

CAPÍTULO III

A ESTRUTURAÇÃO DO IPO NA GÊNESE
DA LUTA CONTRA O CANCRO

1. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA: UM PROJECTO FUNDADOR SOB O SIGNO DA MODERNIDADE

E Mestre Gentil permanece porque foi arquitecto, obreiro e dinamizador de uma empresa que desafia um gigante: a luta anticancerosa entre nós. Partindo do nada (...) usando com sagacidade e altivez a arma do seu prestígio, visto que era príncipe nas hostes da medicina, ergue um Instituto de Oncologia que, pelas suas rasgadas concepção e proporções, nos abria os olhos para a gravidade do problema que se propunha enfrentar, ao mesmo tempo que, atestando a visão de quem o delineara, revolucionava, em Portugal, as perspectivas hospitalares⁴⁶⁴.

FERNANDO NAMORA

Seguir a história de uma instituição anticancerosa permite-nos verificar como evoluíram os diferentes domínios do campo científico, mas também permite compreender como se desenrolou a evolução de uma estrutura no intersectar de diferentes relações de conjuntura política e social. O projecto da luta contra o cancro pode inserir-se numa conjuntura maior, que passava igualmente pela necessidade de aperfeiçoamento da função assistencial, onde predominava a concepção hospitalar, e pela criação de condições docentes que permitissem, a par do desenvolvimento científico, uma evolução progressiva na preparação e educação das futuras gerações de médicos. A experiência que Francisco Gentil vivenciara durante o curso de medicina, e ainda nos primeiros anos como médico nos hospitais civis de Lisboa, foram determinantes para os projectos de reforma hospitalar que posteriormente ficariam sob a sua orientação.

Mas no que tocava ao cancro, fazer um decreto não significa automaticamente transformar da noite para o dia a luta contra a doença. Desde o decreto fundador emanado em 1923 que se empreendeu um caminho constante e paulatino na planificação de todo um projecto onde a figura de Francisco Gentil se destacou como símbolo de liderança de um esforço colectivo que ainda hoje continua a ter o seu nome inscrito na própria obra que criou.

A partir do momento em que assumiu os destinos do Instituto, e fruto das condições político-financeiras que conseguiu habilmente garantir, tornou-se no *patron* indiscutível e intocável de um espaço hospitalar que tinha todas as marcas do seu sentido empreendedor. Não pôde realizá-lo no imediato nem na totalidade, fruto da ausência de subscrições públicas e de doações particulares de grande alcance. De facto, será apenas no final dos anos 20 que consegue obter de Oliveira Salazar o financiamento e apoios necessários à erecção dos principais edifícios que haviam de constituir uma estrutura hospitalar especializada, e em todos os sentidos, modelar no propósito a que se destinavam.

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

Os traços de uma personalidade controladora e autoritária, mas com uma apurada visão de modernidade científica, estão na base de um personagem que soube granjear as amizades políticas e conseguir os meios necessários à consolidação de um projecto, que não sendo exclusivamente seu, lhe devia quase tudo. Esta visão e espírito científico também têm na sua génese o conjunto notável de professores universitários de quem soube beber a influência clara da modernidade e da projecção de uma medicina em rápida mutação. Nomes ainda hoje referenciais nos anais da história da medicina portuguesa, como foram os de Câmara Pestana, José António Serrano, Miguel Bombarda, Curry Cabral, Alfredo da Costa, Ferraz de Macedo, Oliveira Feijão ou Ricardo Jorge; todos contribuíram para a formação de um médico que se distinguiu claramente durante o curso de medicina, e que em breve se tornaria o cirurgião de maior renome em Lisboa. Para além da influência de cariz científico dos mestres que o formaram, existe outro componente a não menosprezar: o da filosofia republicana em torno da higiene e medicina social, que muitos dos seus professores da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa partilhavam e acesamente defenderam. Tudo isto influenciou o seu modo de ver a nova medicina em geral e a luta contra o cancro em particular.

Neste sentido, reconheceu a necessidade de colocar todos os meios, fossem eles económicos, clínicos, higiénicos e educativos, na criação de um ambiente de bem-estar social, de progresso sanitário e de generalização da assistência médica a todos os cidadãos. Isso implicava a adopção de modernas técnicas de medicina social e de educação sanitária, mas que na sua base requeria a adesão formal ao princípio do primado da assistência médica preventiva sobre a assistência médica curativa, mas sem nunca deixar de colocar forte ênfase nesta última. Com efeito, Francisco Gentil defendeu uma ideia de medicina legitimada pelo espaço laboratorial, mas também uma maior intervenção do Estado na promoção de um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Também fomentou técnicas cirúrgicas ousadas, bem como as novas noções de cirurgia, – a desinfecção, o estudo laboratorial e o apoio directo do anátomo-patologista – práticas que em muito permitiram ao Instituto funcionar como verdadeira referência hospitalar em Portugal. Justamente se pode considerar um personagem à frente do seu tempo, com uma visão esclarecida sobre os novos caminhos da medicina e das políticas de saúde do pós-guerra, o que também se tornou patente na escolha e captação dos seus colaboradores mais directos. Esta constatação, mais do que o resultado de uma análise feita *a posteriori*, era igualmente partilhada pelos seus coevos, que apesar de referirem sem reboço o seu temperamento «difícil», destacavam de igual maneira a sua visão prospectiva.

Bissaya Barreto, que desde 1935 começara a frequentar o Instituto, mas que se correspondia com Gentil pelo menos desde 1932, não deixou de lhe apontar uma certa irreverência, se bem que não deixava de recordar que para além das «(...) conversas de utilidade científica com o Senhor Professor Francisco Gentil, havia o convívio agradável da sua palestra, por vezes irreverente, mas sempre com interesse»⁴⁶⁵.

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

Fernando Namora, clínico rural que Francisco Gentil acolhera no Instituto e nele trabalhou largos anos, não deixou de traçar o perfil de um visionário sem cargos nem responsabilidades governativas, o que não significa que não tivesse tido um respaldo político decisivo ao seu projecto, tanto mais que o projecto anticancerosos suscitou e foi foco de tensões e reticências nas esferas do poder. Mas reconheceu-lhe sobretudo o facto de ter desenvolvido um projecto à altura das necessidades impostas pela patologia oncológica, e com um particular sentido da oportunidade para o concretizar.

Toscano Rico ressaltou o seu carácter «(...) apaixonado, com um temperamento que lhe tornava o trato, por vezes, difícil»⁴⁶⁶. Ao recordar este forte temperamento e personalidade disciplinadora, Luís Botelho definiu-o como «(...) um homem muito atento, com grande capacidade de assimilação, dominador e um grande cirurgião que, mesmo, com 80 anos ainda se gabava de não lhe tremerem as mãos e de não as ter suadas»⁴⁶⁷. Com efeito, os seus créditos haviam-no tornado no grande cirurgião da capital, fama que manteve durante cerca de 50 anos, e que em meados dos anos 20 lhe valiam o reconhecimento público e generalizado como «o nosso grande mestre cirúrgico»⁴⁶⁸.

Mas seria também pelo sentido humanista e pela preocupação com os cidadãos de menores proventos que ficaria recordado, pela primazia que reservava ao doente oncológico desfavorecido, expressa numa frase sua que ficaria famosa: «Os doentes que não trazem carta de apresentação são recomendados pelo Director». Com efeito, o estatuto do doente/rei era uma novidade quase absoluta, reflectindo as premissas interiorizadas pelo próprio Gentil e explanadas naquilo que considerava serem os «Superiores interesses dos cancerosos»⁴⁶⁹. Este estilo de comportamento ficou associado desde sempre ao Instituto; imagem granjeada de um trato diferenciado, quando em comparação directa com outras realidade hospitalares coevas. Esta atitude derivava, no dizer do próprio director, do facto de: «os doentes imperarem em toda a vida do Instituto: eles governam nas enfermarias, médicos e pessoal administrativo»⁴⁷⁰.

Esta filosofia não é senão a interiorização dos princípios do hospital «toutes classes», lugar onde «o senhor do hospital é o doente»; pensamento hospitalista do pós-guerra que em Portugal só se generalizaria muito mais tarde, com a conclusão em finais dos anos 50 dos novos hospitais escolares de Lisboa e Porto, nos quais a mão de Gentil também se fez sentir, mormente nas áreas da filosofia do tratamento e do planeamento estrutural. Com

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

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

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

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

⁴⁷⁰ Cf. «Discurso do Sr. Prof. Dr. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na sessão em que foram entregues diplomas às primeiras enfermeiras da sua Escola Técnica». *Boletim da Assistência Social*. N.º 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945), p. 199.

uma visão eclética do que devia ser a oncologia emergente, lançou ideias e colocou em marcha um projecto que entusiasmou um grupo seleccionado de colaboradores num esforço tendente a conduzir o recém-criado IPEC a um nível comparável ao que de melhor se fazia no mundo.

Na primeira reunião da comissão directora do Instituto Português para o Estudo do Cancro⁴⁷¹, que teve lugar no dia imediato ao decreto fundador, o presidente tratou de dar andamento imediato ao plano que entretanto preparara, organizando o Instituto em cinco secções, divididas pelos cinco directores que constituíam a comissão:

- I) Parte clínica (Francisco Gentil)
- II) Estatística e propaganda (João de Magalhães)
- III) Investigação científica (Marck Athias)
- IV) Secção de anatomia patológica (Henrique Parreira)
- V) Secção de radiologia (Bénard Guedes)

De uma penada, definia-se um plano perfeitamente adequado ao pensamento da época para o combate ao cancro, e do qual ainda hoje somos devedores. Estabeleciam-se as áreas fundamentais para um combate que teria de ser feito em simultâneo nas frentes da clínica oncológica, do ensino médico, da estatística, da propaganda e da investigação de ponta. Tal como o decreto n.º 9.333, este plano pode ser considerado pioneiro, uma vez que antecipa em mais de meio século, as definições e orientações provenientes da União Internacional Contra o Cancro e da Organização Mundial de Saúde.

Basicamente, foi traçado com base em princípios muito emergentes e pioneiros para a época, mas com os olhos postos nas bases intemporais de John Howard e Samuel Whitebread, exaradas em 1792 para o Middlesex Hospital. Mas as semelhanças terminavam aí.

Como o próprio Francisco Gentil referiria mais tarde, foram as influências da escola de cancerologia francesa representada por Claudius Regaud, a par dos princípios do *Institut du Cancer* de Villejuif em Paris, das relações com as bases de Handley e do *Radiumhemmet* de Estocolmo, às quais se devia em larga medida a orientação da luta contra o cancro em Portugal. A par destes, acompanhava ainda com toda a atenção outros projectos coevos em fase de instalação, tais como o *Instituto do Cancer do Brasil*, o *Instituto Nazionale Vittorio Emanuele III* em Milão, e ainda a sua congénere argentina em Buenos Aires. Apesar de estar longe dos grandes centros científicos do seu tempo, como eram Paris, Berlim ou Londres, não estava de nenhum modo alheado do que nesses centros se passava.

Conquanto o projecto que elaborou fosse da sua autoria, recebeu também a influência do projecto de João Marques dos Santos, no qual se encontravam delineadas as linhas

⁴⁷¹ Cf. a acta n.º 1, reproduzida em BOTELHO, Luís da Silveira (coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 19.

mestras de organização que Gentil também perfilhava, mormente as premissas que atribuíam ao Instituto as diferentes funções de tratamento, ensino e investigação⁴⁷².

A expansão também estava prevista, mas numa fase diferente da vida do Instituto, quando o centro lisboeta estivesse a funcionar de modo totalmente operante. A ausência de verbas nos primeiros anos, foi factor de certa desconfiança quanto à real vontade política de investir nesta área, ainda mais quando estava planeado um projecto reconhecidamente ambicioso:

Se conseguirmos construir o Instituto, como o concebemos e vamos apresentar, teremos, para completar a obra de luta contra o cancro em Portugal, de criar dispensários e asilos no Porto, em Coimbra, em Portalegre e no Algarve. E, se o auxílio prestado ao Instituto for suficiente para realizar a obra planeada, a educação, a propaganda e o diagnóstico precoce, como a terapêutica dos casos de neoplasia, devem salvar vidas bastantes para o seu valor económico ser superior ao capital dispendido com a luta contra o cancro⁴⁷³.

No pensamento de Gentil, o exame e tratamento dos doentes implicava o trabalho coordenado de várias especialidades, de diferentes tipos de laboratórios postos ao serviço do diagnóstico e tratamento, da introdução de aparelhos especiais de raios X e do uso de radium, obrigatoriamente inseridos num panorama de abordagem médica colectiva.

A participação regular dos membros da comissão directora nas mais importantes e referenciais conferências e reuniões internacionais dedicadas ao problema do cancro, teve um papel igualmente determinante na consolidação das linhas orientadoras do novo organismo de luta contra o cancro (ver o quadro 14). A formação dos médicos e técnicos, nas suas diferentes especializações, também passou pelo mesmo processo.

Em consonância com uma abordagem completa e integrada, o projecto de Carlos Ramos contemplou as linhas traçadas pela comissão directora. Planeado para possuir um pavilhão central e vários edifícios de apoio, incluiria um arquivo, serviços administrativos, serviços de estatística e propaganda educativa, museu, secção de publicações, biblioteca, sala de conferências, secção de assistência social, consultas, laboratórios de diagnóstico e de investigação, secções de física e patologia experimental (secções de zoologia e botânica), secção de terapêutica com raios X e rádio, um asilo-hospital, um hospital de cirurgia, serviços de anatomia patológica e instalações para as enfermeiras e médicos internos. Teria 14.442 m² de área construída⁴⁷⁴. A escala de uma estrutura desta natureza implicava um

⁴⁷² Cf. o projecto do professor de patologia da Universidade de Coimbra em SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 15-33.

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

⁴⁷⁴ Para uma pormenorização de toda a estrutura planeada vejam-se as plantas pormenorizadas do projecto em GENTIL, Francisco – «O Instituto: plantas e descrição». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 15-31.



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

Quadro 14: Participação de membros da comissão directora e outros colaboradores do IPO em reuniões científicas internacionais (1923-1939)

1923	Congresso do Cancro – Estrasburgo	Francisco Gentil e Marck Athias
1923	Congresso do Cancro – Bruxelas	Francisco Gentil, Marck Athias e Henrique Parreira
1928	Conferência Internacional do Cancro – Londres	Marck Athias
1929	Congresso Hispano-Português de Urologia	Henrique Parreira
1930	Congresso de Patologia Comparada – Genebra	Henrique Parreira
1930	IX Congresso Italiano de Radiologia Médica – Turim	Bénard Guedes
1931	III Congresso Internacional de Radiologia – Paris	Corte-Real
1931	Jornadas médicas da Galiza – Vigo	Francisco Gentil, Henrique Parreira e A. Ródo
1933	Jornadas médicas da Galiza – Lugo	Francisco Gentil, Henrique Parreira e Manuel Prates
1934	IV Congresso Internacional de Radiologia – Zurich	Marck Athias
1935	Jornadas médicas da Galiza – Orense	Francisco Gentil e Henrique Parreira
1935	Semana do Cancro em Vigo	Francisco Gentil e Henrique Parreira
1935	Congresso Hispano-Português de Urologia – Cadiz	Henrique Parreira
1936	II Congresso de Luta Científica e Social contra o Cancro – Bruxelas	Marck Athias e Henrique Parreira
1937	Congresso da Academia Internacional para o Aperfeiçoamento Médico – Berlim	Francisco Gentil, Marck Athias e Maria Teresa Furtado Dias

1938	Reunião da Comissão de Classificação anátomo-clínica dos tumores da UICC – Paris	Henrique Parreira
1939	3.º Congresso de Luta Científica e Social contra o Cancro	Francisco Gentil
1939	Jornadas Cancerológicas de Liège	Maria Fernanda Marques, Maria Teresa Furtado Dias e Manuel Prates

Fonte: Recolha efectuada a partir das indicações sobre estes eventos, presentes nos periódicos *Arquivo de Patologia* e *Boletim do IPO*.

sólido financiamento, extensível a uma adequada manutenção, implicando custos de operação que o sistema hospitalar português conheceu até então.

Eram muitos os elementos que concorriam para tornar o novo hospital numa estrutura dispendiosa: o amplo espaço físico, pensado como «fábrica de cura»⁴⁷⁵ ao estilo preconizado por Claudius Regaud e no qual Gentil se inspirou; e por outro os custos com equipamentos, maquinaria de radioterapia e radium, negociado nos mercados internacionais a preços exorbitantes. Acresciam os custos anuais com o pessoal, e ainda as despesas inerentes à substituição regular dos frágeis e previsivelmente obsoletos equipamentos de radioterapia, cujo preço não parava de aumentar. A rentabilidade era um problema a considerar, mesmo quando se lhe contrapunham os esperados benefícios sociais resultantes da poupança esperada de «muitas vidas», que de outro modo não se poderiam ter salvo. Nesse aspecto, as estatísticas eram factor de desempate, pesando de sobremaneira na decisão a favor do investimento.

Apesar da multiplicidade de funções atribuídas ao Instituto, e o facto de se considerar o cancro como uma séria ameaça sanitária, não se atribuíram as verbas consideradas fundamentais à execução das estruturas hospitalares. O decreto 9.333 não teve a desejável execução imediata, como aliás se previa. As dificuldades financeiras e alguns entraves no parlamento foram adiando a disponibilização das verbas necessárias. Apesar da existência legal desde 29 de Dezembro de 1923, o IPEC teve ainda de arrastar os seus serviços por enfermarias e laboratórios afectos à Faculdade de Medicina de Lisboa, coisa que já fazia desde 1912. Não só dependia do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade, como necessitava ainda dos préstimos do Instituto Português do Rádio para realizar a curioterapia e röntgenterapia profunda dos seus doentes, uma vez que o serviço de radiologia do Hospital de Santa Marta não possuía nem rádio, nem aparelhos ultra-penetrantes, e ainda por aquela instituição providenciar o tratamento gratuito de todos os cancerosos que o IPEC regularmente lhe remetia.

⁴⁷⁵ Expressão usada por Bergonié em 1923 para resumir o que se esperava dos centros anticancerosos, e que plasmava uma parte do pensamento de Claudius Regaud sobre a organização da luta contra o cancro. Cf. BERGONIÉ, J. – «Comment doit être organisé les centres régionaux de lutte contre le cancer». *Paris Médical*. 48 (1923), p. 146-149.

Esta dependência do Instituto em termos de estruturas e serviços, era o resultado de uma organização demasiado interligada com as estruturas hospitalares da faculdade de medicina, de tal modo que nos primeiros anos, e até ao momento em que passou a dispor de um edifício próprio e autónomo, «O que caracterizou o Instituto Português para o Estudo do Cancro e lhe tem permitido desenvolver-se sem encargo para o Estado, nem dotações especiais, é o aproveitamento e a coordenação dos vários serviços hospitalares e escolares. Quanto à sua estrutura geral aproxima-se mais da organização do Middlesex Hospital de Londres do que da grande maioria das instituições estrangeiras com instalações próprias e independentes»⁴⁷⁶.

Mas para as múltiplas tarefas e obrigações que se lhe impunham, as instalações da 1.ª Clínica Cirúrgica eram repetidamente reconhecidas como insuficientes, tendo servido cumulativamente para o ensino da terapêutica cirúrgica. Em 1925, possuía uma consulta externa, quatro enfermarias, duas salas de operações, dois laboratórios, uma sala de aulas, um museu e alguns anexos.

Na consulta externa, especialmente a cargo do Chefe de serviço e de dois assistentes livres, existem duas salas de exame clínico – uma sala para homens e outra para mulheres –, e uma sala para exame dos cancerosos, colheitas de sangue, biopsias e arquivo das observações da consulta. É o laboratório da 1.ª clínica que serve a consulta externa do serviço. No serviço há 4 salas de 26 camas, cada sala a cargo de um segundo assistente, auxiliado por um assistente livre. Além disso, o pessoal clínico do serviço garante a assistência nos casos de urgência, levados ao hospital ou ocorrendo em doentes já hospitalizados, às 3.as, 5.as e sábados e nos 1.º e 4.º domingos de cada mês. Cada grupo de dois assistentes tem por semana 24 horas de serviço de urgência, além da assistência clínica da sua sala e do auxílio prestado no ensino dos alunos (...)»⁴⁷⁷.

A insuficiência do espaço, levou à planificação de várias modificações até que o IPEC pudesse finalmente dispor de instalações próprias. Passariam quatro anos de uma planificação intensa para que se procedesse à inauguração do primeiro pavilhão independente do hospital escolar, onde se começou de facto a prestar assistência médica aos doentes oncológicos. A falta de verbas protelou durante esse período a concretização do projecto, conquanto o ministro que tutelava a pasta da Instrução, e como tal do Instituto, admitisse em 1925 que as estatísticas mostravam a extensão da mortalidade produzida pelo cancro e justificassem a necessidade de manter os organismos entretanto criados, tornando-os em centros de luta contra «esta terrível doença»⁴⁷⁸.

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

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

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

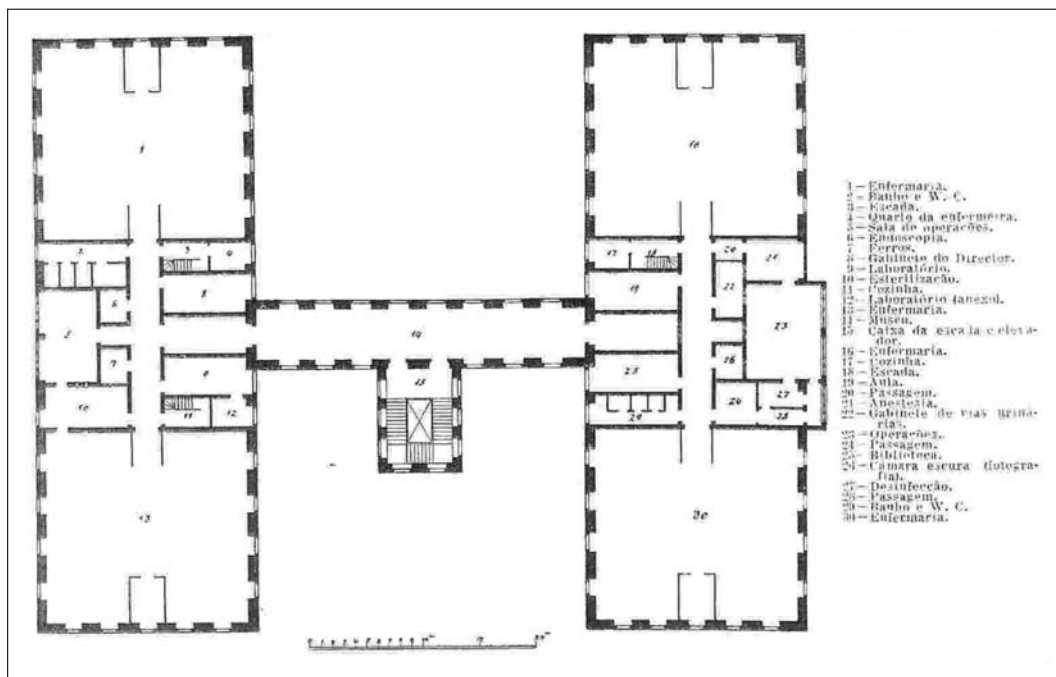


Figura 11: Planta da 1.ª Clínica Cirúrgica em 1925, antes das modificações previstas. Trata-se de um serviço com 4 enfermarias de grandes dimensões, a que faltavam quartos de isolamento, salas de diatermia e electrocoagulação, e ainda laboratórios particularmente affectos ao estudo dos doentes oncológicos.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

Outro problema era a falta de material terapêutico: rádio. Paradoxalmente, cerca de um terço dos que frequentavam a consulta externa do Hospital de Santa Marta não podiam ser convenientemente tratados pelo recurso à telecurieterapia, morrendo sem tratamento «(...) por terem nascido no único país que exportava rádio até à recente exploração das minas do Congo Belga»⁴⁷⁹. Desde os fins de 1923 a Outubro de 1927 tinham-se tratado no Hospital Escolar, com o apoio de entidades particulares, 1122 cancerosos com recurso ao rádio, e 56 com raios X ultrapenetrantes. Mas ao número daqueles que ali acudiam era superior às disponibilidades, sobretudo para os doentes de menores recursos económicos. O tempo de espera podia chegar a ser de duas ou mais semanas, antes que se pudesse aplicar o tratamento pelo rádio⁴⁸⁰.

