sup>449</sup> «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»<sup>450</sup>.*

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»<sup>451</sup>. Mas a tomada de consciência fez-se, e disso não restam dúvidas. O sucesso da Consulta Geral de Profilaxia criada apenas em 1963 é igualmente sintomático da consciencialização da população para o diagnóstico precoce; o seu impacto foi tal, que não sendo uma consulta gratuita, existiam listas de espera consideráveis.

Única arma realmente eficaz para induzir o tratamento atempado, a necessidade do diagnóstico precoce foi talvez o único princípio dogmático da política preventiva que se firmou e perdurou no tempo, desde os primeiros anos em que tiveram início das campanhas de informação sobre o cancro, até aos dias de hoje. De tal modo assim foi que nos anos 30 o slogan «Diagnóstico precoce, cura possível» era reconhecido e aceite de modo indiscutível, tanto pela classe médica, como por uma parte crescente da população.

Se a protecção da população contra o flagelo do cancro passava pela construção de um dispositivo de tratamento altamente especializado, passava igualmente por uma evolução cultural sanitária, que se inscreve claramente na dinâmica do processo civilizacional analisado por Norbert Elias<sup>452</sup>, tal como refere Pinell<sup>453</sup>. Neste caso, é a LPCC que se implica nas campanhas de diagnóstico precoce, tendo como alvo todas as classes sociais. Apesar de serem campanhas promovidas a nível nacional, inserem-se num quadro propagandístico mais vasto, orquestrado desde 1935 pela *Union Internationale de Lutte Contre le Cancer*, à qual o Instituto aderira como membro fundador desde 1934.

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

<sup>450</sup> RODRIGUES, Álvaro – «O estado actual da luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do IPO*. Vol. 21, n.º 3 (1954), p. 7.

<sup>451</sup> NAMORA, Fernando – «Diagnóstico precoce e luta contra o cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 2.

<sup>452</sup> Cf. ELIAS, Norbert – *La Civilisation des mœurs*. Paris: Calmann-Lévy, 1975.

<sup>453</sup> 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, lisanas, etc. O seu único efeito é o desperdício de um tempo precioso.
- 3 — A Cirurgia, os Raios «X» e o Rádio são considerados em toda a parte do mundo como os principais meios de cura. As terapêuticas anti-cancerosas de novidade necessitam de muitos anos para serem 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<sup>454</sup>, 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<sup>455</sup>. 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<sup>456</sup>.

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<sup>457</sup>.

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

<sup>454</sup> 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.

<sup>455</sup> Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 8, n.º 8 (1941), p. 5.

<sup>456</sup> 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.

<sup>457</sup> 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»<sup>458</sup>, 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 Notícias*, os cerca de 15.000 visitantes e a distribuição de milhares de folhetos, constituem um número assaz representativo do impacto do evento junto do público. Para além disso, o destaque que recebeu por parte do dito jornal foi extensivo ao resto da imprensa, que não deixou de introduzir artigos ou notas de imprensa sobre o evento, um pouco por todo o país.

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<sup>459</sup>, onde incluía

<sup>458</sup> 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.

<sup>459</sup> 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 beneficentemente a sua própria imagem, ao mesmo tempo que consolidava o estatuto do Instituto a nível interno e externo.

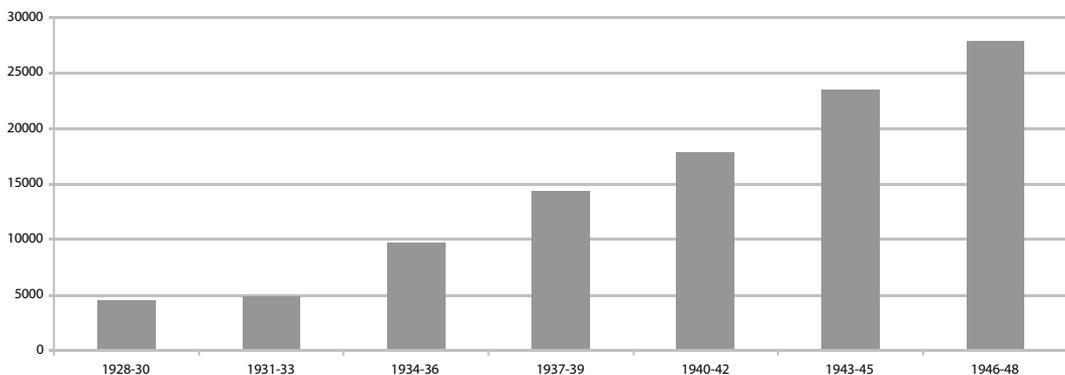
Mas a educação das populações assentava sobretudo noutras vertentes, onde a LPCC se tornara o principal agente divulgador. As publicações da Liga sobre noções básicas de luta contra o cancro começam a surgir a partir de 1942, difundindo-se posteriormente através das Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia. A partir de meados dos anos 50, começou igualmente a solicitar a colaboração do professorado primário para a divulgação da luta contra o cancro. Outra exposição se seguiu em 1954, desta vez itinerante, que percorreu o país em colaboração com uma organização publicitária e onde se distribuíram milhares de folhetos.

Num país com défices evidentes ao nível da socialização da medicina<sup>460</sup>, o cancro era encarado claramente como uma doença social<sup>461</sup>, 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.

<sup>460</sup> 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.

<sup>461</sup> 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<sup>462</sup>.

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, inculcando-lhe um sentimento de inquietação quando confrontada com sinais, que na maior parte dos casos não eram dolorosos, nem característicos, nem mesmo preocupantes.

A atitude preventiva face ao cancro assente em hábitos de vida saudável apenas se reavivou em finais da década de 60, recuperando de certo modo o ideário higienista que vigorara quase intacto desde meados de 40. É também naquela altura que o *Boletim do IPO* começa a incluir um número crescente de artigos que apontam o consumo de tabaco e a exposição à radiação solar como factores de risco a evitar num contexto de vida saudável.

---

<sup>462</sup> 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<sup>463</sup>.

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.

---

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