⁴⁷⁹ Preâmbulo que antecede o Decreto n.º 13.098, de 24 de Janeiro de 1927.

⁴⁸⁰ Cf. o Decreto n.º 13.098, de 24 de Janeiro de 1927.

As primeiras verbas para a aquisição dos terrenos de Palhavã foram provenientes do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral, que para tal contraíram um empréstimo na Caixa Geral de Depósitos em Janeiro de 1927, o que permitiu também a construção do primeiro pavilhão⁴⁸¹. De novo as conexões políticas permitiram o desbloqueamento de fundos, na pessoa de João Luis Ricardo, do ministro das finanças Sinel de Cordes e de João Ulrich. Os primeiros 4.000.000\$00 foram utilizados para a compra de terrenos e construções necessárias à instalação do Instituto, bem como para a aquisição do material de raios X e o precioso rádio.

A opção por privilegiar a aquisição da aparelhagem técnica e do rádio, levou a uma reformulação do projecto original, quando se reconheceu que a verba seria insuficiente para o concretizar em toda a sua magnitude. O dilema colocado entre a possibilidade de criar os alicerces de um projecto cuja conclusão seria incerta, ou concentrar os esforços disponíveis, foi a pedra de toque que condicionou uma opção forçada por possibilidades financeiras importantes, mas ainda limitadas.

A verba era importante e com ela já se podia construir um belo edifício ou lançar os alicerces de toda a obra necessária e arrastar por muitos anos a construção, que ao fim surgiria (quantos anos depois?) já velha em relação aos heccimentos da época de acabamento do edifício, possivelmente magnífico, mas talvez inútil⁴⁸².

Os custos do rádio e sua aparelhagem sorveram 1.603 contos, que juntos aos 630 contos necessários aos trabalhos de preparação do terreno e estudos, deixavam muito pouco para dar corpo às demais estruturas hospitalares⁴⁸³. Optou-se então pela construção de dois pavilhões, equipados com aparelhos de rádio e raios X suficientes para tratar todos os doentes previstos. O primeiro, conhecido como Pavilhão A, ficou concluído em seis meses, onde começaram a funcionar os serviços de röntgenterapia, diatermia e o dispensário, a partir de 29 de Dezembro de 1927.

Possuía, a título provisório, quatro cabines de röntgenterapia, uma de radiodiagnóstico, dois laboratórios (um de histopatologia e outro de microanálise) e as salas de consultas. Foram adquiridos 1.800 mg de radium, um aparelho de diatermocoagulação Thermo-flux, e ainda dois aparelhos Siemens Reiniger Veifa para aplicação de raios X ultra-penetrante. A compra do dispendiosíssimo radium foi fortemente comparticipada pelo Governo que adquiriu os primeiros 1.500 mg, sendo os restantes 300 mg oferecidos pelo «Radium

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

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

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

Belge» através do intermédio e influência de João Ulrich. Apesar de criado pela letra da lei em 1923, só em 1927 pôde o Instituto inscrever e tratar o seu primeiro doente.

Voltado inicialmente para a secção clínica, o tratamento dos doentes absorveu as atenções de todos, dada a urgência de organizar um centro de tratamento eficaz. Apesar da maior pressão assistencial ser proveniente de doentes incuráveis, o impulso profissionalizador do Instituto afastou-o da habitual tradição asilar, inserindo-o num novo modelo hospitalar medicalizado, assente numa concepção da medicina que não se reduzia aos interesses profissionais de cada especialidade. Pelo contrário, o esquema organizacional do centro anticanceroso português era um modelo de colaboração entre áreas distintas mas afins nos objectivos curativos e científicos que perfilhavam, e não tanto um projecto corporativista elaborado para proteger um grupo profissional específico.

Seguiu-se um outro pavilhão, em tudo semelhante ao anterior, e dois anos mais tarde o Pavilhão B encontrava-se terminado. Era o local onde passariam a funcionar as consultas gerais e de especialidade; ginecologia, otorrinolaringologia, urologia e dermatologia. Este último espaço foi igualmente o local onde se instalou a administração, ao tempo, a mesma do hospital escolar. Seria a partir daqui que iriam começar os trabalhos ligados à investigação oncológica, depois da atribuição de novos fundos pela Junta da Educação Nacional.

Conseguidos novos créditos junto do Governo dois anos mais tarde, em 1933, e fruto da sedimentação da radioterapia como instrumento terapêutico, concluía-se o maior de todos os edifícios: o Pavilhão do Rádio, onde se efectuariam os tratamentos de curieterapia. O plano elaborado desde 1926 foi revisto em 1928, fruto do aumento exponencial de doentes atendidos desde a abertura dos primeiros pavilhões. Destinado a doentes provenientes de todos os cantos do país, incluindo as províncias ultramarinas, o espaço disponibilizado pelos dois pavilhões foi-se tornando exíguo para o número crescente de atendidos. A análise da actividade assistencial levada a cabo reflecte o papel da crescente procura por parte dos doentes, elemento decisivo no processo de captação de recursos públicos e privados para a aquisição de novos equipamentos e incremento das infra-estruturas.

A reorientação da planificação das estruturas físicas e materiais, esteve na base de uma viagem realizada por Marck Athias e Carlos Ramos entre Fevereiro e Abril de 1929, com o objectivo de visitar alguns dos principais centros anticancerosos da Europa. O percurso delineado permitiu um contacto directo com múltiplas instituições em França, Suíça, Alemanha, Dinamarca, Holanda, Bélgica e Espanha⁴⁸⁴.

O conteúdo do relatório resultante desta viagem fornece-nos um quadro geral sobre o estado da luta contra o cancro no plano europeu, bem como do posicionamento da instituição portuguesa nesse âmbito. A variabilidade era a regra, de tal modo que os processos empregues no combate à doença variavam de país para país, de cidade para cidade, e inclu-

⁴⁸⁴ Cf. ATHIAS, M.; RAMOS, C. – «Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 85-132.

sive dentro do mesmo burgo. Se bem que existia uma ideia genérica sobre a organização e meios técnicos a atribuir a um centro anticanceroso, as diferenças eram muitas: se alguns eram construídos de raiz, sob a égide de uma orientação médica sensibilizada para objectivos de tratamento e investigação, outros não eram senão o resultado de readaptações e da reformulação de estruturas pré-existentes, aproveitando serviços e dependências de outras instituições, sobretudo de hospitais universitários ou faculdades de medicina. Alguns eram completos, congregando todas as valências, noutros utilizava-se o que já existia para aí realizar serviço anticanceroso, completando as instalações com o equipamento julgado adequado. Em algumas cidades, apesar dos tratamentos cirúrgicos serem feitos nas clínicas hospitalares gerais, criaram-se Institutos de rádio e de radiologia destinados aos tratamentos.

Das palavras dos relatores, é relativamente fácil depreender algum atraso nacional relativamente a muitas destas estruturas já em pleno funcionamento, sobretudo em França e na Alemanha, mas também é de destacar que os problemas de financiamento não eram apanágio exclusivamente lusitano, existindo também nesses países, sobretudo na Alemanha, que se encontrava a braços com o fardo das pesadas sanções económicas decorrentes do pós-guerra. Se alguns centros eram nitidamente modelares, alguns deles ainda em fase de construção, uma parte das estruturas hospitalares desses dois países mostravam as marcas de uma situação financeira por vezes difícil, o que surpreendeu em alguns casos a comitiva portuguesa. A antiguidade e exiguidade dos espaços, a fraca dotação de radium, para além dos evidentes sinais de dispersão de recursos e competências, eram outros dos reparos efectuados ao caso alemão. A descentralização era mais visível em Paris, onde para além dos pequenos serviços anticancerosos instalados em vários hospitais gerais, existiam ainda o Instituto do Cancro da Faculdade de Medicina, o Centro Anti-Canceroso da Salpêtrière e a Fundação Curie. A única vantagem aparente deste espalhar de locais de trabalho, estava na multiplicação de centros de investigação, que se perfilavam sem dificuldade entre os melhores do mundo na altura.

Noutros países, a concentração dos recursos era a norma, sobretudo naqueles de menor dimensão, como a Suíça, a Dinamarca e a Bélgica, descritos e apontados como modelares, onde a participação estatal no financiamento era elevada. O caso espanhol, materializado pelo *Instituto Príncipe de Astúrias*, recolheu igualmente uma opinião muito favorável, por estar em consonância com os mesmos princípios que caracterizavam o plano português.

A reformulação do projecto de Carlos Ramos teve em consideração toda uma série de lições aprendidas ao longo desta viagem, permitindo adequar arquitectónicamente o futuro pavilhão às necessidades impostas pela progressão das tecnologias dos raios X e do rádio, mas também das necessidades de investigação.

O forte investimento que se seguiu em 1931, com recurso a verbas que lhe foram destinadas pelo ministro do interior Antunes Guimarães⁴⁸⁵, permitiu a construção do edifício

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

que seria durante muitos anos a imagem de marca da luta contra o cancro no país: o Pavilhão do Rádio. Quando este inovador pavilhão foi inaugurado, dava-se corpo a uma estrutura realizada de acordo com as normas internacionais de protecção contra radiações de rádio e raios X, estabelecidas em 1928 aquando do II.º Congresso Internacional de Radiologia realizado em Estocolmo⁴⁸⁶. Estrutura modelar de quatro pisos, o edifício aumentava a capacidade de internamento e tratamento dos doentes, compreendendo enfermarias com quartos de duas, quatro ou seis camas, salas de operações e de consultas, central de esterilização e de radiodiagnóstico, bem como os laboratórios, uma biblioteca, cozinha e alojamentos para o pessoal. A modernidade impressa no equipamento do edifício transmitia uma forte ideia de progresso, que não deixava os jornalistas indiferentes, impressionados que ficaram com «(...) a maravilhosa sala de operações, verdadeira sinfonia de metais cromados, apetrechada com a aparelhagem mais moderna e mais perfeita; a câmara de radiografias, a sala de extracção de emanação de rádio e de manipulação de moldes, a biblioteca, enfim, – são instalações modelares, onde existe o mais moderno material de tratamento e estudo»⁴⁸⁷.

Um terraço, que funcionava como solário, completava a estrutura. O objectivo era o de combater pela exposição ao sol as anemias provocadas pelas radiações.

A protecção do pessoal contra as radiações constituiu um problema a que a comissão directora se mostrou particularmente atenta. Não só se seguiram as recomendações emanadas do referido congresso, mas ainda as orientações da Sociedade Radiológica Alemã sobre o modo de proteger os trabalhadores contra substâncias radioactivas, bem como a conservação e armazenamento das mesmas. Foi nestas orientações que se construiu o edifício, tanto na secção destinada aos cofres, à preparação da emanação, ao laboratório de física e de medidas, à preparação da aparelhagem de aplicação e ao próprio monta-cargas de transporte dos aparelhos com radium ou emanação. O isolamento dos laboratórios de investigação científica em que o radium podia ser utilizado, também foi sujeito à aplicação das mesmas normas protectoras.

O objectivo foi desde logo estabelecer condições óptimas, tanto para os doentes como para os profissionais, permitindo ainda todo o trabalho experimental a realizar em torno do radium. O próprio radium, conservado num cofre-forte encontrava-se em lugar afastado e fechado em células de chumbo de espessura variável, de acordo com a dose de material radioactivo que continham. Nas salas das bombas de extracção e de preparação da solução de radium, o pessoal que trabalhava na vizinhança encontrava-se protegido por forte blindagem. Após numerosos testes, Bénard Guedes concluiu que uma parede de 16

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

⁴⁸⁷ LOPES, Norberto – «Tem dez anos de vida o instituto Português de Oncologia e inestimáveis serviços prestados à população e à ciência». *Diário de Lisboa*. (18 de Dezembro de 1937). In *Boletim do IPO*. Vol. 5, n.º 1 (1938), p. 7.

cm de espessura composta por uma mistura de cimento e barita absorvia 95,6% das radiações gama, o que permitiu baratear os custos com as protecções de chumbo, e tornar original a solução construtiva portuguesa. Para as salas que teriam de conter o radium, optou-se então por uma solução que tivesse paredes com esta composição. As paredes filtrantes das radiações possuíam nada menos que 7 camadas: duas externas de reboco com 2,5 cm cada, duas de cimento armado com 7 cm cada, duas de cortiça com 2,5 cm cada, e uma interna de barita com 16 cm de espessura. Estas instalações foram localizadas num rés-do-chão isolado, por filtros, da zona de consulta externa instalada no andar acima, onde ficava a entrada do pavilhão.

O exigente teste realizado por Bénard Guedes à capacidade de protecção conferida pela estrutura física do edifício, mostrou cabalmente a eficácia da mesma para a segurança do pessoal⁴⁸⁸. A fiscalização das existências do próprio radium também não era menosprezada, como se depreende dos autos e das conferências da existência do dito elemento, que periodicamente se efectuavam⁴⁸⁹. A eficácia e economia desta solução inovadora para a época, chegou mesmo a ser aplicada em pelo menos mais dois centros norte-americanos⁴⁹⁰.

Três anos após a inauguração deste pavilhão, a radioterapia preparava-se para dar um novo salto, desta vez com a telecurieterapia, cuja instalação se começou entretanto a planear com todo o cuidado, tanto mais que conferia possibilidades terapêuticas muito superiores às da tradicional curieterapia. A vinda do engenheiro Boris Prengel em 1936, serviu para estudar as possibilidades de estabelecer o novo método no Instituto, tal como se estava já a realizar noutros doze estabelecimentos europeus. E nada foi deixado ao acaso, sendo o visitante em questão acompanhado por Marck Athias e Bénard



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

⁴⁸⁸ Cf. o relatório de Bénard Guedes «Medições feitas com um ionómetro Siemens para conhecer o valor da protecção das paredes do pavilhão do rádio», reproduzido in GENTIL, Francisco – «O Pavilhão do Rádio no Instituto Português de Oncologia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 36 (23 de Setembro de 1933) p. 263-264.

⁴⁸⁹ Cf. CARVALHO; A. Herculano de – *Verificação da existência de Rádio*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 61-66.

⁴⁹⁰ «Tivemos aqui o pedido que satisfizemos e recebemos o agradecimento por termos fornecido as condições usadas no pavilhão das radiações, que utilizaram em dois centros. Foi o Dr. Fishbein que indicou a Wilburt C. Davison (North Carolina) e a Perrin H. Long (professor na State University of New York) – dizendo-se entusiasmado com a solução aqui empregada». In GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 8.

Guedes, tanto mais que se tratava do presidente da Allgemeine Radium A. G. de Berlim, dos Laboratórios Radiogene de Paris, e ainda agente geral do departamento de rádio da União Mineira do Alto Katanga, de Bruxelas⁴⁹¹.

A tecnologia ditava claramente a evolução estratégica da luta contra o cancro em geral, e das estruturas físicas do Instituto em particular.

Previa-se que mesmo depois de completado, o Instituto não fosse senão a obra central da luta contra o cancro no país. Com efeito, este trabalho exigia um esforço que apresentava ainda poucos frutos, tendência que urgia rapidamente alterar, como reconhecia Henrique Bastos, ao referir-se em particular ao cancro da próstata, mas que abrangia ainda muitos outros tipos de afecção cancerosa:

*Infelizmente ainda, apesar dos enormíssimos progressos feitos na ciência médica, quanto à patogenia, diagnóstico e terapêutica de muitas doenças, os aturados e inúmeros estudos feitos sobre todas elas, e muito em especial sobre o cancro, nenhuma luz trouxeram ainda sobre a sua patogenia, pouco ou nenhum auxílio ao seu diagnóstico precoce, e nenhum benefício valioso por seguro para a sua cura*⁴⁹².

Existia a consciência que o trabalho estava numa fase inicial, e apesar dos progressos entretanto obtidos, o caminho a percorrer era ainda longo e moroso. A questão do diagnóstico precoce exigia também a presença de múltiplos pequenos centros de diagnóstico que pudessem descentralizar a intervenção dos grandes institutos centrais, mais vocacionados para concentrar os dispendiosos meios de tratamento.

Não podendo contar com verbas para uma instalação de centros iguais ao de Lisboa noutras grandes cidades, os dispensários eram encarados como a melhor solução, efectuando o diagnóstico, evitando a hospitalização de casos inoperáveis ou insusceptíveis de tratamento e encaminhando os demais ao tratamento especializado do Instituto.

Neste sentido, o presidente da comissão directora apresentava em 1937 um projecto de organização da luta anticancerosa alargado a todo o país. Distribuir-se-iam pelo território continental centros regionais e centros de diagnóstico de doenças oncológicas, vistas como réplicas de menor dimensão do primeiro centro regional do país; ou então departamentos que funcionariam como extensões do Instituto nos futuros hospitais provinciais⁴⁹³. Deram-se início às expropriações necessárias, de modo a preparar os terrenos de

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

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

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

Palhavã para a erecção dos vários blocos hospitalares previstos, que ficariam adjacentes às estruturas já existentes⁴⁹⁴.

Mas Gentil manteve-se céptico quanto à rapidez de execução do projecto de alargamento ao resto do país, conquanto estivesse dependente da aprovação e financiamento governamental⁴⁹⁵. A construção desses novos centros implicaria mais investimentos, quer em estruturas físicas, quer em equipamentos, quer em laboratórios, quer em rádio, pelo que as constrações financeiras governamentais privilegiaram a concentração de meios no centro lisboeta, relativamente à expansão do projecto pelo restante do país.

Projectado desde 1927 por Carlos Chambers Ramos, o Instituto de Português de Oncologia marcou a própria arquitectura e dinâmica estrutural das instituições de saúde em Portugal. O Pavilhão do Rádio, cogitado após uma viagem feita à Alemanha para visitar centros hospitalares, tornar-se-ia num edifício de pendor claramente modernista, marcando inclusivamente um momento de transição na arquitectura nacional, ao adoptar o funcionalismo racionalista⁴⁹⁶. Em certa medida, aproveitou-se esta nova arquitectura na construção de uma imagem identitária do Estado Novo, tanto mais que a partir de meados dos anos 30 o IPO se torna numa das mais percorridas *salas de visitas* do regime, mostruário quase incontornável de uma imagem de modernidade que se deseja transmitir não apenas a quem nele é tratado, mas também a quem o visita. A visita obrigatória de personalidades do mundo médico era prática habitual, sobretudo no seguimento de conferências internacionais. Durante uma boa trintena de anos, o Instituto viu passar um desfile extenso de notáveis do mundo científico e político, o que não deixa de ser sintomático da imagem moderna associada a uma área do conhecimento que corporizava a tecnologia de ponta das ciências médicas. Desde a conclusão do Pavilhão do Rádio, o Instituto tornou-se lugar de passagem obrigatório para as eminências médicas e outras personalidades do mundo da política internacional, que incluíam professores universitários, cientistas de renome e até monarcas.

Se por um lado o governo aproveitava para fazer propaganda através desta estrutura médico-científica, «(...) o Prof. Gentil deleitava-se a mostrar as novidades no Instituto»⁴⁹⁷ não raro acompanhando os visitantes vestindo a habitual indumentária branca usada no bloco operatório. Em vários momentos, o IPO era comparado com outros centros anticancerosos europeus, sendo apontado como exemplo de modernidade nos tratamentos

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

⁴⁹⁵ Em 1939, era o próprio que afirmava: «Quando poderá construir-se o que ainda falta para completar o Instituto Português de Oncologia? Tudo foi já estudado e só depende da aprovação do Governo». In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 5.

⁴⁹⁶ No dizer de Isabel Bessa, o sentido de modernidade impresso no Pavilhão do Rádio, a par do Instituto Superior Técnico projectado por Pardal Monteiro, são «(...) momentos ainda de transição em que a poderosa linguagem moderna reveste uma composição neoclássica que estrutura espaços pavilhonares ancorados numa alameda central», prefigurando o impacto que esta «nova» arquitectura teria na construção da imagem e da identidade do Estado Novo. Cf. BESSA, Isabel Teixeira Dias – «Arquitectura e Memória». *Revista de História das Ideias*. Vol. 16. Coimbra (1994).

implementados e na validade da pesquisa científica efectuada. Também acabaria por sê-lo, em termos hospitalares, enquanto guia precursor das demais instituições hospitalares portuguesas, às quais serviu de exemplo de gestão de recursos, paradigma arquitectónico e modelo funcional.

Com efeito, marcava a diferença face às demais estruturas hospitalares portuguesas da altura, algo muito notado ao fim dos primeiros dez anos de funcionamento:

As instalações propriamente hospitalares (...) podem considerar-se modelares. Os quartos para doentes pobres oferecem todas as comodidades. A higiene é perfeita. E que diferente é a maneira de tratar os doentes, tanto por parte do pessoal médico como de enfermagem, daquela como se tratam noutros estabelecimentos similares que nós conhecemos e que ajudou a criar com razão, no espírito público, o horror do hospital. (...) tudo aquilo é aseado, higiénico, moderno, como num hospital a valer, um desses hospitais modelos que se vêem no cinema em qualquer filme de «blusas brancas», e que não são a fingir, porque existem lá fora exactamente assim. Entre nós... (...)»⁴⁹⁸.

Previa-se desde logo que os centros regionais a criar mantivessem uma estreita relação com o organismo central, para onde enviariam estagiários, de modo a aperfeiçoarem a capacidade diagnóstica dos médicos. Quanto aos departamentos a criar em hospitais provinciais, previa-se que fossem confiados preferencialmente a antigos colaboradores⁴⁹⁹.

A questão do diagnóstico era tão premente, que muito antes de estarem sequer estabelecidos os Centros Regionais do Porto e de Coimbra, já no início dos anos 40 se haviam estabelecido dois centros de diagnóstico, um em Peniche, e outro em Leiria, ambos chefiados por dois antigos assistentes do Instituto⁵⁰⁰. Outro surgiu posteriormente em Alcácer. Com efeito, se nalguns casos o diagnóstico se podia realizar através da clínica, sem recurso a meios diagnósticos dispendiosos e apenas ao alcance das estruturas hospitalares, noutros, eram ténues os sinais e sintomas que poderiam indiciar o desenrolar silencioso da doença. Progredindo e evolucionando com maior ou menor rapidez, desembocavam numa fatal generalização, inacessível à terapêutica disponível. A existência de muitos doentes em fases avançadas e consideradas incuráveis, levou ao apressar a construção de uma nova estrutura que pudesse servir de asilo.

O apoio directo do Estado permitiu o financiamento total da construção de um asilo para assistência aos cancerosos pobres, após pedido da LPCC feito em Dezembro de 1941.

⁴⁹⁷ Cf. «Memórias de uma lenda viva». *Nova Medicina. Boletim informativo da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa*. Ano IX, n.º 16 (2005), p. 14. A frequência de personalidades estrangeiras, médicas e não médicas, que visitam o IPO ao longo dos anos 40, 50 e 60, é de facto muito considerável. Vejam-se as referências constantes a tais visitas no *Boletim do IPO*.

⁴⁹⁸ LOPES, Norberto – «Tem dez anos de vida o instituto Português de Oncologia e inestimáveis serviços prestados à população e à ciência». *Diário de Lisboa* (18 de Dezembro de 1937). In *Boletim do IPO*. Vol. 5, n.º 1 (1938), p. 8.

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

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

O apoio veio de imediato de Duarte Pacheco, na altura Ministro das Obras Públicas e Comunicações, que para além de ter declarado que a obra deveria ser assumida pelo Estado, prometeu o apoio financeiro do Governo através do Commissariado do Desemprego. Foi disponibilizado um subsídio de 80.000\$00, que permitiu a viabilização da estrutura⁵⁰¹. Apesar das dificuldades na obtenção dos materiais e transportes decorrentes da guerra mundial em curso, o asilo ficou construído em cerca de ano e meio, sendo doado pela Liga ao IPO em 17 de Maio de 1943, e inaugurado pelo Presidente da República⁵⁰². A realização do Pavilhão D, como também ficou conhecido, destinava-se ao alojamento de 36 doentes com doença em estado avançado, uma concepção próxima da filosofia em que assentam os actuais cuidados paliativos, grave problema que preocupou desde sempre o director do Instituto quando concebeu a sua estratégia anticancerosa:

Enquanto se não conclui o projecto geral das obras do Instituto Português de Oncologia, está em construção, nos terrenos do Instituto, um pequeno edifício para albergar 36 doentes pobres. Fica, por este pequeno asilo, iniciada a resolução do problema criado pelos doentes pobres que da provincia afluem a Lisboa, em busca de um tratamento adequado para os seus males (...). É esta a melhor propaganda que se pode fazer no intuito de estimular o auxílio público para as nossas campanhas. A Liga Portuguesa Contra o Cancro, à qual incumbe agora canalizar o auxílio dos particulares, empregou os fundos disponíveis do Peditório de 1942 na construção deste edifício, procurando resolver, assim, um dos assuntos mais prementes da Assistência Social aos cancerosos pobres, que é o problema do seu alojamento, libertando-os de problemas difíceis e penosos⁵⁰³.

No tocante à formação específica na área da oncologia, o Instituto teria a função de escola de cancerologia por onde passariam todos os colaboradores distribuídos pelos centros. E, com efeito, o ensino pós-graduado foi uma das principais apostas formativas de Francisco Gentil, que com isso aproveitou para preparar toda uma série de médicos necessários ao desempenho de várias disciplinas médicas ou afins, com o objectivo primacial de suprir as necessidades do próprio Instituto.

Desde 1942, e no contexto da orgânica sanitária do território nacional, o IPO assegurava a luta anticancerosa nos seus múltiplos aspectos, de acordo com a orientação do art.º 2 do Decreto-Lei n.º 36.600, de 24 de Novembro de 1942, e para isso, um novo e maior edifício foi entretanto projectado. O número crescente de doentes tornou mais difícil a gestão das instalações existentes, cada vez mais exíguas, sendo o elemento que maior pressão colocou na concretização de estruturas mais amplas e produtivas: «(...) perante a afluência cada vez maior, as instalações do Instituto se vão mostrando já um pouco exíguas. Basta dizer

⁵⁰¹ Cf. *Diário do Governo*. II Série. N.º 179 (3 de Agosto de 1942), p. 4131.

⁵⁰² Cf. *O Século Ilustrado*. Ano VI, n.º 282 (29 de Maio de 1943), p. 28.

⁵⁰³ Cit. in BOTELHO, Luis da Silveira (Coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p.45.

que, para um total de 5.000 doentes anuais, o Instituto só dispõe actualmente (e foi necessário para isso improvisar duas novas enfermarias) de 42 camas. Isto torna verdadeiramente complicado, entre mais alguns, o problema do albergamento, pois que, como sabem, uma grande percentagem dos cancerosos (50%) vêm da provincia»⁵⁰⁴.

Era urgente concretizar a planificação já elaborada, assunto que mereceu reparos e comentários na Câmara Corporativa em 1944, altura que Gentil aproveitou para colocar de novo sobre a mesa os planos que elaborara e posteriormente readaptara desde 1927⁵⁰⁵. Uma vez mais insistia que os dois grandes processos a adoptar eram: a profilaxia e o diagnóstico precoce. Levantada a suspeita ou pesquisado o caso nos centros de saúde concehios, deveria então entrar em acção o armamento próprio da luta anticancerosa:

- a) *Centros de diagnóstico* que disponham dos elementos adequados à diagnose da doença, possivelmente, junto dos hospitais distritais.
- b) *Centros regionais* destinados a consulta e terapêutica (electrocirurgia, raios X, emanção de rádio) com enfermaria para hospitalização dos doentes pobres.
- c) *Um hospital central* em Lisboa para doentes em tratamento, reputados curáveis.
- d) *Um asilo* para cancerosos incuráveis e impossibilitados de trabalhar.

De facto, toda esta planificação estava prevista, em via de obter-se e de funcionar, caso se procedesse à execução sistemática do projecto. Dadas as circunstâncias adversas do contexto de guerra mundial, o Governo financiou primeiramente o Bloco Hospitalar.

O desenho e concretização do edifício central, conhecido como Bloco Hospitalar, entretanto inaugurado em 1948, foi um prelúdio funcional do que seriam os futuros hospitais centrais, conhecidos como hospitais escolares de Lisboa e Porto. Só depois de 1937 é que se intensificaram os estudos desses hospitais escolares, e foi apenas em 1940 que se concluíram, com a apresentação do 12.º estudo, entretanto aprovado pelo Governo. Nesse ano incumbiu-se igualmente a Comissão Administrativa dos Hospitais Escolares de tomar também a seu cargo a construção dos edifícios da reitoria e das Faculdades de Direito e de Letras de Lisboa, e, posteriormente, da do edifício central do Instituto de Oncologia, ficando o estudo de cada grupo de trabalhos entregue a uma comissão técnica privativa. Francisco Gentil, que trabalhara intensamente no projecto dos novos hospitais, talhou para o seu Instituto um novo edifício, síntese palpável de um modelo pensado de acordo com a planificação que efectuara.

Desenhado no contexto da construção dos novos hospitais escolares de Lisboa e Porto, o edifício central do IPO foi uma antecipação dessas novas realidades, concentrando

⁵⁰⁴ BACELAR, José – «Assistência social aos cancerosos». *Boletim do IPO*. Vol. 7, n.º 2 (1940), p. 7.

⁵⁰⁵ Cf. GENTIL, Francisco – «O Instituto Português para o estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 3 (1928), p. 1; GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia. O passado, o presente e o futuro». *Boletim do IPO*. Vol. 6, n.º 1, 2, 3, 4 (1939), e GENTIL, Francisco – «A luta contra o cancro em Portugal». *Boletim do IPO*. Vol. 4, n.º 11 (1937), p. 2.

uma série de inovações arquitectónicas e de organização funcional do espaço hospitalar. Como cobaia em laboratório de testes, não esteve isenta de percalços⁵⁰⁶, mas introduziu no país novos conceitos de arquitectura sanitária, que iam da resolução do complexo problema da circulação separada nos corredores e elevadores – doentes, alunos, visitas, cadáveres, alimentos, roupas limpas e roupas sujas – à organização dos diferentes serviços. Pela sua originalidade, a solução encontrada para a circulação teria sido apresentada por Francisco Gentil e Hermann Distel⁵⁰⁷ ao Congresso Internacional dos Hospitais em Toronto, não fosse a guerra em curso.

A sua entrada em funcionamento, dotou o país de uma estrutura ampla e funcional, que conferiu a possibilidade de proceder ao tratamento dos doentes oncológicos com todas as condições técnicas e de espaço, feitas no pavilhão hospitalar mais importante até então construído. Baseava-se no princípio de um conjunto de serviços trabalhando sincronicamente, sob a mesma orientação administrativa e funcional. As instalações eram, no dizer do próprio Gentil, «*magníficas*», corolário de um projecto de excepção no panorama hospitalar português. Com este empreendimento, completava-se a estrutura física de assistência global prevista para os doentes provenientes de Lisboa.

Se nos primeiros 5 anos de funcionamento o Instituto dispunha de 24 camas, e nos cinco seguintes 42, desde o segundo semestre de 1943 dispunha já de 78, valor que se veria multiplicado por 4 com o novo edifício central. Com capacidade instalada para cerca de 350 doentes internados, era um hospital com todas as valências, onde permanecia o primado da cirurgia sobre as demais metodologias terapêuticas; a prová-lo está o facto de existirem três serviços de cirurgia (4.º, 5.º e 6.º andar) e de um bloco operatório com duas salas para grande cirurgia e respectivos observatórios para médicos e assistentes. Havia ainda outra para especialidades e uma para biópsias, com áreas individualizadas para indução anestésica, recobro e esterilização.

A distribuição dos diferentes serviços pelo edificio fazia-se do seguinte modo:

- 6.º Andar – Internamento de cirurgia
- 5.º Andar – Internamento de cirurgia
- 4.º Andar – Internamento de cirurgia

⁵⁰⁶ Esses percalços incluíram problemas com os elevadores, a pintura exterior e as infiltrações nas canalizações em chumbo, que obrigaram a obras suplementares dois anos após a abertura do edifício. «Aqui, no Hospital do Instituto Português de oncologia, pintado a óleo, é preciso ter sempre dois operários a conservar e a pintar uma casa com menos de dois anos de uso. Outras infelicidades existem, como a dos esgotos em chumbo dando infiltrações constantes, e os elevadores inutilizados em dois anos de funcionamento precário». In GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)». *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 1 (1953), p. 2.

⁵⁰⁷ Hermann Distel (1875-1945). Arquitecto alemão especializado em construções hospitalares e escolas, foi consultor de estruturas sanitárias em vários países, onde orientou e planeou esse tipo de construções. São-lhe devidos os planos de construção dos hospitais escolares de Lisboa e Porto (Hospital de Santa Maria e de São João, respectivamente) bem como o Pavilhão Hospitalar do IPO.

3.º Andar – Quartos particulares

2.º Andar – Terapêutica (bloco operatório, farmácia e transfusões)

1.º Andar – Diagnóstico (laboratórios e raios X)

r/c – Atendimento do ambulatório (admissão de doentes, consulta e colheita de análises)

Cave – Armazéns, rouparia e oficinas

Os quartos do pessoal residente situavam-se na zona central de todos os andares de internamento. A circulação de pessoal, material e doentes fazia-se por zonas, uma denominada Limpa e a outra Suja, que ligavam este pavilhão ao Pavilhão C. O anfiteatro, que se enquadrava no corpo da construção principal e com capacidade para 300 pessoas, seria o local de incontáveis sessões lectivas e eventos de divulgação científica, tanto nacional como internacional (ver as fotos 6 e 7).

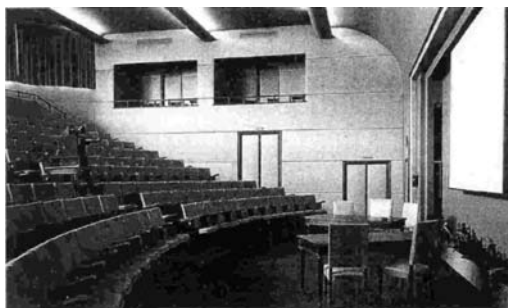


Foto 6: Anfiteatro do Bloco Hospitalar em 1948 e **Foto 7:** O novo bloco hospitalar em 1948. Com inauguração prevista para 29 de Dezembro de 1947, a data do evento foi deslocada para 28 de Maio do ano seguinte, de modo a coincidir com a comemoração dos 22 anos da Revolução do 28 de Maio de 1926.

À modernidade científica e tecnológica, juntava-se o aparelho de propaganda política do Estado Novo, que aproveitou a inauguração do recente e paradigmático edifício para o habitual momento de promoção do regime, não fosse esta inauguração realizada a 28 de Maio de 1948, ou seja, 22 anos após a revolução de 1926. No discurso proferido na ocasião, Gentil não deixou igualmente de reconhecer o papel fundamental do Governo e em particular da figura do próprio Oliveira Salazar, no apoio indispensável e tutelar que conferiu à concretização do projecto nacional de luta contra o cancro.

Nesse discurso pronunciado à base de algumas notas impressivas e impressionantes, o prof. Gentil salientou muito especialmente o que fora, para a realização daquela obra, a acção de Salazar. A Salazar endereçou, com efeito, em justa justiça, entre as homenagens rendidas aos mortos ilustres e dedicados que para ela tinham trabalhado, e os agradecimentos aos vivos que a haviam

alentado e acompanhado com o seu fervor, as suas expressões mais reconhecidas. Era um dever da mais alta gratidão – salientou – senti-lo e dizê-lo»⁵⁰⁸.

Realizada a «sagração» política, seguiu-se a científica. A proeminência do Instituto em termos internacionais não tardou em firmar-se, quando em 1951 recebeu e organizou a III.^a Reunião do Comité Executivo da UICC, e da Comissão Internacional de Investigação sobre o Cancro, a mais prestigiada organização que na altura coordenava esses trabalhos. Reuniram-se alguns dos mais prestigiados nomes da oncologia mundial, num certame científico que serviu de pródromo ao Congresso de São Paulo em 1954. Era o reconhecimento de uma instituição vista como exemplo paradigmático da luta contra o cancro, e encarada em termos de paridade face às demais realizações europeias.

Não só os jornais diários de Lisboa e Porto mas também a imprensa estrangeira publicaram longos relatos das reuniões, que se realizaram entre 15 e 20 de Dezembro. A nomeação de Francisco Gentil como membro de honra do Comité executivo da UICC, foi outro reflexo da sagração internacional do IPO, e do seu papel na luta contra o cancro em Portugal.

Em Setembro de 1951, também foi o local escolhido para uma das sessões do Congresso Internacional da Medicina no Trabalho, e em Outubro desse ano era na sua sala de aula que tinha lugar a sessão solene da Universidade Clássica.

Desde 1950 e pelo menos até 1953, era no auditório do IPO que tinham lugar as sessões solenes de abertura da Universidade de Lisboa, confirmando a posição do Instituto no contexto universitário. Na imprensa nacional, e até mesmo nalguns periódicos além fronteiras, era habitual fazer-se referência ao centro anticanceroso português como um dos melhores estabelecimentos hospitalares e de investigação científica da Europa no combate ao cancro.

A imprensa sul-americana publicava as entrevistas dos médicos brasileiros depois das visitas efectuadas ao IPO, em termos que ultrapassam a mera urbanidade. De facto, a imagem de modernidade projectada pelo Instituto português fora de portas é demonstrativo do impacto conseguido além-fronteiras:

O sr. Dr. Aquiles de Araújo, catedrático brasileiro (...) interrogado por um redactor da «Voz de Portugal» sobre o que no nosso país mais o impressionara sob o ponto de vista médico. Respondeu: – Sem dúvida, o Instituto Português de Oncologia. Pode dizer que eu considero no género o melhor do mundo. Não só pelas suas imponentes instalações, como pelo material técnico com que está dotado, é um estabelecimento que honra Portugal como honraria qualquer outro país, mesmo dos de maiores recursos»⁵⁰⁹.

⁵⁰⁸ «Foi inaugurado o novo e imponente Bloco Hospitalar do Instituto Português de Oncologia». *Boletim da Assistência Social*. N.º 62 a 64 (Abril a Junho de 1948) p. 61.

⁵⁰⁹ «Referências ao IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 3 (1952), p. 5.

Em entrevista ao *Diário da Manhã*, António Prudente também resumia a opinião dos que participaram nos trabalhos da UICC:

– *Levamos da nossa visita às magníficas instalações deste estabelecimento hospitalar as melhores impressões. O Instituto foi reconhecido por todos os que aqui estiveram reunidos como um dos mais perfeitos do mundo na luta contra o cancro*⁵¹⁰.

Na Argentina, Rafael Pineda publicava no diário argentino *La Capital* as suas impressões, destacando que o «(...) Bloco Hospitalar reúne todos os progressos dos mais modernos centros mundiais de combate ao cancro, e no seu magnífico anfiteatro proferiram conferências os mais afamados cancerólogos»⁵¹¹.

E os encómios prosseguiam, desta feita pela mão de Von Doellinger da Graça, que realizou inclusive um filme que passou na Academia Nacional de Medicina do Brasil, e onde se podia apreciar o desenrolar das actividades da instituição. Apesar do tom laudatório das instalações e método de trabalho, os elogios ao trabalho da equipa do Instituto ressaltavam o seu papel pioneiro no tocante à investigação realizada⁵¹².

Entre os numerosos médicos que frequentemente visitavam o Instituto, encontravam-se também engenheiros e arquitectos, alguns deles aconselhados nos próprios países de origem a visitar o centro português. Em 1951, foram fornecidas todas as plantas do IPO à Holanda e Argentina para servirem de orientação à construção de hospitais similares. O mesmo sucedia com as plantas de algumas secções, esporadicamente solicitadas por um ou outro visitante, sobretudo o serviço de hemoterapia. O facto de se ter tornado local de referência, levou a que fossem cada vez mais os médicos estrangeiros que frequentavam as instalações lusas: os estágios, de duração variável, começavam a incluir brasileiros, mexicanos e espanhóis.

A necessidade constante de desenvolvimento e de adaptação a novas modalidades terapêuticas, levou a inaugurar o Centro de Hemoterapia em 1950, e a adaptar o Pavilhão A a Laboratório de Rádio-Isótopos em 1953. Nesta senda, em 1958 novo Pavilhão foi inaugurado, desta feita para nele ser instalado o irradiador de cobalto (cobaltoterapia), a que foi dado o nome de Jaime Thompson, responsável pelo legado que permitiu a sua introdução. Dispondo do primeiro gamatron instalado no país e destinado ao tratamento de tumores profundos, foi também custeado pelos rendimentos próprios do Instituto.

O crescimento do centro anticanceroso continuou a fazer-se de modo contínuo, até ao momento em que a sua própria área de implantação geográfica não mais permitisse o seu ulterior alargamento.

Parece irrefutável que o IPO seguiu um rumo próprio, traçado por uma planificação inicialmente subordinada às premissas da investigação médica, mas sendo permanente-

⁵¹⁰ «Referências ao IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 3 (1952), p. 5.

⁵¹¹ «Referências ao IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 4 (1952), p. 2.

⁵¹² «Revista de Imprensa». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 2.

mente atravessado por determinismos exteriores, tanto no plano político-assistencial quanto tecnológico. As influências externas foram bebidas de várias fontes, numa fase inicial da escola francesa de Regaud e Bergonié, mas ao mesmo tempo adaptando a metodologia de investigação e tratamento às necessidades próprias de um espaço geográfico comparável aos países europeus de pequena e média dimensão. A criação de um centro anticanceroso em Portugal, à semelhança do que se realizava a nível internacional, permitiu um verdadeiro intercâmbio entre o domínio social e o domínio científico, entre o doente e a investigação. Se o doente oncológico passava a beneficiar de todos os esclarecimentos que iam surgindo a respeito do problema do cancro, por outro lado, cada um dos doentes tratados concorria com o seu caso, observado e estudado, para o progresso da cancerologia.

Da mesma maneira se colocava em prática um conceito de prática médica que colocava a equipa terapêutica multidisciplinar no centro do trabalho hospitalar, contrariando o habitual individualismo médico tão característico da medicina liberal.

Incluindo a tripla vertente de investigação, ensino e tratamento especializado, o IPO tornou-se a imagem viva de uma dicotomia hospitalar nacional. Num país que em termos sanitários funcionava a dois tempos, isto é, onde a necessária construção dos hospitais centrais e distritais esteve longamente adiada desde os anos 30, e onde os fundos alocados à saúde e assistência eram deficitários face às necessidades do país, o IPO mostrava-se a Portugal e ao mundo como um sinal evidente de modernidade, pioneirismo e medicina de ponta, onde as constricções financeiras se viam regularmente aliviadas pelo apoio quase incondicional dos poderes públicos do Estado Novo.

2. O LABORATÓRIO DOS MACACOS É A PRIMAZIA DA INVESTIGAÇÃO

*A Luta científica constitui a base da Luta social, porque esta só pode assentar sobre os dados fornecidos pela investigação. É por isso que, em todos os centros anticancerosos bem instituídos e convenientemente orientados, a pesquisa científica representa uma das não menos importantes preocupações de quem está à sua frente*⁵¹³.

MARCK ATHIAS, 1939

Na primeira metade do século XX, existia uma divisão algo rígida entre ciências básicas e ciências clínicas na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, de onde provinham, aliás, a maior parte dos que se dedicavam à investigação biomédica na altura. O

⁵¹³ ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 51.

principal elemento diferenciador e onde se operou primeiramente a interligação entre os dois bastiões parece ter sido o Instituto Português de Oncologia, local onde se estabeleceram novas ligações entre os dois campos metodológicos.

Tanto o problema científico do cancro como o problema prático da sua terapêutica se encontravam intimamente ligados, requerendo um esforço conjunto de numerosas equipas de especialistas, irmanados no mesmo ideal humano e científico. Nesse sentido, a concepção do Instituto fez-se sobretudo pela organização de um centro de estudos oncológicos, para o que foi dotado de vários laboratórios, uma biblioteca, um museu oncológico e uma publicação científica que pudesse ter repercussão internacional.

Foram estabelecidas sucessivamente secções de anatomia patológica, histofisiologia, patologia experimental e cultura de tecidos, de química e físico-química, e ainda de física das radiações. Encontravam-se reunidas sob um mesmo tecto as possibilidades para abordar qualquer trabalho sobre neoplasias humanas, mas também dos animais e até vegetais, condições necessárias à realização de estudos tanto clínicos como experimentais.

O reflexo dos avanços tecnológicos e científicos existentes noutros países, resultou em acções que levaram ao aprimoramento dos modelos de tratamento já incorporados pela comunidade sanitária e cancerologista portuguesa, cujos saberes também foram influenciados pelas experiências vivenciadas na realidade europeia e norte-americana.

A secção de pesquisas experimentais, que no dizer de Simões Raposo atingiu em 1926 a sua «maturidade», foi o resultado de um projecto realizado após um conjunto de visitas de estudo de vários meses feitas pelo próprio, ao longo de 1924 e 1925. Realizadas no *Instituto Príncipe de Astúrias*, em Madrid, no Laboratório Pasteur da *Fondation Curie* em Paris, no *Middlesex Hospital* e nas instalações do *Imperial Cancer Research Fund* em Londres, permitiram clarificar o modelo de investigação científica a instalar no Instituto, com base no contacto directo com os resultados, as opiniões e os métodos de trabalho dos mais destacados investigadores europeus da época, como o eram Goyanes, Becquerel, Regaud, Handley, Bland-Sutton, Barlow, McIntosh ou Bashford.

Resultou daqui a adopção preferencial por uma metodologia científica com base no estudo experimental em doentes, de natureza mais clínica, sem que isso implicasse descartar de nenhum modo a experimentação animal. As observações faziam-se à custa de uma afluência crescente de enfermos que constituíam uma quantidade considerável de material humano utilizado para colher ensinamentos. O investigador do departamento de pesquisas experimentais deveria desenvolver o seu trabalho em contacto permanente com os clínicos, e, sobretudo, com os doentes, «(...) e que não deve encontrá-los apenas fugitivamente numa consulta, como sucede, por exemplo, na *Fondation Curie*, mas segui-los dia a dia na enfermaria»⁵¹⁴. As instalações que observou em Madrid, pareceram-lhe sob este ponto de vista, modelares.

⁵¹⁴ RAPOSO, Luis Simões – «O Instituto Português para o Estudo do Cancro». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 60.

As observações de Simões Raposo, marcaram, de facto, as linhas de orientação do trabalho de investigação do Instituto, mas tal não significa que tenham sido as únicas.

Já depois do IPO ter instalações próprias desde 1927, entre 1928 e 1930 Francisco Gentil e os seus colaboradores mais directos continuaram a realizar diferentes visitas de estudo às principais instituições que se dedicavam ao tratamento do cancro⁵¹⁵, o que permitiu a inclusão contínua dos métodos, técnicas e abordagens terapêuticas mais recentes e de eficácia comprovada. Outros aperfeiçoavam-se em França ou na Alemanha, caso de Henrique Parreira que seguiu cursos de aperfeiçoamento sobre cancerologia desde 1926, um em Estrasburgo com Pierre Mason, e outro em Paris no Laboratório Gustave Roussy exclusivamente voltado para o estudo sobre tumores.

Em paridade com a aposta na investigação própria e no trabalho experimental, funcionava sobretudo como centro diferenciado de tratamento oncológico, mas era pela investigação que se procuravam melhorar os processos de tratamento. Este objectivo foi sempre perseguido ao longo dos anos, independentemente da maior ou menor disponibilidade financeira para o efeito, problema que acabava por ser quase sempre sanado com as injeções de capital provenientes da LPCC, de mecenas esporádicos, de subsídios regulares ou pontuais do governo, ou ainda de outras instituições como a Fundação Rockefeller ou a Fundação Calouste Gulbenkian.

O trabalho dos clínicos era de molde a fornecer à fisiopatologia elementos de estudo e trabalho, de tal modo que os laboratórios estavam integrados nos serviços clínicos. Tanto assim era, que esta colaboração deu origem ao longo do tempo a um conjunto de trabalhos sobre o diagnóstico histológico dos neoplasmas onde se ressaltava o valor da biópsia e do exame histológico, trabalhos esses que se baseavam numa longa prática adquirida no serviço de Francisco Gentil, e onde se salientava o determinismo do diagnóstico precoce para a cura do cancro, a par das vantagens da colaboração entre o cirurgião e o anátomo-patologista.

A montagem dos serviços de análises histopatológicas, feitas por Henrique Parreira à semelhança das também por si organizadas na I.^a Clínica Cirúrgica hospitalar, forneceu desde logo um apoio decisivo aos estudos de anátomo-patologia oncológica.

Por outro lado, a criação e organização de um arquivo próprio, permitiu reunir e tratar de forma sistemática e estatística um cada vez mais alargado conjunto de dados sobre o cancro, que incluía radiografias, fotografias, moldagens de gesso, peças operatórias, preparações histológicas, análises químicas e biológicas, completadas por fichas individuais que continham o diagnóstico apurado. Desde que o IPEC se instalou na I.^a Clínica Cirúrgica, o interesse especial pelo tratamento cirúrgico (ou não) das neoplasias malignas, levou a que se realizasse um índice destinado a pesquisar as observações clínicas em que foram

⁵¹⁵ Cf. o *Diário do Governo*, 2.^a Série, de 17 de Dezembro de 1929.

aplicados os diferentes métodos de tratamento, fossem a electrocoagulação, a fulguração, a röntgenterapia ou a curieterapia⁵¹⁶.

O apetrechamento dos laboratórios incluiu não só o material já existente em Santa Marta, mas também um conjunto de novos aparelhos adquiridos, cuja compra obedeceu a critérios de «estrita mas não estreita economia», conseguindo-se montar laboratórios de qualidade, que «(...) para o estudo de um determinado número de problemas estão a par dos melhores que actualmente existem»⁵¹⁷. De todos os laboratórios lisboetas, o laboratório de patologia experimental do IPO era o que possuía as melhores condições. Da listagem dos equipamentos laboratoriais transparece a vontade de fomentar desde logo um sentido de real modernidade, empenho e confiança na investigação potenciada por estas fábricas de conhecimento, lugares primários do predicado da investigação científica e da evolução progressiva da própria medicina.

A actividade científica, plasmada na publicação de artigos científicos e trabalhos de investigação nas diferentes áreas da oncologia, teve desde cedo um orientador do maior relevo: Marck Athias, aquele que directa ou indirectamente mais influenciou o início das ciências biomédicas em Portugal. Ironicamente, Gentil foi convidar um cultor das então denominadas ciências básicas (Histologia), para organizar e dirigir todo o processo de investigação inerente a uma ciência então reconhecida como clínica, estabelecendo uma ponte inusual para a época.

Em boa medida, Athias aportou às ciências biomédicas portuguesas a iniciação metodológica, introduziu-lhes o culto da medicina experimental, empenhou-se na criação de hábitos de publicação científica regular na comunidade científica nacional, a par da manutenção de uma ligação internacional de primeiro plano aos melhores centros de investigação europeus, tendo ainda criado as primeiras estruturas associativas de pendor científico.

Desde 1908 que Athias integrava a 2.ª Comissão para o Estudo do Cancro, fruto dos seus recentes trabalhos sobre a fisiologia da célula cancerosa⁵¹⁸, tendo desde essa altura colaborado estreitamente com Francisco Gentil. Com efeito, o Instituto teve na sua pessoa um dos seus melhores colaboradores científicos, sobretudo na área da histopatologia. Do papel que teve no estudo e instalação do Instituto, ressalta-se a direcção dos laboratórios e os trabalhos experimentais neles realizados. O «laboratório dos macacos», expressão que Marques da Gama⁵¹⁹ utilizou para se referir eufemisticamente ao Laboratório de Oncologia Experi-

⁵¹⁶ Cf. PALMEIRIM, Vasco; ALVAREZ, Ermindo – «A organização e o funcionamento do arquivo da I.ª Clínica Cirúrgica». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1, fascículo espécimen (1925), p. 23-44.

⁵¹⁷ COSTA, S. Gomes da – «Os novos laboratórios de investigação científica do Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 2 e 3 (1930), p. 335. Neste artigo vêm discriminados todos os aparelhos adquiridos para equipar os laboratórios do instituto.

⁵¹⁸ Cf. ATHIAS, M. – «Cytologia do Cancro (resumo)». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXV (1907), p. 165-168, e *idem* – «Cytologia Geral do Cancro». *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 72 (1908), p. 110-142.

⁵¹⁹ Cf. GAMA, Marques da – «O Instituto Português de Oncologia e o problema do Cancro». *O Médico*. Vol. 59, n.º 1023 (1971), p. 149-151.

mental, é revelador do tipo de trabalho nele desenvolvido, feito com recurso a animais de laboratório, sobretudo pequenos roedores, mas também canídeos e inclusive símios.

Uma breve análise bibliográfica, permite constatar que poucos foram os homens de ciência em Portugal sobre os quais tanto se escreveu como sobre Athias⁵²⁰. A forte influência que recebeu de Ramón y Cajal, hoje considerado um dos principais expoentes do positivismo experimental europeu, condicionou directamente o seu modo de investigar e de fazer ciência. Nesse sentido, participou e foi um dos principais obreiros da institucionalização de uma nova metodologia científica em Portugal.

Diversificou a sua actividade em diferentes instituições, desde o Hospital de Rilhafoles, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, o Instituto Pasteur de Lisboa, a Escola Médico-Cirúrgica, o Instituto de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral, e, finalmente, o Instituto Português

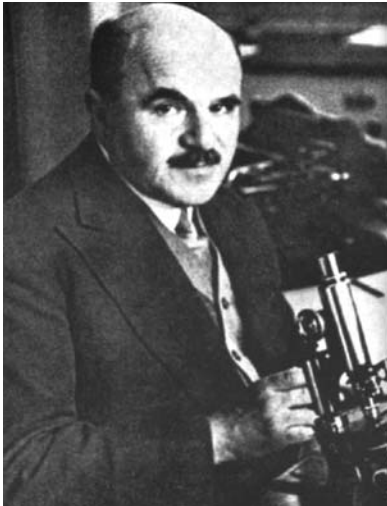


Foto 8: Marck Anahory Athias (1875-1946). De ascendência judaica, nasceu no Funchal, a 11 de Dezembro de 1875, tendo concluído o curso de Medicina na Faculdade de Medicina de Paris, em 1897. Foi aí que privou com histologistas e fisiologistas de renome internacional, entre os quais Mathias Duval, discípulo de Santiago Ramón y Cajal, Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia de 1906. Foi muito influenciado pelas ideias e pelos trabalhos de histofisiologia nervosa de Cajal, que na época geraram grandes controvérsias. Ao chegar a Lisboa em 1897 foi acolhido por Miguel Bombarda que também partilhava a defesa da teoria do neurónio de Cajal. Desde o início da sua intensa actividade científica foi congregando em seu redor um conjunto de jovens altamente motivados em prosseguir uma carreira de índole científica, que constituíram um grupo coeso e com identidade própria, ficando indelevelmente ligados à denominada «geração de 1911»⁵²¹.

⁵²⁰ A título de exemplo vejam-se apenas alguns dos artigos que lhe foram dedicados após a sua morte: COSTA, A. Celestino da – «Marck Athias (1875-1946)». *Archives Portugaises des Sciences Biologiques*. Vol. 9, n.º 1 (1947/48), p. 1-17; *idem* – «A vida e a obra científica de Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 (1948), p. 145-227; *idem* – «Homenagem ao Professor Marck Athias». *Imprensa Médica*. Vol. 1, n.º 18 (1935), p. 390; *idem* – «Athias e a investigação científica». *Cadernos Científicos*. Vol. 1, n.º 3 (1946), p. 249-262; *idem* – «Marck Athias – um metodólogo da ciência». *Jornal das Sociedades Médicas*. 154. 6 (1990), 311-322; FONTES, Joaquim Moreira – «O Professor Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 25 (1948), p. 524-534, VILHENA, Henrique de – «Sobre Marck Athias». *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 26 [1948-49] (1949), p. 107-108; GUIMARÃES, J. Afonso de – «A personalidade do Prof. Marck Athias». *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), p. 266-268; MIRA, M. B. Ferreira de – «Athias e a investigação científica». *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), p. 269-270; FONTES, Joaquim – «Marck Athias, fisiologista». *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), p. 270-276, GENTIL, F. *et al.* – «Marck Athias». *Arquivo de Patologia*. Vol. 21, n.º 2 (1949), p. 93-390.

⁵²¹ Cf. ALVES, M. V. – 1911 – *O Ensino Médico em Lisboa no Início do Século, Sete Artistas Contemporâneos Evocam a Geração Médica de 1911*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

de Oncologia. Com um programa de pesquisa altamente inovador para a realidade portuguesa coeva, voltou-se sobretudo para as áreas da histologia, histofisiologia, histopatologia, fisiologia e química fisiológica, de acordo com as linhas da escola inglesa de pesquisa fisiológica de Michael Foster e da escola germânica de química fisiológica de Franz Hofmeister. Em 1907 fundou juntamente com Celestino da Costa e Abel Salazar a Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais, e em 1920, a Sociedade Portuguesa de Biologia.

A escola de Athias, igualmente influenciada pelos ideais positivistas e inspirada no modelo universitário de Humboldt, aportou uma mudança significativa na modernização da pesquisa científica portuguesa na primeira metade do século XX. A influência que detinha no meio científico nacional era notória, potenciada pelos seus discípulos, Celestino da Costa e Ferreira de Mira, que num dinamismo sinérgico marcaram uma fase determinante do ensino e da investigação universitária na primeira metade do século XX⁵²².

Mas é a partir do momento que assume a gestão da investigação do Instituto em 1927, que Marck Athias dá corpo a um trabalho sistemático de investigação voltado para a oncologia experimental, com o recurso a uma equipa que em 1929 passava a fazer parte dos quadros da instituição. O grupo de médicos e cientistas entretanto contratados, constituíam uma equipa cuidadosamente escolhida de dez assistentes ligados à química, física, radiologia, patologia e raios X. Este seria o núcleo de investigadores que teria seu cargo uma parte muito significativa da investigação oncológica produzida no Instituto⁵²³. Não parece que a pesquisa realizada no contexto do Instituto fizesse parte de uma agenda que visasse a autopromoção e as carreiras de uns poucos cientistas, como parece ter sucedido noutros contextos como o norte-americano⁵²⁴. Se bem que o grupo estritamente adstrito à pesquisa fosse sempre pequeno, o trabalho realizado correspondia a uma necessidade real de promover a investigação pura num país ainda deficitário no tocante à produção científica nacional. É certo que existiam algumas personalidades que se destacavam, mesmo quando os trabalhos eram de equipa, mas isso nunca deixou que os responsáveis pela vida científica se apropriassem do trabalho dos seus colaboradores.

Durante os anos 30 esta actividade de investigação potenciou-se, traduzindo-se em numerosos artigos, em muitos casos aceites para publicação em revistas da especialidade, nacionais e estrangeiras. Em Portugal, a revista científica que publicava mais artigos provenientes dos trabalhos realizados no Instituto era o *Arquivo de Patologia*, criada especificamente para esse efeito, e que desde 1925 reunia os mais recentes resultados obtidos nos

⁵²² Cf. AMARAL, Isabel – «Na vanguarda da modernidade: o dinamismo sinérgico de Marck Athias, Celestino da Costa e Ferreira de Mira na primeira metade do Século XX». In *Estudos do Século XX*. N.º 5 (2005), p. 263-282.

⁵²³ Raios X: Maria José Monteiro Ventura, Eulália Celeste Soares Proença, Augusto António da Rocha Machado e Costa. Química: João Avelar Maia Loureiro, Silvério Ferreira Gomes da Costa, Maria Teresa Furtado Dias. Patologia: Luis Roberto Simões Raposo, Manuel Dâmaso Prates. Física: Manuel José Nogueira Valadares. Rádio: Manoel Raimundo Proença F. de Mendonça Corte Real.

⁵²⁴ Cf. estas críticas em GREENBERG, Daniel S. – *The Politics of Pure Science*. New York: New American Library, 1968.

laboratórios do IPO. O objectivo era conferir visibilidade nacional e internacional a um labor significativo para a dimensão da nossa literatura científica, e que permitia, por permuta, receber outras publicações estrangeiras da mesma natureza.

Permanecendo fiel à metodologia que se havia habituado a utilizar na histologia, Athias utilizou predominantemente o método morfológico nos seus estudos fisiológicos, algo longe do experimentalismo anglo-saxónico coevo. Isto não significa que não tivesse procedido a toda uma série de trabalhos relevantes na área da mais estrita oncologia experimental, que o próprio considerava serem do maior valor e utilidade na determinação causal da patologia oncológica⁵²⁵.

A secção de patologia experimental foi uma das mais prolíficas e determinantes na projecção do trabalho realizado. As secções clínica e anátomo-patológica mostraram-se particularmente inseparáveis, tanto mais que quase todos os trabalhos que tinham por objecto os doentes, eram necessariamente acompanhados do complemento laboratorial, indispensável ao diagnóstico e tratamento.

Com o apoio de uma colaboradora experiente e altamente preparada como Maria Teresa Furtado Dias⁵²⁶, o trabalho de Marck Athias no IPO foi o de um autêntico metodólogo da ciência, voltado em larga medida para a histopatologia experimental ligada à oncologia desde o início dos anos 30. O relatório exarado em 1938 pelo próprio Athias, dá-nos conta do trabalho de investigação realizado no contexto institucional do IPO, com os meios que na altura se puderam dispor, fazendo um balanço muito positivo entre o atingido e o esperado⁵²⁷. Os anos de 1937 e 1938 foram particularmente férteis, correspondendo à publicação de conclusões de trabalhos iniciados anos antes, ou de outros em fase de preparação, mas que puderam apresentar resultados preliminares.

De facto, a solidez da projecção científica do Instituto dentro e fora de fronteiras, fez-se em larga medida pela qualidade dos seus trabalhos publicados, fruto da investigação entretanto desenvolvida no contexto laboratorial.

Aproveitando a sua já longa e firmada experiência na histologia das células nervosas, a principal vertente dos estudos realizados debruçou-se inicialmente sobre a inervação dos tumores⁵²⁸, seguindo-se ao longo de vários anos as experiências de cancerização por agentes oncogénicos em animais de laboratório até finais da década de 30, desta-

⁵²⁵ Cf. ATHIAS, M. – «O Valor da Experimentação em Cancerologia». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano 58 (1941), p. 262-270.

⁵²⁶ Cf. DIAS, M. T. Furtado – «O Professor Marck Athias e a secção de patologia experimental do Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 21 (1949), p. 141-149 e ainda DIAS, M. T. Furtado – «O Prof. Athias como investigador no Instituto Português de Oncologia». *Clínica Higiene e Hidrologia*. 13 (1947), p. 276-279.

⁵²⁷ Cf. ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 51-59.

⁵²⁸ ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «Contribuição para o Estudo da Inervação dos Tumores». *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), p. 138-161.

cando-se em particular os estudos sobre tumores espontâneos e experimentais e as suas metaplasias⁵²⁹.

A mais relevante contribuição destes estudos têm a ver com a noção que transmite sobre a natureza da célula cancerosa: conclui que nada possui de distintivo que a célula normal também não possua, de tal modo que a morfologia celular não seria o melhor caminho para procurar as causas da malignidade. Os factores externos, as substâncias e agentes oncogénicos que utilizou nas várias experiências que realizou, mostraram-se muito mais capazes de produzir lesões cancerosas, pelo que se inclinou para a valorização particular de agentes irritantes na formação do cancro. E se inicialmente não admitia a hipótese da existência de vírus oncogénicos, em consonância com a esmagadora maioria da comunidade científica coeva, em 1941 já se mostrava mais disposto aceitar tal possibilidade, sem que no entanto admitisse poder colocar o cancro no rol das doenças infecto-contagiosas:

*A existência de cancros produzidos por agentes vivos, micróbios, parasitas ou vírus invisíveis, pode compreender-se nalguns casos pela irritação por eles produzida, seja mecânica ou química. As substâncias provenientes das trocas nutritivas dos agentes comparáveis, sob este aspecto, aos produtos químicos acima mencionados, são também causa de irritação local. (...) [Contudo] (...) Nenhum paralelismo existe entre esta doença e as doenças infecto-contagiosas. Todos os argumentos apresentados a favor da inclusão do cancro neste grupo de afecções caíram em presença de factos experimentais*⁵³⁰.

A partir de 1940 e até 1945, o fulcro voltou-se em larga medida para o cancro da mama, mormente para a avaliação da influência hormonal sobre as neoplasias da glândula mamária, e ainda para o estudo das lesões histológicas das glândulas sexuais e endócrinas em animais de laboratório cancerosos e pré-cancerosos⁵³¹. Desenvolvendo um trabalho sobre as funções do ovário e os estrogéneos, verificou que o tumor espontâneo da mama das ratas era exclusivo das fêmeas, mas que podia ser igualmente provocado em ratos

⁵²⁹ ATHIAS, M. – «Lesões do testículo produzidas por injeções intersticiais de alcatrão». *Jornadas Médicas*. Orense, 1936; *idem* – «Métaplasie Chondro-Osseuse dans des Tumeurs Expérimentales». *Arquivo de Patologia*. Vol. 8 (1936), p. 293-315; *idem* – «Sarcome du Cœur chez un Cobaye après Injection, dans le Cerveau, de Méthylcolantrène». *C. R. Soc. de Biologie de Paris*. 126 (1937), p. 585-586. ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «Sarcome Transplantable du Rein Provoqué par le Methylcolantrène chez le Rat». *C. R. Soc. de Biologie de Paris*. 127 (1938), p. 237-238; ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «L'Atypie Cellulaire dans les Sarcomes Provoqués par le Méthylcolantrène». *Acta de l'Union Internationale contre le Cancer*. 4 (1939), p. 659-663.

⁵³⁰ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 53-54.

⁵³¹ ATHIAS, M. – «Hormonas Estrogéneas e Neoplasias Mamárias». *Imprensa Médica*. 24 (1940), p. 251-261; ATHIAS, M.; DIAS, M. T. Furtado – «Lésions Testiculaires chez des Souris Atteintes d'Adénocarcinome Spontané de la Glande Mammaire». *Arquivo de Patologia*. Vol. 13 (1941), p. 381-393; ATHIAS, M. – «Metaplasias em Tumores Experimentais». *Imprensa Médica*. 12 (1941), p. 1-11; *idem* – «Les Formations Corio-Épithéliales de l'Ovaire du Cobaye». *Arquivo de Patologia*. Vol. 15 (1943), p. 293-315; *idem* – «Deux Cas d'Embryome de l'Ovaire chez le Cobaye». *Arquivo de Patologia*. Vol. 16 (1944), p. 318-329; *idem* – «Lésions Testiculaires chez des Souris non Cancéreuses appartenant à une lignée très sujette au Cancer de la Glande Mammaire». *Arquivo de Patologia*. Vol. 17 (1945), p. 370-390.

machos desde que se lhes administrasse estrogéneos ou realizassem enxertos de ovários. Estes resultados tornaram-se o ponto de partida para novas concepções acerca da influência dos factores hormonais no desenvolvimento de alguns tumores malignos, e mais propriamente a influência dos estrogéneos na génese dos tumores da mama. Pôde-se assim determinar mais tarde a existência de duas tipologias de tumores da mama: os estrogénio-dependentes e os não estrogénio-dependentes, desenvolvendo-se, no respeitante aos primeiros um importante capítulo da terapêutica anticancerosa – a terapêutica hormonal do cancro da mama, através da ovariectomia, suprarenalectomia e hipofisectomia, ou pelo emprego medicamentoso das hormonas equivalentes.

A morte de Athias por carcinoma do fígado em 1946, apesar de ter constituído um forte abalo para Gentil ao perder na pessoa do seu colaborador um dos seus mais dedicados investigadores, não impediu a continuação dos trabalhos em curso, tanto mais que se havia formado uma escola que perduraria na pessoa dos seus colaboradores directos, mormente em Maria Teresa Furtado Dias. Mesmo assim, a vida científica do IPO ressentiu-se da perda de um tão prestigiado cientista, com obra reconhecida nos mais reputados centros científicos europeus. Esta última investigadora, a par da vinda de Fernando Fonseca, permitiram manter viva a chama da investigação experimental no instituto, apesar de um esmorecimento sensível na produção e relevância do caminho posteriormente trilhado. A morte de Athias acabou por coincidir com uma modificação de rumo na investigação internacional, que desde meados dos anos 40 passava a privilegiar a identificação e teste de novos compostos químicos que podiam funcionar contra a doença.

A chegada de Fernando Fonseca ao Instituto merece um reparo particular, que atesta bem o grau de influência política do seu director. O lugar deixado vago pela morte de Athias não era fácil de preencher, e a procura de um substituto capaz de manter o elevado nível da investigação entretanto conseguida, exigia o recurso a uma personalidade considerada *persona non grata* pelo regime político. Após Fernando Fonseca ter sido demitido compulsivamente dos cargos públicos que ocupava como professor catedrático na FML e médico dos HCL, Francisco Gentil faz uso de toda a sua influência junto do regime para conseguir a autorização política que lhe permitiria continuar os seus trabalhos de investigação no IPO, lugar onde já fora membro substituto da Comissão directora desde 1934 e efectivo desde 1940. Apesar disso, e mesmo com o ambiente favorável que encontrou no Instituto, a figura do respeitado cientista permaneceu apagada. Não lhe era possível recolher novos elementos para a sua investigação, de molde a continuar as tradições do seu grupo de colaboradores. Com efeito, o afastamento da cátedra inibiu-o de contactar com os estudantes, de averiguar onde se encontravam os mais interessados pelos problemas da investigação científica relacionada com a medicina.

Num discurso realizado em 1970 aquando da criação de um prémio com o seu nome, destinado a galardoar o melhor trabalho produzido no IPO sobre aspectos médicos e experimentais na oncologia, o próprio Fernando Fonseca referiu-se à sua exoneração e ao apoio

imediatamente de Francisco Gentil: «Foi um choque violento, um castigo sem culpa, ao menos compensado com tão grande satisfação»⁵³².

O Instituto foi igualmente o refúgio esporádico de outro cientista caído em desgraça perante o Governo, igualmente por razões políticas: Abel Salazar⁵³³. Após o seu afastamento compulsivo da cátedra de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, aceitou o convite de Francisco Gentil para colaborar com o IPO, tendo publicado uma série de artigos no *Arquivo de Patologia*. Como refere Silveira Botelho, «Abel Salazar evadia-se, sempre que podia, para Lisboa em busca de melhor ambiente de trabalho, de livros e revistas e de possibilidades laboratoriais. Durante a sua última estadia em Lisboa frequentou assiduamente o Laboratório de Marck Athias no Instituto de Oncologia»⁵³⁴.

A convivência e contacto com estes proscritos políticos parecia não beliscar minimamente o apoio que Francisco Gentil tinha na pessoa de Oliveira Salazar. Mais do que um relacionamento privilegiado com o poder político, o director do Instituto parecia mover-se com facilidade junto das mais elevadas instâncias do Estado Novo, sempre que a sua causa pudesse com isso beneficiar, particularmente em termos científicos. Apesar da ligação universitária, o IPO era uma instituição fechada e de acesso condicionado, sendo um lugar onde a influência desses cientistas junto das grandes massas de estudantes estava à partida mais coarctada.

E se Athias era o paladino da histologia, Francisco Gentil era o cultor da prática operatória, técnica que entretanto aperfeiçoara em diferentes estágios. Pela sua parte, contribuiu sobretudo no âmbito cirúrgico, área onde se tornara um especialista reconhecido nacional e internacionalmente. Realizou numerosas intervenções cirúrgicas que lhe deram motivo para aperfeiçoar técnicas, tornando-as mais seguras e em parte novas. Pouco atreito ao trabalho de laboratório como era Athias, os diversos artigos que publicou em Portugal versavam sobretudo a temática da cirurgia oncológica, mas foi sobretudo a partir de 1920, mais intensamente a partir de 1923 e ao longo dos anos 30, que passa a publicar artigos científicos em revistas de referência internacional, resultantes de investigação própria ou em parceria com outros colaboradores.

Para além da prática cirúrgica, realizou outros estudos em colaboração e parceria com outros investigadores, particularmente os trabalhos sobre a acção da insulina nos tumores,

⁵³² BOTELHO, Luís da Silveira (coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 97.

⁵³³ Abel Salazar nasceu em Guimarães a 19 de Julho de 1889 e morreu em Lisboa a 29 de Dezembro de 1946. Licenciou-se em Medicina na Universidade do Porto em 1915 com 20 valores, e em 1918 é nomeado Professor Catedrático de Histologia e Embriologia, fundando nesse ano o Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, onde realiza uma série de notáveis trabalhos de investigação. Opositor activo do regime político de Oliveira Salazar, em 1935 foi afastado compulsivamente da sua cátedra e do seu laboratório, sem poder frequentar a biblioteca da faculdade nem poder ausentar-se do país. Reintegrado na Faculdade de Farmácia em 1941, publicou mais de cem trabalhos científicos na sua área de especialidade. Desenvolveu ainda uma profícua actividade artística e como publicista.

⁵³⁴ BOTELHO, Luís da Silveira (coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 49.

estudos sobre a influência da insulina no diagnóstico precoce e redução tumoral – com Gomes da Costa –, e ainda o valor diagnóstico da radiografia mamária, bem como a influência da curieterapia associada à cirurgia da mama, este último com Maria Fernanda Marques⁵³⁵. Testou ainda uma técnica inovadora para a aplicação visceral de radium, onde o revestimento das agulhas do radioelemento era feito de magnésio, abordagem experimental que realizou juntamente com Maria Theresa Furtado Dias⁵³⁶.

Essencialmente de ordem clínica, os assuntos cancerológicos que mais prenderam a sua atenção foram o cancro da mama e do útero, discutindo ainda, a par dos aspectos técnicos de índole cirúrgica, o uso concomitante da radioterapia (röntgen e curieterapia) no tratamento dessas afecções.

Essas publicações, sobretudo em língua francesa, mostram bem o constante intercâmbio científico com alguns dos mais referenciais centros de tratamento e investigação europeia, habitualmente complementado por visitas de estudo e pela comparência frequente em congressos internacionais acerca de oncologia, sobretudo o particularmente concorrido *Congresso Internacional de Luta Científica e Social contra o Cancro*.

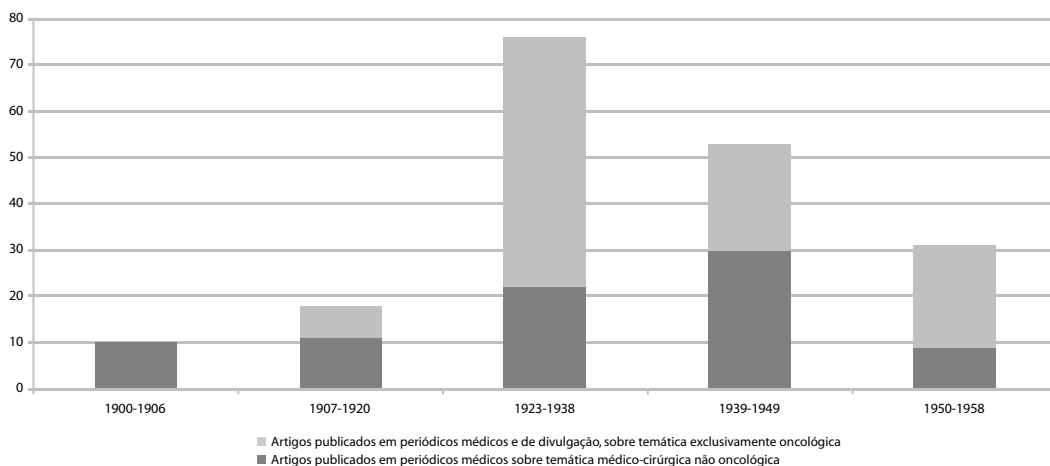
Em Portugal, numa fase inicial fazia-o sobretudo no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*, a que se seguiu o *Arquivo de Patologia* a partir de 1925 e mais tarde a *Clínica Contemporânea*, para além de uma série muito frequente e regular de pequenos artigos de divulgação e propaganda no *Boletim do IPO*, órgão de maior projecção social do trabalho realizado no Instituto (ver gráfico 9).

Os trabalhos desenvolvidos por Gomes da Costa e Francisco Gentil sobre a acção da insulina nos tumores, chegaram a causar grande impacto no seio da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, permitindo antever aplicações terapêuticas da insulina nos cancros externos, o que acabou por não se confirmar.

Como era apanágio do pensamento de Gentil, os sucessos e insucessos eram as duas faces de uma moeda que só tinha valor quando se encontravam reunidas num mesmo lugar, daí que a publicação dos resultados fosse revestida de um sentido crítico perma-

⁵³⁵ Cf. GENTIL, F. – «Greffes autoplastique pédiculée par transplantation latérale du perone dans un cas de résection du tibia pour sarcome, pratiqué il y a quinze ans». *C. R. Soc. de Biologie*. Vol. 83 (1920), p. 1175; *idem* – «Sur le diagnostic précoce et la technique chirurgicale dans le traitement des néoplasies malignes, hyperglycémies provoquée». *C. R. Soc. de Biologie*. Vol. 88 (1923), p. 1323; *idem* – «Sur le diagnostic précoce des néoplasies malignes par l'hyperglycémie provoquée». *Bulletin de L'Association Française pour L'Étude du Cancer*. Vol. 12 (1923), p. 726; *idem* – «La diathermie gynécologique. Moyen auxiliaire précieux de la curietherapie utero-vaginale». *Bulletin de L'Association Française pour L'Étude du Cancer*. Vol. 9, n.º 6 (1930), p. 510; GENTIL, F.; GOYANES, J.; GUEDES, F. B. – «Sobre la radiografia de la glándula mamaria y su valor diagnóstico». *Archivos Españoles de Oncología*. Vol. 2, n.º 1 (1931), p. 111-142; GENTIL, F., COSTA, S. F. Gomes da – «Sensibilisation du tissu néoplasique à l'action des rayons X provoquée par l'application locale d'insuline». *C. R. Soc. de Biologie*. Vol. 109 (1931), p. 511; GENTIL, F.; MARQUES, Maria Fernanda – «La curietherapie sous-claviculaire dans l'amputation du sein». *Bulletin de L'Association Française Étude Cancer*. Vol. 28, n.º 5 (1939), p. 843.

⁵³⁶ Cf. GENTIL, Francisco; DIAS, M. Th. Furtado – «Étude d'une nouvelle technique pour l'application viscérale du radon». *Arquivo de Patologia*. Vol. 22, n.º 3 (1950), p. 292-303.

Gráfico 9: Artigos publicados por Francisco Gentil em periódicos científicos (1900-1958)

Fonte: Bibliografia de Francisco Gentil. Cf. o anexo 3.

nente: «Doentes, estudo, porta aberta a todos quantos honestamente queiram trabalhar, fechada ao milagre cabotino dos que rufam o tambor e só possuem sucessos, no Instituto Português de Oncologia há êxitos e insucessos, mas todos são severamente registados para nosso ensinamento»⁵³⁷.

Outra das áreas que também assistiu a um interessante e consistente conjunto de trabalhos de investigação foi a da radioterapia, inicialmente pela mão de Bénard Guedes⁵³⁸, mas também este contou com a colaboração, nalguns casos esporádica, noutra mais continuada, de Francisco Gentil, que muito se dedicou ao uso concomitante da radioterapia com a cirurgia⁵³⁹. Os temas versavam principalmente a patologia oncológica ginecológica-mamária e o uso terapêutico das radiações, associação que se fez por longos anos no seio

⁵³⁷ GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social*. N.º 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 15.

⁵³⁸ Cf. GUEDES, F. Bénard – «Sobre o tratamento dos fibromiomas e hemorragias uterinas pelos raios X e pelo rádio (resultados de 10 anos de prática)». *Lisboa Médica*. Vol. 2 (1925), p. 16; *idem* – «Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Röntgentherapie des Brustkrebses». *Sonderdruck aus Int. Radioth.* Vol. 2 (1926/7), p. 831, *idem* – «Notas estatísticas sobre o tratamento do cancro do colo do útero pelas radiações». *Arquivo de Patologia*. Vol. 4 (1932), p. 5, *idem* – «Die Radiotherapie des Karzinome des Collum uteri». *Strahlentherapie*. Vol. 54 (1935), p. 238, *idem* – «La diathermie gynécologique, moyen auxiliaire précieux de la curietherapie uterovaginale». *V.ª Congrès Int. Physiothérapie*. Liège (1931), e *idem* – «Roentgenerapia do cancro da mama. Primeiros resultados». *Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Vol. 62 (1944), p. 113.

⁵³⁹ Cf. GENTIL, Francisco; GUEDES, F. Bénard – «Sobre curieterapia nos carcinomas do útero». *Lisboa Médica*. Vol. 2, n.º 8-9 (1925), p. 405 e *idem* – «Sobre roentgenerapia no cancro da mama. Técnica; resultados». *Arquivo de Patologia*. Vol. 1 (1925/1928), p. 122-137.

da prática radiocirúrgica entretanto estabelecida no IPO, e não faltou ainda a experiência em parceria com Gomes da Costa, sobre o efeito dos raios X nos tumores submetidos à aplicação de insulina⁵⁴⁰.

Um dos contributos mais interessantes que resultou dos estudos de Francisco Gentil, Bénard Guedes e Henrique Parreira, foi certamente ao nível da compreensão do metabolismo da glicemia pela aplicação de radiações. De facto a glicemia aumentava, mas mostraram que as modificações desta eram muito diversas, se se irradiasse uma neoplasia maligna ou um tecido normal, o que contrariava a hipótese de uma acção geral das irradiações sobre o metabolismo global do organismo.

Assente nos mais modernos métodos laboratoriais, os trabalhos de investigação do Instituto eram reconhecidos e tidos como referenciais, balizados como estavam pelas novas orientações experimentais de Athias. O caminho trilhado pelo Instituto nesta matéria, enquadrava-se claramente nas emergentes necessidades de formação médica, onde «Os problemas sempre tão debatidos da herança cancerosa e do contágio, e que só argumentos estatísticos tão sujeitos a caução procuravam resolver, são pelos novos estudos fixados num estado constitucional físico-quimicamente definido, permitindo reconhecer nos estados pré-cancerosos a constituição cancerosa, antes que o neoplasma se desenvolva, e até depois de uma intervenção prever a recidiva! Não virá longe o tempo em que à modificação do meio se vá procurar a cura... e de resto há a tendência a admitir que é este o processo por que as radiações actuam. São pontos ainda escuros, mas a que se antevê possível, e quem sabe se rápida, solução»⁵⁴¹.

Tanto no *Arquivo de Patologia* como no *Boletim do IPO* é possível aceder a uma inusual quantidade de estudos e relatórios que provam a intensa actividade da instituição portuguesa nos diferentes ramos da cancerologia, sobretudo nos anos 30 e 40, atestando o destaque colocado no plano da investigação.

Para além dos trabalhos saídos da pena de Athias, Parreira, Gomes da Costa, Simões Raposo, Maria Teresa Dias ou Francisco Gentil, outros se destacaram, não tanto na área estrita da oncologia. Foi o caso da bioquímica, que teve em Avelar de Loureiro um investigador particularmente dedicado: entre 1927 e 1935 publicou uma interessante série de 16 artigos, nove deles nos *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie*, um na *Biochemische Zeitschrift* e os restantes seis no *Arquivo de Patologia*. O amplo leque de estudos que realizou versou a normalização das turvações nefelométricas, as reacções colorimétricas por oxidação, a fracção saponificável do óleo de fígado de bacalhau e a biologia do vírus da varíola-vacina.

⁵⁴⁰ Cf. GUEDES, F. Bénard; COSTA, S. F. Gomes da – «Sobre a sensibilização do tecido neoplásico à acção dos raios X, pela aplicação prévia de insulina». *Lisboa Médica*. Vol. 9 (1932), p. 767.

⁵⁴¹ SOUSA, Jaime Salazar de – «Necessidades actuais do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano L, n.º 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 383.

Francisco Gentil soube ainda tirar o melhor partido das possibilidades apresentadas pela presença no nosso país de refugiados estrangeiros de grande prestígio no mundo científico. Foi o caso do anátomo-patologista alemão Joachim Friedrich Wohlwill, refugiado da Alemanha nacional-socialista, que de 1934 a 1936 ocupou o lugar de prosector de anatomia patológica no IPO, enriquecendo com o seu trabalho e metodologia este sector fundamental da vida do Instituto, chegando inclusive a publicar os resultados de estudos que entretanto realizou sobre o carcinoma do colo do útero, e outras contribuições de natureza morfológica. Nessa altura, a histologia era uma das áreas de maior carência no país, e o curso de histologia patológica que entretanto dirigiu, teve igualmente grande impacto no meio médico lisboeta, marcando em certa medida o fim de uma escola anátomo-patológica assente em princípios emanados da escola alemã. Em 1936 passou para o Hospital Escolar de Santa Marta, onde permaneceu até à sua partida para os EUA, em 1946.

Em termos globais, os anos 30 assistiram ainda a um período de intensa formação médica na área da oncologia, algo desusada entre nós, e que se destacava pelo aperfeiçoamento dos diferentes especialistas. Feito através de vários cursos, reuniões, conferências, lições e demonstrações de técnicas operatórias, tanto por médicos e cientistas nacionais mas sobretudo por estrangeiros, o intercâmbio com outros centros anticancerosos esteve sempre na agenda destas acções de formação, algo que não sendo inédito no país, o era certamente pela intensidade com que decorria, sobretudo numa área emergente como a oncologia.

Alguns exemplos disso foram os cursos intensivos de röntgenterapia e curieterapia nos finais dos anos 20 e princípio dos anos 30, ou ainda os diferentes ciclos de conferências em 1938 e 1939, em que participaram especialistas espanhóis, franceses, suíços e alemães nas áreas da radioterapia, nomes sonantes do seu tempo, com palestras de José Goyanes, Simone Laborde, H. Cramer, H. Holthusen, Max Askanazi e H. Shintz. Outros conferencistas incluíam o britânico Negus ou o francês Noüy. Toda esta actuação se desenvolvia em âmbito e moldes universitários.

A radioterapia, fosse ela a aplicação dos raios X ou do rádio, foi claramente a área que mais realce assumiu, algo bem patente na transferência de conhecimentos e competências que se viram materializadas nas séries de lições sobre o cancro e seu tratamento, e ainda nos estágios entretanto realizados pelos colaboradores do IPO no estrangeiro⁵⁴².

A presença destes destacados investigadores, alguns deles, na altura como ainda hoje, considerados pioneiros na investigação experimental do cancro, é exemplificativa do estabelecimento de um intercâmbio dirigido ao que de melhor se fazia nesse tempo.

A inovação técnica e científica entrava pela porta da frente do IPO, constantemente, e sem constringões, quase sempre conduzida pela mão de Francisco Gentil e dos seus colaboradores mais directos. O intercâmbio regular e selectivo com as mais destacadas figuras

⁵⁴² Cf. as duas séries de lições de 1938-39 encontram-se publicadas no *Arquivo de Patologia*. Vol. 11, n.º 1 e 2 (1939).

médicas internacionais ligadas ao tratamento e investigação do cancro, permitiram-lhe trazer vários prelectores especialistas a Portugal, para a realização de algumas centenas de reuniões, palestras e conferências. Em paridade, as experiências clínicas, a descrição de estudos, a partilha de técnicas e métodos, tudo isto se tornou rotina a partir da segunda metade dos anos 30, conferindo ao IPO um lugar de oásis no contexto das denominadas ciências biomédicas⁵⁴³ em Portugal. Basta dizer que muitos artigos da autoria de investigadores do Instituto se viram publicados em vários periódicos médicos de divulgação internacional, de tal modo que em 1936 era possível contar 17 jornais científicos estrangeiros (entre espanhóis, franceses, alemães e italianos) com pelo menos uma publicação proveniente do IPO⁵⁴⁴. No contexto interno, para além do *Arquivo de Patologia*, também é possível encontrar artigos em todas as principais revistas médicas portuguesas coevas, dos *Archives Portugais des Sciences Biologiques à Medicina Contemporânea*, passando pelo *Boletim da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica*, *Imprensa Médica*, *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, *Lisboa Médica* e *Portugal Médico*.

Numa altura em que ainda se discutiam e debatiam os novos rumos da medicina e da investigação médica nacional, surgiram propostas para a criação de um curso superior de medicina dirigido ao professorado, onde a primazia estivesse na bioquímica, e ainda a criação de um laboratório oficial de investigação biológica e físico-química. Com as devidas reservas, o discurso de Jaime de Sousa à Sociedade das

Curso de Roentgenerápia e Curierápia

Em 22 de Abril próximo inaugura-se no Instituto Português para o Estudo do Cancro (Instituto Português de Oncologia) o 3.º Curso de Roentgenerápia e Curierápia, que terminará em 11 de Junho do mesmo ano.

Condições do Curso: 1.º—A inscrição é limitada a 8 alunos; 2.º—A importância da inscrição é de Esc. 500\$00, a satisfazer na Secretaria do Instituto até 20 de Abril; 3.º—O Curso compreenderá quatro lições teóricas por semana e exercícios práticos todos os dias; 4.º—Os alunos assistirão às Consultas de Cancerosos do Instituto; 5.º—No fim do Curso será passado um certificado aos alunos que tiverem frequentado mais de nove décimos das lições e dos exercícios práticos, demonstrando conhecimentos e aptidões.

Horário do Curso: Lições: Terças, quartas, sextas e sábados às 14 ½ horas Consultas de cancerosos; Segundas e quintas às 14 horas. Exercícios práticos nos mesmos dias às 15 horas.

Figura 12: Anúncio do 3.º Curso de Roentgenerápia e Curierápia na imprensa médica (1930). A formação médica na área das tecnologias terapêuticas da radioterapia teve particular ênfase no IPO, sobretudo ao longo dos anos 30. Fonte: *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano XLVIII, n.º 11 (16 de Março de 1930), p. 100.

⁵⁴³ O uso da denominação «ciências biomédicas» corresponde à classificação que Celestino da Costa atribuiu às ciências médicas e biológicas nas suas aplicações à medicina e à farmácia. Neste caso, incluía, no tocante a Lisboa, aos institutos e laboratórios da FML, os centros de investigação clínica e laboratórios dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o Instituto Científico de Bento da Rocha Cabral, e ainda o Instituto Português de Oncologia e suas secções. Cf. COSTA, A. Celestino da — *O Problema da Investigação Científica em Portugal*. Coimbra, 1939.

⁵⁴⁴ A listagem é constituída por: *Acción Médica*, *Anales de Medicina Interna*, *Archives d'Electricité Médicale*, *Archivio Italiano di Chirurgia*, *Archivos Españoles de Oncologia*, *Biochemische Zeitschrift*, *Boletín del Instituto de Medicina Experimental*, *Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*, *Comptes Rendues des Scéances de la Société de Biologie*, *Galicía Clínica*, *Internationale Radiotherapie*, *La Presse Médicale*, *Lyon Chirurgical*, *Praktische Karzinomblätter*, *Strahlentherapie*, *Tumori*, e *Zeitschrift für Krebsforschung*.

Ciências Médicas de Lisboa em 1932, permite-nos julgar deste lugar destacado já gozado pelo IPO, mediante as críticas feitas ao restante contexto da investigação biomédica:

*(...) ao menos que se faça desde já um laboratório oficial de investigação biológica e físico-química completamente apetrechado, mandem-se desde já lá fora os futuros investigadores, mas escolhidos nas três faculdades entre os novos, que para a investigação mostrem competência, para que esta se não limite à inútil hecatombe de animais de experiência repetindo o que já é banal ou corriqueiro, ou o que nada vale. Mas pague-se aos investigadores que produzirem trabalho útil ou científico, e não se faça dessa instituição um nicho de apadrinhadas incompetências; não avaliar o trabalho pela assinatura do ponto, não transformar os investigadores em amanuenses de investigação (...)*⁵⁴⁵.

Do mesmo modo, Celestino da Costa debateu-se por longo tempo com a necessidade de transformação do tecido científico nacional, referindo frequentemente o atraso em matéria de investigação própria nos primeiros trinta anos do século XX:

*Portugal não tem constituído meio próprio sobre a Ciência. Assim, tem visto morrer muitas tentativas brilhantes de criação científica. Nas poucas vezes que no nosso país a investigação tem florescido, tem-se visto, precisamente, criar-se e desenvolver-se um meio científico. Quando um sábio consegue reunir a sua volta discípulos de merecimento, aos quais comunica o gosto pelo estudo da ciência, formando assim escola, a sua obra tem probabilidades de perdurar*⁵⁴⁶.

Longe deste quadro desfavorável pintado por Jaime de Sousa e Celestino da Costa sobre a realidade da investigação portuguesa, estava uma dessas poucas estruturas onde a investigação, de facto, floresceu.

Mais do que um hospital com funções estritamente assistenciais, consolidou a ligação umbilical entre a pesquisa científica e a prática clínica, conexão que também se desenvolveu noutros estabelecimentos de saúde coevos⁵⁴⁷, mas em cujo domínio o instituto se tornou paradigmático no contexto hospitalar português, com contributos quantificáveis em termos de volume do trabalho publicado nas revistas médicas que criou e manteve.

Nesse domínio, transformou-se num caso raro na panorâmica científica nacional da década de 30 e 40. Aqui, a investigação não se fazia apenas à custa da habitual clínica. Para além dos gabinetes de consulta, das salas de operações, das cabines de raios X, e das insta-

⁵⁴⁵ SOUSA, Jaime Salazar de – «Necessidades actuais do ensino médico». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano L, n.º 50 (11 de Dezembro de 1932), p. 386.

⁵⁴⁶ COSTA, A. Celestino da – «Considerações gerais sobre a investigação científica em Portugal». *Lisboa Médica*. Ano 7. 11 (1930), p. 93.

⁵⁴⁷ Se bem que por motivos diferentes, outro destes lugares onde se estabeleceu uma forte ligação entre a prática clínica e a investigação científica foi a Escola de Medicina Tropical e o Hospital Colonial de Lisboa. Cf. AMARAL, Isabel – «The emergence of tropical medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935)». *Dynamis*. Vol. 28 (2008), p. 301-328.

lações de radium, trabalhavam igualmente os laboratórios. A anatomia patológica, a físico-química, a fisiopatologia, e a biologia experimental, todos se conjugavam, tornando-o um local privilegiado para a pesquisa científica, mormente a relacionada com o cancro, mas sem rejeitar as demais áreas do saber biomédico.

A existência de um sistema de arquivo e registo de doentes, patologias, peças anatómicas e demais informação clínica, foram uma mais-valia à investigação. A bibliografia que o crescente número de investigadores podia consultar foi sendo progressivamente aumentada ao longo dos anos. Desde o início composta por revistas referenciais, como era o onnipresente *Bulletin de L'Association Française pour l'étude du Cancer*, assinado desde 1912, em meados dos anos 20 a biblioteca era já formada por dezenas de periódicos internacionais, que a tornaram referencial e única no país no tocante à cancerologia. Tendo começado em 1927 com algumas publicações, em 1934 e por troca com o Arquivo de Patologia recebiam-se já 73 revistas, de um total de 133 publicações periódicas existentes na biblioteca. O número de publicações obtidas por troca aumentou ainda mais em 1945, recebendo-se nesse ano 97 revistas de 17 países. Em 1951 eram já 710, provenientes de 32 países. A par dos periódicos, a biblioteca contava nesse ano com um total de 3.198 livros⁵⁴⁸.

A fama que entretanto corria sobre as possibilidades técnico-científicas do Instituto serviu para alicerçar um lugar muito próprio entre as demais instituições dedicadas às ciências biomédicas:

A Direcção procurou sempre satisfazer, na medida das disponibilidades financeiras do Instituto, os pedidos do pessoal que cumpriu, quer pelo que respeita à aquisição de material, quer pelo que se refere à melhoria das instalações. Daqui, certamente, em grande parte a fama que, felizmente, já corre pelo país de que o Instituto Português de Oncologia é um dos meios mais agarradáveis para nele trabalharem os que querem aprender e desenvolver a sua acção, dentro duma profissão que, quanto mais avançamos no progresso, mais ricos são os elementos de que carece para o seu perfeito exercício⁵⁴⁹.

Numa altura em que a própria condição do investigador não era favorecida entre nós, a sensação de isolamento destes investigadores face à realidade científica estrangeira era coisa que não existia. O envio de assistentes do IPO ao Institut du Cancer em Paris⁵⁵⁰, considerado o centro de excelência mundial na área da radioterapia e um dos melhores centros anticancerosos do mundo, ilustra bem o alto nível de preparação técnico-científica que

⁵⁴⁸ Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 18, n.º 11 e 12 (1951), p. 26.

⁵⁴⁹ PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 28.

⁵⁵⁰ Fundado em 1922, o Institut du Cancer em Villejuif (denominado Institut «Gustave Roussy» desde 1948) inaugurara a mais recente unidade de braquiterapia com Jean Pierquin, Georges Richard e Simone Laborde. Esta última, visitou Portugal em 1938 no decurso da primeira série de lições sobre o cancro que decorreram no IPO.

se pretendia conferir a esses profissionais. Foram estes os mesmos que posteriormente desenvolveriam as suas funções no Instituto, aplicando as mais recentes inovações, mormente no âmbito da radioterapia e da física das radiações⁵⁵¹.

A própria edificação dos diferentes pavilhões do IPO também obedeceu à transferência de conhecimentos sobre a protecção contra radiações, trabalho muito desenvolvido em França e na Suécia, e que serviu como base para as normas de protecção dos funcionários e doentes.

O recurso a estágios em centros hospitalares estrangeiros foi hábito comum para muitos médicos do IPO, financiados sobretudo através de bolsas da Junta para Educação Nacional (mais tarde IAC), da LPCC ou outras. A investigação estava de tal forma irmanada com o ensino, que o trabalho de pesquisa não estava concentrado nas mãos de docentes ou de formandos em fase de pós-graduação, sendo ao mesmo tempo distribuído pelos assistentes da casa. A missão de estudo realizada desde 1938 por Manuel Prates a Moçambique, com o intuito de realizar um estudo clínico e anátomo-patológico das neoplasias do fígado dos indígenas dessa província, é outro exemplo do investimento realizado em matéria de investigação, feita com recurso a um desses assistentes.

Contudo, a remuneração destes profissionais nem sempre correspondia ao brilho da investigação, e apenas uma parte deles se encontrava em dedicação exclusiva de funções, com a correspondente retribuição financeira. A outra parte – a maior parte – exercia funções de docência universitária, o que obviava os problemas da remuneração mas não os da exclusividade. Existiam ainda os formandos em fase de preparação da especialidade e os bolsseiros. O número de investigadores adstritos ao quadro manteve-se limitado ao corpo médico e técnico. Em 1939 eram 25, e em 1945 eram cerca de 30 os profissionais (médicos e demais cientistas) que trabalhavam no Instituto, «(...) alguns deles sem remuneração, e outros pagos como os de serviço de duas horas diárias quando no IPO muitos passam ali mais de 60 horas por semana e expõem, apesar das precauções tomadas, a saúde e a vida»⁵⁵².

A compensação material dos investigadores era assunto não menosprezado pela comissão directora, ciente da necessidade de alguns deles em angariar os recursos suficientes para o sustento próprio. O problema da remuneração obrigava em muitos casos a recorrer ao acumular de cargos e funções, problema que se estendia à quase totalidade da comunidade científica portuguesa. Faltava, e durante muitos anos faltou uma carreira de investigadores. Se bem que estudada e projectada, permaneceu não regulamentada, nem implementada, o que apesar de tudo não trouxe consequências para o funcionamento dos planos de pesquisa traçados pelo estabelecimento de Palhavã.

⁵⁵¹ Cf. KABZINSKA, Krystyna – «Os estudantes do Laboratório Curie no Instituto do Rádio, em Paris, e os pioneiros do estudo do cancro em Portugal». *Gazeta de Física*. Vol. 12, n.º 3 (1989) p. 102-111.

⁵⁵² GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social*. N.º 25-26 (Março e Abril de 1945), p. 16.

Este problema era pontualmente resolvido com prémios da iniciativa pública ou privada, geralmente atribuídos aos melhores trabalhos científicos, reforçando a meritocracia e incentivando as possibilidades de investigação existentes. Um desses exemplos proveio da firma minhota J. da Silva Pereira, empresa que em 1944 criou um prémio de 50.000\$00, com a finalidade de: «(...) com o seu rendimento auxiliar as investigações científicas que permitam alcançar o segredo do cancro»⁵⁵³. Outros incentivos eram de natureza mais coerciva: a comissão directora deliberara em 1938 não reconduzir pessoal médico e técnico noutra categoria, que não apresentasse, pelo menos de dois em dois anos, qualquer trabalho digno de publicação, e que não cumprisse a obrigação, imposta por Gentil, de estudar especialmente determinados assuntos referentes aos casos de tumores malignos observados e tratados no Instituto⁵⁵⁴.

A actividade científica do Instituto era devedora da investigação que nele se realizava. Manifestando-se de diversas formas, que iam da publicação de artigos originais resultantes de observações e investigações próprias, passando por lições clínicas e sessões operatórias, reuniões para a apresentação e discussão de casos clínicos, havia ainda conferências por cancelogistas convidados, a par da frequente representação do Instituto em reuniões fora do país.

No contexto científico, o seu contributo foi pioneiro na estruturação e normalização da investigação científica oncológica portuguesa. Os trabalhos publicados versavam praticamente todos os grandes capítulos da oncologia clínica e experimental. Tornando-se rapidamente num exemplo de modernidade científica, fosse pela adopção integral de paradigmas de investigação ainda emergentes entre nós, fosse pelo lugar destacado que assumiu no processo da produção científica própria, marcou a formação de um conjunto de técnicos médicos e não médicos que se tornaram a imagem viva de uma instituição talhada para uma actividade mista, dedicada em primeiro lugar à investigação, e só depois ao ensino e à assistência.

Esta trilogia, «Investigação, ensino e assistência», premissa que Gentil sempre defendeu e continuamente reproduziu, criou as condições necessárias à renovação da pesquisa científica não só na oncologia, mas também no modo como a medicina nacional se passava a compartimentar.

Nesse sentido, teve duas consequências fundamentais para a medicina portuguesa: por um lado, criou um corpo de médicos voltados para a prática hospitalar ultra-especializada cujos interesses eram distintos dos da medicina liberal, dando origem a uma nova elite voltada para a investigação; por outro, criando as condições para uma especialização oncológica que se baseava, na sua expressão máxima, num monopolismo institucional do tratamento da doença, participando indirectamente num processo de perda de autonomia da clínica livre na sociedade.

⁵⁵³ Portaria n.º 10.581. *Diário do Governo*. I.ª Série. N.º 8, de 13 de Janeiro de 1944, p. 24-25.

⁵⁵⁴ Cf. ATHIAS, M. – *Actividade Científica*. In PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 58.

3. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL, FINANCIAMENTO E MODELO DE FUNCIONAMENTO

*O doente é, felizmente, como o capital,
e aflui onde sente poder confiar*⁵⁵⁵.

FRANCISCO GENTIL, 1953

No quadro assistencialista português dos anos 20 e 30, a luta contra o cancro enquadrava-se ideologicamente no primado do higienismo e da medicina preventiva. Apesar disso, a cultura sanitária dominante concedia ao IPO alguma folga na expressão das funções que lhe estavam legalmente atribuídas.

Apesar de estabelecido e imbuído desse espírito, o Instituto ocupou um lugar de manifesta independência funcional, conquanto fosse tutelado pela orgânica estatal. A Constituição de 1933 reforçou o papel do Estado em matéria de higiene pública⁵⁵⁶, e por longo tempo o IPO se manteve englobado nas poucas estruturas higio-sanitárias sob a alçada do poder político, controlo esse realizado através da orgânica funcional do Ministério da Instrução.

Assim permaneceu até à reforma dos serviços de saúde e assistência dos anos 40, sem que esta tivesse promovido alterações de fundo na sua organização ou subordinação hierárquica. Enquanto estrutura hospitalar, viu-se incrementado em meios e capacidade de tratamento, sendo uma instituição apartada das demais. Nessa altura, a esmagadora maioria delas pertencia às Misericórdias, e poucos eram os hospitais directamente geridos pelo Estado. Para assegurar a total cobertura do território nacional no respeitante à luta anticancerosa nos seus múltiplos aspectos, o país considerava-se dividido em três zonas, Norte, Centro e Sul, mas apenas o Centro de Lisboa funcionava, cobrindo todas as necessidades nacionais⁵⁵⁷.

A reforma dos serviços de saúde e assistência de 1945⁵⁵⁸, continuou a privilegiar a inclusão do IPO no Ministério da Educação Nacional, o que desde logo o colocava num lugar aparte no quadro da política de saúde, em circunstâncias administrativas similares às do Hospital Escolar da Universidade de Lisboa. Em matéria sanitária, a assistência social emanada do Estado tinha uma acção de profilaxia e defesa contra a tuberculose, o sezónismo, o cancro, as doenças infecciosas, as anomalias mentais, as de nutrição e as adquiri-

⁵⁵⁵ GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)». *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 1 (1953), p. 2.

⁵⁵⁶ No seu artigo 40.º, a Constituição referia que «É direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade da alimentação e da sua higiene pública». Cf. *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA* – Lisboa: Imprensa Nacional, 1933, Art.º 40.º.

⁵⁵⁷ Cf. o DL n.º 36.600, de 24 de Novembro de 1942.

⁵⁵⁸ Cf. o DL n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

das no decorrer do trabalho. Esta acção assistencial e profilática era desenvolvida através de institutos especializados, concebidos como órgãos de coordenação da assistência⁵⁵⁹. A função do Estado e das autarquias na prestação da assistência mantinha-se supletiva das iniciativas particulares, que seriam orientadas, tuteladas e favorecidas pelo Estado, sem haver no entanto, qualquer perda das características particulares⁵⁶⁰.

Se antes dessa reforma já era grande a disseminação dos serviços de saúde, apesar dos objectivos centralizadores do decreto que deu forma à reforma, continuou a ser ainda grande a dispersão de serviços e estabelecimentos com funções nos domínios da sanidade e assistência fora da dependência do Ministério do Interior⁵⁶¹.

Tendo permanecido fora do aparelho burocrático entretanto criado para englobar os serviços de saúde e assistência, o IPO fazia parte daquele conjunto de múltiplas instituições específicas nas doenças a que se dedicavam, autónomas e independentes entre si, captando recursos financeiros significativos. Nesse sentido encontrava-se em paridade com as instituições dedicadas à tuberculose, ao paludismo, à lepra e à área psiquiátrica.

Legalmente integrada na actividade profilática de ordem sanitária da assistência social, obedecia a um plano de acção profilático nacional, mas mantinha uma autonomia considerável, com uma expansão prevista para o médio prazo. Nestas circunstâncias, na sede de cada uma das zonas (norte, centro e sul) deveria existir um centro do IPO, cuja actividade se destinaria a servir a população residente na zona geográfica correspondente. Mas apesar da funcionalidade tridimensional que originalmente o caracterizava – *investigação, ensino, assistência* – o IPO tornou-se acima de tudo um centro de tratamento, num país com vários défices assistenciais a esse nível. Assumiu, em certa medida, as funções de um verdadeiro hospital geral, parcialmente desviado da sua função primordial, o que lhe valeu algumas críticas nesse sentido, sobretudo de 1948 em diante.

A luta contra o cancro, vista como problema social, encontrava-se enquadrada por uma política claramente preventiva, feita com recurso ao diagnóstico precoce. O envio de

⁵⁵⁹ Vejam-se as Bases VII e seguintes da Lei n.º 1.998 e ainda os artigos 113.º e seguintes do DL n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

⁵⁶⁰ Cf. a Base III e IV da Lei n.º 1.998, de 15 de Março de 1944.

⁵⁶¹ No Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social – os serviços de assistência dos organismos corporativos e os das instituições de previdência; no Ministério da Justiça – os Serviços Jurisdicionais de Menores e a Federação Nacional das Instituições de Protecção à Infância; no Ministério da Guerra – Pupilos do Exército, o Instituto de Odívelas, os Serviços de Saúde do Exército e os serviços de assistência aos militares tuberculosos; no Ministério da Marinha – os serviços de saúde naval e os de assistência aos militares tuberculosos da Armada; no Ministério das Obras Públicas – o Commissariado do Desemprego; no Ministério da Educação Nacional – os serviços de saúde escolar, a Obra das Mães pela Educação Nacional, o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, o Instituto de Orientação Profissional, o Instituto Português de Oncologia, o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e o Hospital Escolar da Universidade de Lisboa. BRANDÃO, Diogo de Castelbranco de Paiva – «A obra de assistência do Estado Novo». *Boletim da Assistência Social*. Ano 6.º, n.º 65 a 70 (Julho a Dezembro 1948), p. 149. Em 1961 a dispersão mantinha-se sensivelmente nos mesmos moldes, com pequenas alterações pontuais que em nada retiravam o carácter de disseminação dos estabelecimentos e dos meios. Cf. *Sessão da Câmara Corporativa*, 6 de Abril de 1961, p. 1295.

doentes ao Centro anticanceroso, passava não só pela eficácia deste mesmo diagnóstico, mas também pela sensibilidade dos médicos, que cada vez mais remetiam os casos suspeitos a uma instituição que expandia rapidamente o seu número de inscritos. Tratavam-se os realmente cancerosos, mas também era extensa a lista das lesões não cancerosas ou pré-cancerosas detectadas.

Era ainda habitual o envio de doentes provenientes da clínica privada, fosse para realizarem radioterapia curativa, ou para serem irradiados como complemento de actos cirúrgicos, ou ainda para os preparar para um maior êxito operatório. O número absoluto de doentes inscritos cresceu rapidamente; eram provenientes de todo o país, incluindo alguns poucos dos territórios ultramarinos (veja-se o quadro 15).

Quadro 15: Doentes inscritos no IPO (1928-1939)

Ano	Doentes inscritos	Doentes novos	Neoplastias malignas	Neoplastias benignas	Sem neoplasia
1928	952	–	627	35	290
1929	1.552	570	1.026	170	326
1930	1.992	470	1.201	93	698
1931	2.226	234	1.275	227	724
1932	2.406	176	1.353	241	809
1933	2.532	1.714	1.330	267	935
1934	2.821	1.895	1.442	265	1.114
1935	3.188	2.161	1.839	Incluídas	1.349
1936	3.550	2.270**	2.034	Incluídas	1.691/175*
1937	3.223	2.025**	2.184	Incluídas	2.144/1.045*
1938	3.615	1.875**	1.901	443	2.577/1.306*
1939	3.827	2.131	2.572	520	2.537/1.282*

Fonte: *Boletim do IPO*. (1934-1940).

* Doentes observados mas não inscritos. Desde 1 de Outubro de 1936 que se deixaram de inscrever doentes sem neoplasia, o que não significa que não continuassem a ser observados no IPO um número crescente de doentes.

** Dados aproximados.

Como se procedia à admissão dos doentes? Se bem que podiam ser encaminhados por qualquer médico directamente ao Instituto em caso de suspeita de doença oncológica, inicialmente eram provenientes do Hospital Escolar de Santa Marta. A abertura da consulta de rastreio alargou o acesso à instituição, mas a maioria dos admitidos continuava a proceder de hospitais públicos ou das Misericórdias. O restante era encaminhado a partir da clínica privada, sendo enviados com cartas de recomendação, o que chegava a suscitar a manutenção de correspondência sobre alguns dos casos, como aquela que Francisco

Gentil manteve com Bissaya Barreto acerca de alguns doentes que este lhe remeteu⁵⁶². No caso de doentes pobres, incapazes de pagar o seu tratamento, pertencia às câmaras municipais deliberar sobre a hospitalização dos pobres do seu concelho, sendo responsáveis pelo pagamento das despesas inerentes ao transporte e tratamento dos doentes oncológicos que eram admitidos com guia passada pela própria câmara.

Em termos administrativos, os doentes a tratar podiam ser incluídos numa de três categorias contributivas: doentes *pensionistas*, *porcionistas* ou *gratuitos*. A primeira categoria era aquela que não se fazia acompanhar de um termo de responsabilidade de uma instituição ou que não apresentava atestado de pobreza. Como tal, satisfaziam o preço da tabela das consultas e tratamentos, segundo tabela aprovada na instituição. A segunda categoria correspondia aos doentes que se faziam acompanhar de um termo de responsabilidade das Câmaras Municipais ou de outras instituições que beneficiavam de condições especiais. Por fim, a última categoria, que correspondia à grande maioria, era formada por aqueles que apresentassem um atestado de pobreza exarado pela Junta de Freguesia da sua área de residência. Existia ainda uma outra categoria para os que não se incluíam numa das duas últimas categorias, ficando em *situação provisória*, durante a qual lhe eram prestados os tratamentos gratuitamente, aguardando-se, por um prazo de oito dias, que regularizasse a sua situação.

De acordo com o Código Administrativo⁵⁶³ e a Lei n.º 1.998 de 15 de Março de 1944⁵⁶⁴, cabia aos municípios suportar os encargos de tratamento de todos os pobres e indigentes com domicílio de socorro no respectivo concelho. Esta obrigação municipal, que era muito anterior a esta data, criou problemas habituais ao IPO. Dada a natureza socioeconómica de uma fatia considerável do tecido humano português, esta obrigação pesava de sobremaneira no orçamento de muitas Câmaras, e não raro os hospitais centrais se viam obrigados a utilizar meios coercivos para conseguirem reaver o pagamento dos tratamentos realizados. Algumas Câmaras, de molde a contornarem essas obrigações, endossavam-nas às Comissões Municipais de Assistência. Outras ainda, negavam ou demoravam a guia de responsabilidade aos munícipes, o que no caso do tratamento de doentes oncológicos levou a que casos potencialmente tratáveis fossem irremediavelmente perdidos, fruto dos atrasos na atribuição da dita guia. A constatação desta realidade não deixou de ser aflorada na própria imprensa médica, com o relato de alguns casos dessa natureza, pelo menos desde a década de 30.

⁵⁶² Cf. FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932).

⁵⁶³ Nos termos do n.º 7 do artigo 751.º do Código administrativo, a responsabilidade das Câmaras circunscrevia-se apenas às despesas de tratamento e de transporte relativas a doentes admitidos nos Hospitais Cíveis de Lisboa, Hospital Escolar, Hospital de Santo António do Porto, Hospital da Universidade de Coimbra, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

⁵⁶⁴ Cf. o Estatuto da Assistência Social de 1944, aprovado pela Lei n.º 1.998, de 15 de Março de 1944.

Aludindo a um desses casos que acompanhou, Xavier Morato concluía:

Nada nos prova que a evolução deste caso teria sido diferente se as guias da Câmara tivessem sido concedidas na altura competente. Mas é lícito admitir que o que se passou com esta doente se passa com centenas de outros doentes, por todo o País, e que se dariam os mesmos factos mesmo que o diagnóstico tivesse sido mais precoce. – A experiência criada na Consulta Externa do serviço hospitalar, onde somos interno, prova-nos que estes factos se repetem frequentemente – A razão de que as Câmaras Municipais teem os seus orçamentos gravemente perturbados pelas dívidas aos Hospitais Cívicos de Lisboa é uma grande e forte razão de ordem económica e financeira, concordamos. Mas que essa razão sirva para levantar escolhos ao tratamento eficaz dos doentes pobres, com prejuízo individual e por vezes colectivo, parece-nos duplamente criminoso⁵⁶⁵.

A própria epistolografia trocada entre o Francisco Gentil e Bissaya Barreto não deixa de colocar o dedo na ferida aberta que era o atraso habitual no encaminhamento dos cancerosos. Ao referir-se a um caso que lhe havia sido enviado em Fevereiro de 1932, Gentil aproveitou para um pequeno desabafo onde expressa o que parecia ser um hábito comum:

Afinal a doente que eu vi e operei com um cancro do grande lábio não é aquela que ontem me falou. Essa só hoje me foi mostrada. É a observação 6 979 = 28 J [aneiro] de 1932 e foi aqui recebida no fim de Janeiro por ter ido ao Hospital de S. José e metida no asilo das Portas do Sol. De lá é que a enviaram aqui e só hoje [10 de Fevereiro] esperei ver a mesma Maria Rosa Lopes de 18 anos que o meu amigo aí libertou dos 7 meses de abandono⁵⁶⁶.

Estes episódios acabavam por ser frequentes, impedindo um tratamento atempado, o que acabava por pesar mais nas repercussões da mortalidade do que propriamente no financiamento do Instituto, que das Câmaras não obtinha senão uma pequena parte do seu orçamento. Mesmo assim, podia atingir valores consideráveis, inscritos na gestão dos débitos em falta, situação que se arrastou por largos anos. Desta realidade nos dá conta o administrador Mário Neves para o ano de 1938:

Há ainda a notar que, durante o ano de 1938, não se cobraram 140.565\$00, correspondentes às importâncias facturadas às câmaras municipais por tratamentos de doentes que nos foram enviados da província com guias camarárias, e que se encontra também em débito, por conta de anos anteriores, a importância de 70.631\$00, da mesma proveniência⁵⁶⁷.

⁵⁶⁵ MORATO, Manuel João Xavier – «Luta anti-cancerosa em Portugal e as Câmaras Municipais». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 53 (31 de Dezembro de 1933), p. 391.

⁵⁶⁶ FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932), 10-II-1932.

⁵⁶⁷ Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 11. Mário Neves administrou o IPO entre 1938 e 1948.

Desde o início que as fontes de financiamento eram variadas e resultantes de procedências distintas. Nos anos 30, as principais eram as dotações orçamentais, que compreendiam as verbas concedidas pelo Estado e inscritas no orçamento do Ministério da Educação. A estas dotações acresciam ainda os rendimentos próprios provenientes dos tratamentos, hospitalização e análises pagas, assinaturas das publicações, donativos feitos directamente ao Instituto, e os subsídios do Instituto para a Alta Cultura.

Não sendo propriamente uma receita própria, os donativos feitos pela Comissão de Iniciativa Particular de luta contra o Cancro, mais tarde Liga Portuguesa Contra o Cancro, representavam o valor das aquisições ou de auxílios que essa entidade entendia ofertar perante necessidades prementes do Instituto, ou solicitadas pela sua comissão directora.

A contratação de pessoal, fossem eles médicos assistentes, enfermeiras ou investigadores, requeria por vezes o recurso a créditos especiais, e as despesas com alguns serviços, como o diagnóstico por raios X chegou mesmo a ver a sua actividade fortemente reduzida em 1938, altura em que só funcionava em casos absolutamente indispensáveis e mediante a autorização expressa do presidente da comissão directora.

Do relatório de 1938 sobre a sua actividade administrativa, é possível perceber que a vida económica da luta contra o cancro era fortemente dependente do financiamento estatal, quase sempre insuficiente para as tarefas em agenda⁵⁶⁸. O aumento crescente de doentes, e consequentemente, de tratamentos, impuseram uma sobrecarga crescente sobre os rendimentos próprios, fonte que apesar de tudo permitiu colmatar muitos encargos que deveriam recair directamente na verba dotada pelo Governo. Estes rendimentos, a par dos donativos e legados, ainda serviram para obviar outros défices, que passavam pelos materiais de consumo clínico e pagamento de serviços.

Em 1952, apesar de constantes e repetidos pedidos de alargamento do quadro de pessoal, mantinha-se o quadro primitivo. Nesse ano, cada doente custaria ao Estado cerca de 50\$00 por dia, dos quais 30\$00 eram suportados por rendimentos próprios da instituição⁵⁶⁹.

Com efeito, o financiamento do IPO viu-se minorado pela publicação do Decreto n.º 39.805, de 2 de Setembro de 1954, elaborado pelo Ministério do Interior, que reduziu a responsabilidade financeira das Câmaras Municipais perante os tratamentos dos doentes pobres, incluindo os oncológicos, mas sem que isso os tornasse totalmente gratuitos. Valeram-lhe, entretanto, as verbas próprias e os apoios da LPCC, com o que pôde inclusive contratar mais profissionais de saúde, tanto mais que o quadro do pessoal inscrito no orçamento de Estado era diminuto, e por longo tempo assim continuou.

Entretanto, o Instituto ia ampliando os seus serviços, o número de doentes e o de funcionários. Apesar do reconhecimento das dificuldades existentes pelas instâncias governa-

⁵⁶⁸ Cf. PORTUGAL, Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939.

⁵⁶⁹ Cf. GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 10.

mentais, a manutenção do estabelecimento fez-se à custa das receitas próprias e de dificuldades acrescidas na necessária expansão dos centros regionais.

3.1. A vida diária do canceroso no circuito institucional

Admitido no estabelecimento, o doente passava por um circuito que começava pela realização do diagnóstico ou pela sua eventual confirmação. As consultas, que em 1938 chegaram às 9.254, eram rotineiras, absorvendo cada vez maior número de horas diárias e um número igualmente crescente de médicos assistentes que lhes estavam especialmente adstritos. As consultas gratuitas para os pobres, que pelo menos desde 1934 funcionavam todos os dias úteis às 15h00, serviram para incrementar significativamente o número de observações, e como tal, de cancros detectados.

Nas consultas de 1.º exame fazia-se a selecção dos doentes: uns eram aconselhados a procurar outra instituição e outros eram classificados para as diferentes consultas, sendo remetidos aos laboratórios de análises clínicas e a exame radiológico. Desde que o IPO entrou em funcionamento, o diagnóstico era feito de acordo com um conjunto de exames: clínico, analítico, radiológico, endoscópico e histológico, que davam aos diferentes serviços laboratoriais um intenso movimento.

De todos eles, o histológico assumia um indiscutível lugar de destaque, sendo realizado de acordo com as premissas mais modernas, em termos de rapidez e eficiência. Esta questão não era da exclusiva responsabilidade do anátomo-patologista, que dependia em muito do trabalho do cirurgião que biopsava, e ao qual competia a obtenção do fragmento/fragmentos a analisar⁵⁷⁰. Quando a biopsia se realizava em boas condições, o exame de um fragmento tumoral dava ao anátomo-patologista todos os elementos para um diagnóstico seguro; pelo contrário, se a extracção do pedaço de tecido neoplásico fosse executado em más condições, a interpretação histo-patológica poderia levar a erros de diagnóstico da maior gravidade, com influência directa na estratégia terapêutica a seguir. Para isso, a arquitectura do próprio IPO tinha sido desenhada de forma a atender esta particular necessidade, com salas de análise histológica próximas das salas de cirurgia:

Prepara-se o doente desde início com todas as condições necessárias a uma intervenção cirúrgica larga. Depois da anestesia (local ou geral, conforme os casos), extirpa-se ou um fragmento do tumor ou o tumor inteiro, mas não o órgão onde ele se implanta, e envia-se para exame histológico. Este é feito em condições da resposta poder ser dada em alguns minutos (máximo 10 minutos) (...) A sala onde se faz este exame deve estar colocada o mais perto possível da sala de operações para evitar as perdas de tempo⁵⁷¹.

⁵⁷⁰ Cf. as recomendações de Xavier Morato a este respeito in MORATO, Manuel João Xavier – «Uma causa de erro no diagnóstico histológico das neoplasias». *A Medicina Contemporânea* (III.ª Série). Ano LI, n.º 41 (8 de Outubro de 1933), p. 297-299.

⁵⁷¹ ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 75-76.

Contudo, este procedimento implicava a existência de anátomo-patologistas em quantidade e qualidade, uma vez que exigia preparação e experiência em análises tão rápidas. Apesar de possuir estes especialistas desde o início, o Instituto teve ainda de proceder a milhares de análises para outros hospitais, o que apoucava a disponibilidade dos mesmos.

Desde a sua fundação que o departamento de anatomia patológica contou com a direcção de Henrique Parreira, que organizou os serviços de diagnóstico. Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa desde 1925, a sua formação em anátomo-patologia tinha-se aperfeiçoado em Berlim, e mais tarde Estrasburgo, desta feita na área da oncologia. Colaborador directo de Francisco Gentil desde a primeira hora, era membro da Comissão de Classificação anátomo-clínica dos tumores, composta pelo anátomo-patologista de maior nomeada. A colaboração posterior de outros anátomo-patologistas, vários deles médicos estrangeiros entretanto radicados ou em trânsito por Portugal, dotou o pequeno mas eficiente serviço hospitalar de uma reputação ímpar no país, realizando dezenas de milhares de exames ao longo dos anos, não só dos doentes do Instituto, mas também de outros provenientes de todo o país.

O exame radiográfico era igualmente utilizado, sobretudo para o diagnóstico dos tumores ósseos e dos órgãos internos, com uso de substâncias de contraste, ingeridas ou injectadas. Desde os alvares do IPO, as radiografias foram um elemento de diagnóstico muito frequente na prática médica diária, mas o exame clínico foi desde sempre fundamental, assente num registo escrito, e repetido a intervalos determinados, para completar a primeira impressão colhida.

Desde o princípio, a organização do trabalho obedeceu a um tipo de tratamento distribuído por especialidades médicas e cirúrgicas, que tinha por base o conceito de clínica oncológica como unidade funcional multidisciplinar. Assim divididos, os doentes eram distribuídos por serviços diferentes de acordo com a natureza da sua patologia, e com o principal método de tratamento a instituir. Na sua essência o tratamento entretanto ministrado pode-se considerar multidisciplinar, pelas diferentes especialidades que podia implicar, mas não era totalmente global. O conceito foi renovado em meados da década de 60, com a reorganização do Centro de Lisboa por clínicas oncológicas multidisciplinares, tornando-se no novo modelo de organização do tratamento. Dirigidas ao tratamento global das patologias e não por especialidades como até aí, marcaram uma transição na metodologia organizativa do tratamento dos doentes, e não tanto das doenças em si.

O tratamento passava ainda por uma alimentação cuidada dos internados, rubrica que foi desde sempre encarada com muita atenção, sem que isso implicasse um aumento das despesas relativamente ao nível de outras instituições hospitalares coevas. De acordo com as palavras do administrador Mário Neves:

Graças ao excelente governo da nossa Enfermeira-chefe, que tem a seu cargo o respectivo serviço, conseguimos alimentar uma média diária de 70 pessoas, entre doentes e pessoal que vive na

*instituição, pela módica quantia de 6\$00, incluindo pequeno almoço, com café, leite e pão com manteiga, almoço, compreendendo sopa, dois pratos, pão, sobremesa e vinho, e jantar, com o mesmo número de pratos, e incluindo rigorosas dietas para os doentes que delas carecem. (...) resolveu-se em 20 de Agosto dar também pequeno almoço aos doentes pobres que vêm ao dispensário, medida que se justificou, oportunamente, junto das instâncias superiores, esclarecendo-se que o estado de fraqueza em que muitos doentes se apresentavam ao tratamento não permitia, por vezes, seguir com utilidade a terapêutica aconselhada*⁵⁷².

Os pobres formavam a esmagadora maioria da crescente massa de tratados, e assim foi quase sempre. Os problemas causados por esta doença, eram, apesar de tudo, mais sentidos pelas classes baixas e de fracos rendimentos, que para usufruírem dos recursos do Instituto apresentavam atestados de pobreza ou as guias camarárias com o mesmo fim. Dos 126 homens internados em 1938, 114 estiveram em regime de gratuidade, ao passo que das 351 mulheres, apenas 38 pagaram integralmente as suas despesas⁵⁷³. A proveniência de todos aqueles que entravam no estabelecimento de Palhavã dividia-se de uma forma quase bipartida: 51,3% eram da capital, 46,2% das províncias metropolitanas, 1% das colónias e 1,5% de residentes no estrangeiro, mais precisamente na Galiza⁵⁷⁴. De futuro, estes números mantiveram-se praticamente inalterados ao longo dos anos 40 e 50, com variações de amplitude mínima, como se pode verificar nas estatísticas regularmente publicadas mensalmente no Boletim.

A criação do Serviço Social em 1948, único existente em Portugal e organizado à medida da realidade hospitalar norte-americana, tinha o propósito de colmatar os problemas da massa de doentes pobres que formavam a maioria da população de atendidos. No caso daqueles que provinham de fora da capital, competia-lhe velar o doente à sua chegada a Lisboa, adaptá-lo ao meio do Instituto, verificando se se destinava a ser internado ou a providenciar-lhe alojamento se fosse tratado em ambulatório. Não raro era necessário auxiliá-los monetariamente na obtenção desse alojamento. Nesses doentes em regime de ambulatório, velavam ainda pelo cumprimento das prescrições médicas, informavam as famílias da sua evolução e no caso de falecimento preparavam-na para esse evento. No momento da alta preparavam ainda o regresso, providenciando o pagamento do transporte, ajudando inclusive na adaptação do regresso ao lar, tanto mais que muitos regressavam mutilados.

E se possuímos dados claros sobre a proveniência geográfica e estrato social dos doentes, noutros parâmetros a estatística não nos permite extrair conclusões tão céleres. A efi-

⁵⁷² PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 13-14.

⁵⁷³ Cf. PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 21.

⁵⁷⁴ Cf. «Balanço geral dos doentes enviados ao Instituto pelas várias províncias e colónias do país». *Boletim do IPO*. Vol. 5, n.º 5 (1938), p. 7-8.

cácia dos tratamentos, e até as curas conseguidas, difíceis de contabilizar e verificar a médio e longo prazo, têm a ver com a impossibilidade de confiar nas estatísticas oficiais do próprio Instituto. Uma parte significativa dos doentes em fase de tratamento, ou dos já tratados, perdia o contacto com a instituição e havia um número considerável deles que abandonavam o Instituto em diferentes fases do tratamento. Quer por receio de qualquer compromisso de ordem económica, quer por necessidade de fornecerem uma morada casual para efeitos de atestado, davam a morada errada, o que tornava difícil seguir o percurso de muitos desses doentes, e atestar dos reais índices de cura obtidos em contexto de análise estatística retrospectiva. Outra dificuldade prende-se com o facto de não existirem para esta altura os resultados dos períodos de sobrevivência, o que seria do maior interesse para a determinação exacta do número de curas definitivas.

Apesar destas restrições, que não eram exclusivas da realidade portuguesa, pois também eram referidas por aqueles que organizavam as estatísticas estrangeiras coevas, os números publicados em Portugal demonstram os benefícios da acção exercida pelo Instituto na sua luta contra o cancro. O número de doentes realmente curados inscrito na estatística oficial foi-se tornando progressivamente maior, como maior se tornaria o número daqueles que entretanto iam chegando às portas de Palhavã sem qualquer doença oncológica, apenas levados pela mera suspeita de cancro (quadro 16).

O aumento progressivo dos que aí acorriam tornou-se um problema sério, fortemente sentido já em finais da década de 30, o que obrigou a pedir autorização ao Governo em 1938 para despender a totalidade das verbas inscritas no orçamento e que não podiam

Quadro 16: Percentagem de doentes curados (1928-1939)

Ano	Percentagem de doentes curados
1928	14,7
1929	20,9
1930	20,8
1931	23,1
1932	25,6
1933	31,6
1934	31,9
1935	35,7
1936	41,5
1937	43,3
1938	40,3
1939	46,3

Fonte: *Boletim do IPO* (1934-1940)

utilizar em mais de 90% das dotações, pelas restrições entretanto impostas em 1937⁵⁷⁵. Outra das consequências foi a aprovação da construção do novo bloco hospitalar em 1939, concretizado apenas nove anos mais tarde.

O incremento do movimento hospitalar implicou novos investimentos em todo o pessoal, que entre médicos assistentes, chefes de serviço, enfermeiras, investigadores, técnicos, administrativos, serventes e criadagem, reunia 90 pessoas em 1938, número cada vez mais insuficiente e sobrecarregado.

Se em 1928-29, o serviço das consultas diárias era feito por dois assistentes e só duas vezes por semana, em 1934 o mesmo serviço ocupava quatro assistentes todos os dias úteis com uma média de 26 observações⁵⁷⁶. Das 2036 consultas realizadas em 1928, passara-se para as 5.835 em 1931, 6101 em 1935, atingindo-se as 11 735 em 1939. Os pensos realizados conferem uma dimensão ao trabalho de enfermagem, que dos 2954 em 1935, se encontrava em 1939 nos 14 699. Em termos absolutos houve um crescimento muito significativo de todas as actividades no período que mediou entre a abertura do primeiro pavilhão em 1928 até 1939: cresceu o número dos observados, dos realmente doentes, dos tratamentos e dos exames diagnósticos.

Chegados a 1938, em cada dia útil realizava-se uma média de: 87 tratamentos por raios X, 44 pensos, 1 grande cirurgia, 2 pequenas cirurgias em ambulatório e 6 tratamentos por rádio ou radão⁵⁷⁷. A média diária de consultas só de doentes cancerosos era de 26, e a média de tratamentos rondava os 70 (veja-se os quadros 17 e 18).

Quadro 17: Evolução do número de actos terapêuticos (1928-1939)

Ano	Rontgenterapia	Curieterapia*	Diatermia	Actos cirúrgicos**
1928	6.528	485	361	-
1929	8.977	s/d	1.599	-
1930	9.243	s/d	2.965	-
1931	10.986	-	3.582	-
1932	13.765	-	3.596	-
1933	11.400	-	4.709	-
1934	12.170	477	4.558	-
1935	14.942	5.315	4.017	476
1936	13.000***	5.000***	s/d	s/d

⁵⁷⁵ Cf. a autorização no Decreto n.º 29.150, de 18 de Novembro de 1938. Quanto às limitações impostas aos gastos veja-se o Decreto n.º 28.409, de 31 de Dezembro de 1937.

⁵⁷⁶ Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 1, n.º 1 (1934), p. 5.

⁵⁷⁷ Médias extrapoladas para o ano de 1938 a partir de 305 dias úteis, tendo por base os números expressos em PORTUGAL. Instituto Português de Oncologia – *Instituto Português de Oncologia. Actividade em 1938*. Lisboa: IPO, 1939, p. 36-49.

Ano	Rontgenterapia	Curieterapia*	Diatermia	Actos cirúrgicos**
1937	21.236	1.709	s/d	204
1938	26.600	1.880	s/d	282
1939	29.026	2.439	s/d	385

Fonte: *Boletim do IPO* (1934-1940).

* Por razões de segurança, a curieterapia esteve suspensa no Instituto de Novembro de 1931 a Outubro de 1933. As aplicações de rádio em carcinomas do colo do útero e as radiopunturas da língua realizaram-se na 1.ª Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta.

** Dados existentes a partir de 1935. Os actos cirúrgicos referem-se apenas às denominadas «operações de alta cirurgia», actos que requeriam bloco operatório e internamento, excluindo as pequenas cirurgias de ambulatório. Estas últimas eram geralmente o dobro das da «alta cirurgia».

*** Número aproximado.

s/d – sem dados

Quadro 18: Evolução do número de exames diagnósticos (1928-1939)

Ano	Radiografias e radioscopias*	Análises histológicas	Análises clínicas (inclui vacinas)
1928	293	564	1.061
1929	205	769	1.245
1930	434	850	943
1931	358	1.020	1.289
1932	601	1.005	1.182
1933	794	1.009	1.348
1934	0	1.050	1.486
1935	0	1.027	2.629
1936	s/d	1.277	2.963
1937	s/d	1.386**	4.868
1938	s/d	2.000	7.300***
1939	s/d	2.368	9.950

Fonte: *Boletim do IPO* (1934-1940).

* Em 1934 e 1935 não se realizaram radiografias no IPO

** Até 31 de Outubro de 1937

*** Número aproximado

s/d – sem dados

Se no final dos anos 30 o grande movimento exigia um urgente alargamento de instalações, dois anos após a inauguração do Bloco Hospitalar em 1948, admitia-se já a saturação das novas estruturas, pensadas para servir cerca de metade da população do espaço continental, e mesmo assim utilizadas para admitir e tratar doentes provenientes de todo

o país⁵⁷⁸. Os números correspondentes a 1949 mostram um total de 10 614 novos inscritos, 79 698 consultas, 60 052 tratamentos por raios X, 1382 operações de «alta cirurgia», 2371 cirurgias em ambulatório e 4473 tratamentos por rádio ou radão⁵⁷⁹. Em poucos anos, o Bloco Hospitalar atingiu rapidamente a sua capacidade máxima de funcionamento, esgotando-se a capacidade prática de crescimento em meados da década de 50 (quadro 19).

Quadro 19: Comparação da actividade do IPO (1948-1959)

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Doentes inscritos	4.881	10.614	9.833	9.257	12.364	12.297	11.738	11.906	11.165	11.658	12.496	12.063
Consultas	19.650	79.698	87.461	78.601	95.988	82.540	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Alta Cirurgia*	905	1.382	1.257	1.170	1.627	956	1.177	1.144	1.156	1.247	1.258	1.671
Cirurgia de ambulatório**	2.047	2.371	2.414	2.538	2.003	6.809	6.977	6.959	7.185	7.035	7.467	7.139
Tratamentos por raios X (inclui o serviço de Chaoul)	47.230	60.052	67.066	72.556	71.208	86.598	58.447	64.327	64.934	65.080	81.372	83.364
Tratamentos por radio e radão	4.706	4.473	4.842	5.041	4.963	3.546	5.277	7.514	7.392	7.444	8.589	9.301
Radiografias e radioscopias	703	2.657	4.520	4.844	5.316	6.142	9.494	19.148	18.725	17.854	21.061	21.343
Análises clínicas	17.501	27.463	33.823	32.603	35.490	37.329	40.477	32.284	36.344	40.030	45.665	45.060
Análises histológicas	5.373	6.475	6.518	6.726	7.493	8.400	8.793	8.892	9.481	9.681	9.693	9.776

Fonte: *Boletim do IPO* (1949-1960)

* Designação alterada para «Grande cirurgia» desde 1953.

** Designada por «Pequena cirurgia e biopsias» desde 1953.

s/d – sem dados.

Isto não significa que todos os atendidos fossem cancerosos, uma vez que que lhe competia prestar assistência não só aos portadores de uma qualquer neoplasia, maligna ou benigna, mas também aqueles com lesões pré-cancerosa ou suspeitas, que constituíam a maior parte do movimento global.

Dada a grande afluência às instalações de Palhavã, sempre crescente, a disponibilidade de internamento exigia uma gestão rigorosa das camas disponíveis. Uma vez que cerca de metade dos atendidos ainda era proveniente de fora de Lisboa, os doentes da província eram encorajados a solicitar previamente, e por intermédio das Câmaras Municipais, que os elucidassem sobre as possibilidades de internamento, a fim de evitarem uma viagem que podia ser em vão, caso necessitassem de internamento e não houvesse vaga⁵⁸⁰.

⁵⁷⁸ Cf. RAPOSO, Luis – «Coimbra e o problema do cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 6.

⁵⁷⁹ Cf. «Estatística da Luta Anti-Cancerosa em Portugal». [1949]. *Boletim do IPO*. Vol. 18, n.º 1 (1951), p. 9-12.

⁵⁸⁰ Cf. «Como utilizar os serviços do IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 7 (1953), p. 14.

Em meados da década de 50 houve necessidade de alargar ao exterior o tratamento dos doentes e de aumentar o número dos que podiam ser tratados. A criação do Serviço de Visitação Domiciliária inaugurado em Fevereiro de 1956 pretendia, entre outros objectivos de natureza assistencial e humanitária, aumentar anualmente o número de doentes hospitalizados através da diminuição do tempo de internamento, e ainda diminuir os custos com o tratamento daqueles internados. Em paridade, fazia-se prevenção de doenças oncológicas através do ensino, rastreio e tratamento precoce das famílias visitadas⁵⁸¹.

A deslocação dos doentes provenientes um pouco de todo o país, obrigava-os a ir a Lisboa e aí permaneceram largo tempo. Esta situação era agravada pelas dificuldades económicas de uma população genericamente empobrecida: «O pior, porém, é que o maior número de pessoas que precisavam de tratamento não tem recursos nem para a viagem, nem para a sua estada na capital, e acabam quase sempre por ver agravados os seus padecimentos, sem que lhes possa dar remédio»⁵⁸².

Apesar de esta ser uma realidade com que se deparavam grande parte dos afectados, a criação dos centros cancerosos previstos para o Porto, Évora e Portimão mantiveram-se congeladas até finais dos anos 60.

Se a abertura do Bloco Hospitalar em 1948 permitia aumentar a capacidade de tratamento, em consonância com as solicitações sempre crescentes do único estabelecimento hospitalar especificamente voltado para o tratamento dos cancerosos, a capacidade de resposta foi-se tornando rapidamente menor, o que obrigava a concretizar com urgência os projectos dos novos centros de Coimbra, Évora, Porto e Portimão. Tanto assim era, que para iniciar o «Lar dos que não têm lar», libertou-se o 7.º andar do Bloco Central destinado a alojar as estudantes de enfermagem que ali viviam, transferindo-as para um prédio alagado em frente ao portão do hospital.

E se as instalações lisboetas se congestionavam, em termos de profilaxia houve sempre um défice de resposta, colmatado ao longo dos anos por fases sucessivas de campanhas de sensibilização para o diagnóstico precoce. Em Março de 1956, e por iniciativa da Liga, deu-se início a uma Consulta de Profilaxia, que funcionava nos dias ímpares da semana, das 16 às 18 horas. Dedicada inicialmente ao rastreio do cancro do útero e da mama, o atendimento era gratuito para as mulheres provenientes dos bairros pobres.

O alargamento fez-se posteriormente a outros sectores da população, mas só em 1963 se criou uma Consulta Geral de Profilaxia, com a real finalidade de proceder a uma observação clínica no sentido da detecção precoce. Esta consulta teve um sucesso muito maior do que a anterior, sobretudo pelo alargamento dos exames que compreendia: exame geral,

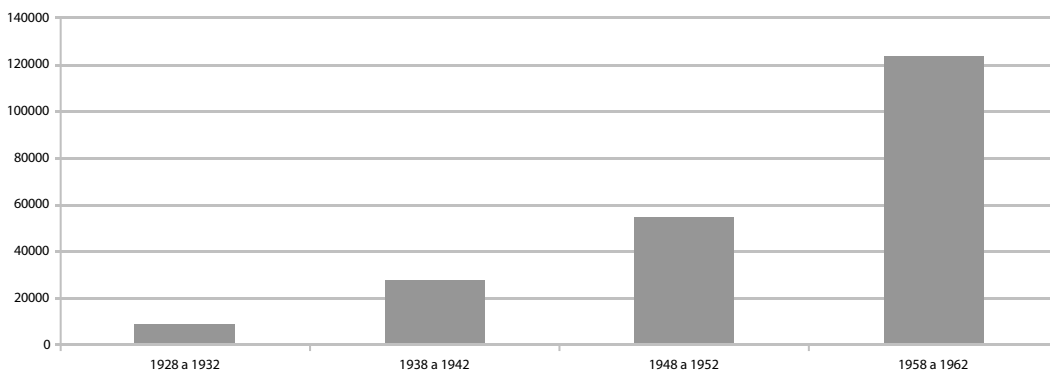
⁵⁸¹ Cf. «Serviço de visitação domiciliária do Instituto Português de Oncologia». *Hospitais Portugueses*. N.º 50-51 (Abril-Maio de 1956), p. 7-15. Também transcrito no *Boletim do IPO* (Março de 1956).

⁵⁸² «Urge construir na capital do norte o centro anticanceroso já projectado oficialmente». *Diário Popular*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Ano 25, n.º 1 (1958), p. 7.

otorrinolaringológico, proctológico – com pesquisa de sangue oculto, ginecológico – com citologia, mamário, radiografia do tórax e análise sumária de urina e sangue. O seu impacto foi tal, que não sendo uma consulta gratuita, existiam longas listas de espera, sendo necessário proceder a marcações atempadas.

O movimento de doentes espelha não só os momentos em que as estruturas físicas foram sendo inauguradas, mas também um estabelecimento constantemente pressionado pela evolução de uma patologia que se tornara definitivamente no maior problema de saúde do pós-guerra (veja-se o gráfico 10).

Gráfico 10: Resumo do movimento de doentes (1928-1962)



Fonte: *Boletim do IPO*. Vol. 37, n.º 1 (1971), p. 13.

Vítima do conjunto de obrigações a que estava sujeito, quer no diagnóstico, quer no tratamento, a necessidade de aliviar uma estrutura quase sempre congestionada tornou-se fundamental para garantir a sua capacidade de trabalho. Limitaram-se as inscrições dos não neoplásicos estabelecendo-se normas mais eficazes de triagem, mas não se alterou significativamente a situação.

A luta contra o cancro exigia descentralização e investimentos que tardavam em surgir, algo que se encontrava na razão inversa do real aumento de cancerosos. E o paradoxo instala-se, estabelecido entre o esforço de uma propaganda que insistia na vantagem dos exames de despistagem e as reais capacidades de atendimento:

(...) se o desafogo das consultas é desejável, pelo abrandamento do esforço exigido aos médicos e pessoal de enfermagem, ele não será possível enquanto funcionar apenas, como Centro Especializado, o Instituto de Palhavã. Realmente, não seria justificável e muitos não o compreenderiam, que a par de uma propaganda intensa, estimulando a população a fazer-se observar ao menor sinal que possa denunciar um tumor ou mesmo sem qualquer queixa, mas tão somente como

medida de cautela que se aconselha, se viessem a excluir das consultas os que ali acorressem, levados, afinal, pela propaganda feita pela Luta Anticancerosa. Essa atitude seria, sem dúvida, uma contradição da propaganda que faria reflectir ou anular as intenções e os esforços da Luta Contra o Cancro. (...) E assim continua o IPO a lutar com um contingente exagerado de doentes...até que se inaugurem outros Centros especializados⁵⁸³.

4. UMA ESTRUTURA DE PODER E DO PODER

(...) a história da Medicina mistura-se, através dos séculos, com todas as outras manifestações sociais e do saber humano; por isso, nas diferentes épocas e repetindo-se quase monotonamente com as mesmas características, assistimos ao conflito entre os renovadores da medicina e as forças da reacção, como acontecia com todos os grandes e ousados homens, matemáticos e políticos, navegadores e músicos, trazidos mais vezes à convivência do público. A inveja, a brutalidade e a insídia são quase sempre o preço do génio e do heroísmo (...)⁵⁸⁴.

FERNANDO NAMORA

É sabido que nas sociedades modernas, todos os grandes domínios da actividade são dirigidos por instituições, atingindo algumas delas dimensões tanto mais consideráveis quanto beneficiam de um monopólio de direito⁵⁸⁵. As pesquisas elaboradas em vários países e em diversos tipos de hospitais têm mostrado que estas instituições se organizam de acordo com múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional, cujo funcionamento obedece a um conjunto alargado de objectivos particulares e linhas de direcção, próprios de cada grupo profissional que nele exercem funções, e onde se desenrolam⁵⁸⁶.

O hospital, é um local de convergência de processos sócio-históricos recentes, onde se foram incorporando progressivamente as decisões políticas do executivo sobre a saúde, mas que também se tem vindo a construir como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna.

Da análise de Michel Foucault, torna-se claro que a própria evolução do hospital se liga estreitamente à participação crescente dos médicos no seu funcionamento, através da sua constituição histórica enquanto lugar de aprendizagem e ensaio de novos conheci-

⁵⁸³ «Instituto Português de Oncologia. História, planos de realizações, funções e actividades». *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 9.

⁵⁸⁴ NAMORA, Fernando – *Deuses e demónios da medicina, Duas Palavras*. Lisboa: Livros do Brasil, 1952.

⁵⁸⁵ Cf. CAMPENHOUDT, Luc Van – *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003, p. 262.

⁵⁸⁶ Cf. CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares*. 3.ª ed. Porto: Afrontamento, 1998, p. 58 e seguintes.

mentos médicos e métodos clínicos. «Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, "máquina de curar", mas também instrumento de produção, acumulo e transmissão do saber. Do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício do poder»⁵⁸⁷. No devir destas condicionantes, o hospital transforma-se, tornando-se ao mesmo tempo o lugar adequado e a contrapartida institucional da disciplina médica.

Para além disso, o hospital não é apenas uma instituição fundamental nos sistemas de saúde modernos, representando sobretudo a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Também neste sentido, Larson sugere-nos que a extensão contemporânea da dominação médica se interliga na história recente do hospital, de modo que o impacto social crescente da tecnologia médica nas sociedades modernas resulta do poder social conferido à profissão médica através dos hospitais e das universidades⁵⁸⁸.

Daí que a relação entre o poder médico e a estrutura hospitalar seja indissociável. De acordo com Michel Crozier e Erhard Friedberg, o poder é o fundamento do conjunto de relações que constituem os construídos organizacionais, e é a organização que regulariza o desenrolar das relações de poder. A possibilidade de se dispor de mais ou menos recursos e de uma maior ou menor margem de liberdade nas relações de poder, depende da situação social global de cada actor no quadro temporal, espacial e social, no qual se inscrevem as suas estratégias. Daí que os actores não disponham de iguais capacidades estratégicas, e, por outro lado, estas capacidades estratégicas são condicionadas pelas características estruturais da organização que delimitam o campo de exercício das relações de poder⁵⁸⁹.

Em certa medida, as políticas hospitalares, em todos os seus vectores da acção (de angariação de capital, de tecnologia, de recursos humanos, de organização das carreiras profissionais, de racionalização da gestão), determinam as orientações estratégicas das políticas de saúde em geral, conduzindo as trajectórias dos profissionais hospitalares. Logicamente, todas as medidas políticas dirigidas às condições materiais e técnicas que envolvem o desempenho das práticas médicas ou que produzem alterações na gestão dos hospitais, poderiam ser vistas como elementos determinantes para a estruturação/desestruturação das relações de poder entre os médicos e o poder político. Mais do que um mero lugar de repercussão automática das directivas político-ideológicas prevalentes, adapta-se às mudanças políticas e económicas, retendo um papel de relevo na definição e tomada de

⁵⁸⁷ MACHADO, Roberto – *Introdução – Por uma Genealogia do Poder*. In FOUCAULT, Michel – *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993, p. XXI-XXII.

⁵⁸⁸ Cf. LARSON, M. S. – *The Rise of professionalism. A Sociological Analysis*. Berkley & Los Angeles: University of California Press, 1977.

⁵⁸⁹ Cf. CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard – *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil, 1977, p. 61-68.

decisões acerca das políticas médicas e hospitalares específicas, às que correspondem processos específicos de produção e reprodução das relações de poder⁵⁹⁰.

Observado sob este prisma sociológico, o IPO constituiu-se como elemento determinante para a construção e sedimentação de uma estrutura de poder médico e inclusivamente político, no contexto governativo do Estado Novo. Como já foi referido, na base da reacção à doença pressupõe-se que exista uma compreensão que dela se expressa. Reagir-lhe implica requisitar e afirmar socialmente um poder e uma autoridade para o fazer. A acção daqui resultante, consiste em circunscrever os procedimentos definidos como necessários para tal fim, com base numa compreensão da doença que, dessa forma investida, impõe-se como a única possível. Portanto, se o cancro, de *per si*, não funda poder e autoridade, reforça-os, na reacção que suscita e promove.

Quando passa a ser entendido como flagelo social, a luta contra o cancro desperta reacções a esse nível. Trata-se de uma doença que se revelava como ameaça geral, que punha em risco a integridade do conjunto da sociedade. Em Portugal, se não foi o Estado Novo que fundou o campo da saúde pública, esta acabou por se redefinir e especializar sob sua tutela através da luta contra o cancro (entre outros flagelos), contribuindo, a esse nível, para afirmar a supremacia do IPO e dos oncologistas que nele trabalhavam, investigavam e se especializavam. Tal redefinição fez-se tanto pela prevenção através do diagnóstico precoce como no domínio exclusivo dos mais recentes e ultra dispendiosos meios de tratamento.

Este destaque institucional é tanto maior quanto mais mergulhamos nas políticas e rumos sanitários assumidos pelos responsáveis políticos desde 1926. Enquanto outros países europeus começavam nos anos 30 a encarar e assumir a saúde da população como um assunto de Estado, em Portugal os responsáveis pelo sector da assistência no Estado Novo não o faziam, baseando a sua acção numa atitude concomitantemente promotora e fiscalizadora das instituições privadas de assistência. Isto sucede numa altura em que a tendência geral no que tocava à organização dos serviços públicos se mostrava claramente inclinada a separar os serviços de sanidade dos de assistência, com visíveis vantagens na cisão desses dois campos, já reconhecidos como claramente distintos noutros países.

Em matéria sanitária, o poder político chamava a si apenas as incumbências assumidas no domínio da saúde pública, remetendo a medicina curativa para o exercício privado, individual ou organizado, para a acção da assistência, fosse ela pública ou privada. Nesse sentido, o apoio que Oliveira Salazar desde cedo demonstrou ao projecto de Gentil, permitiu facilitar a acção do IPEC, estabelecimento que desde 1928 passa a designar-se por Instituto Português de Oncologia, mas sobretudo a agilizar a construção do Pavilhão do Rádio, para o qual também contribuíram as subscrições públicas de 1931, 1932 e 1933. Desde 1928 o apoio preferencial do Governo ao IPO tornou-se particularmente sentido,

⁵⁹⁰ CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços Hospitalares*. 3.^a ed., Porto: Afrontamento, 1998, p. 22-23.

sobretudo quando directamente comparado com as demais estruturas hospitalares nacionais. De todo o investimento dispendido na área da assistência, apenas o combate à tuberculose assumiu maiores proporções, o que não surpreende, por ser esta a enfermidade de maior prevalência e mortalidade.

A visibilidade do auxílio governamental é indesmentida pela imprensa, onde é habitual encontrar as provas mais claras deste apoio oficial⁵⁹¹. E na verdade, as contribuições governamentais realizadas entre 1927 e 1935 foram a principal fonte de financiamento daquela que então era conhecida por todos como «*A obra da luta contra o cancro*».

Menos conhecida é a amizade que os parece ter ligado, mas sem que atingisse o mediatismo de outras bem conhecidas no meio médico. De facto, a proximidade de Gentil a Salazar era uma realidade, a julgar pela correspondência trocada com Bissaya Barreto em 1932, na qual o director do IPO alude claramente a uma relação de amizade próxima com o presidente do Conselho: «No sábado vou [aí] às 9 horas (depois do meu jantar) a casa do nosso amigo, Prof. Salazar, para saber a sua primeira impressão sobre o regulamento que hoje lhe mando»⁵⁹².

Em termos políticos, o projecto dos hospitais escolares viria a justificar uma nota oficiosa de 27 de Junho de 1933, fruto do contacto próximo que Francisco Gentil teve com Salazar, na altura ministro das finanças, aliciando-o para a concretização do seu próprio projecto hospitalar. Este contacto com o presidente do Conselho de Ministros foi da maior oportunidade para o director do Instituto, que soube criar e manter um apoio governamental da maior envergadura no seio do Estado Novo. Nem mesmo a amizade pessoal de Bissaya Barreto com Oliveira Salazar lhe permitiu assumir uma posição de força e fundar um dispensário anticanceroso em Coimbra, quando cansado de esperar pela criação dos centros regionais, tentou assumir autonomamente esse ónus em 1942.

Se Gentil não deixava de referir que «Não pertenci nunca, nem quero pertencer, a qualquer partido político, mas isso só me dá independência para seguir os acontecimentos políticos da nossa pobre terra (...)»⁵⁹³ o facto é que o Estado Novo teve na figura de Gentil um trunfo facilmente capitalizável junto da opinião pública. O apoio declarado das mais altas esferas do poder à causa da luta contra o cancro era assumido, tanto da parte do presidente do Conselho, Oliveira Salazar, como pela equipa que formava a comissão directora do Instituto de Oncologia.

É também verdade que existia uma real afinidade e sintonia política entre Salazar e Gentil. Se era verdade que Gentil nunca se filiara no partido do poder (União Nacional), as convicções políticas que perfilhava eram indesmentidas. Na pior das hipóteses existia um

⁵⁹¹ Cf. a revista *ABC*. Ano XI, n.º 563 (28 de Maio de 1931), e o *Notícias Ilustrado* (II.ª Série). N.º 82 (5 de Janeiro de 1930) e N.º 291 (7 de Janeiro de 1934).

⁵⁹² FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932), 4-V-1932.

⁵⁹³ FBB/BB/CORR/ Cx. 2 (1929-1932), 23-II-1932.

apoio tácito deste último relativamente às linhas de direcção dos destinos políticos e sanitário-assistencialistas do país, tal como eram assumidas e enquadrados pelo presidente do Conselho.

O benefício era mútuo. A instrumentalização da imagem e realizações do IPO não escapava à estratégia de renascimento da glória lusitana, como montra viva de algumas das realizações promovidas e concretizadas pelo Estado Novo. No pavilhão português da Exposição Internacional de Paris de 1937, que se pretendia representativo do Portugal das Corporações, o IPO ombreava lado a lado com os resultados de recentes investigações de cientistas lusos, a par dos habituais «heróis» e pioneiros das Descobertas e do Renascimento:

Na Sala das Descobertas Científicas, estiveram patentes a Primeira Caravela e o Primeiro Avião que cruzaram o Atlântico, o que se considerava «a proeza de Gago Coutinho» e o sextante da sua invenção, os trabalhos admiráveis dos drs. Egas Moniz, Reinaldo dos Santos e Lopo de Carvalho, o «regulador de Mendonça e Oliveira», que revolucionou os telégrafos europeus. Não se tendo deixado também de evidenciar a obra do Instituto do Cancro, entre outras⁵⁹⁴.

Esta cooperação governamental era visível não só nos momentos laudatórios das inaugurações formais das estruturas hospitalares, mas também noutros pormenores, como seja a escolha que Gentil fez do espanhol José Goyanes para abrir o ciclo de lições sobre o cancro em Outubro de 1938. Numa altura em que o projecto anticanceroso espanhol se encontrava em fase de suspensão, dirigido por Rio Hortega, e não sendo sequer um programa tido por referencial na conjuntura europeia de luta contra o cancro, a escolha do médico nacionalista Goyanes permitiu um momento inaugural de promoção do regime ditatorial português. Em palavras que foram ouvidas por todos os conferencistas presentes, incluindo alguns alemães, franceses e suíços, Goyanes, amigo pessoal de Gentil e ex-director do Instituto del Cancer de Madrid, sentiu-se à vontade para dar algum azo às arengas políticas que ligavam ideologicamente o regime salazarista aos nacionalistas de Franco em guerra contra os marxistas, nos campos de batalha do outro lado da fronteira:

La Academia dirige por mi voz un saludo cordial al Instituto Portugués de Oncología, y a los médicos de la noble nación portuguesa, a la que tanto debe la España Nacional y Tradicional, la que se está generando en esta cruenta guerra civil de liberación de las garras demoledoras del marxismo internacional. Desde el principio del movimiento liberador, viviendo yo no lejos de la frontera portuguesa, fuí testigo de la ayuda espontanea y cordial que vosotros prodigasteis a nuestra noble causa, ayuda representada por valiosos elementos materiales de vida, pero sobre todo por un aliento espiritual de simpatía, pues en seguida os disteis cuenta de que los que alzaron contra la

⁵⁹⁴ SILVA, Ana Paula Lopes da – *Portugal nas Exposições Internacionais Coloniais e Universais (1929-1939): a retórica científica e tecnológica*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, FCT, Secção Autónoma de Ciências Sociais Aplicadas, 2000, p. 50.

*tiranía de un régimen eran la representación de la España de las grandes tradiciones históricas, de la hermana secular de vuestra gran nación, de la que propugna por conseguir un régimen que vosotros teneis y disfrutais de paz y de progreso de lo que son prueba (...) las ilustres personas que rigen los destinos de vuestra gloriosa nación, y a la cabeza de ellos su Excelencia el Sr. Presidente General CARMONA y el Jefe del Gobierno el Excmo Sr. OLIVEIRA SALAZAR*⁵⁹⁵.

Mesmo assim, é justo dizer que o apoio de Salazar ao projecto de Gentil era anterior às questões de mera sintonia política, sendo primordialmente de natureza sanitária, mas sem nunca ter excluído a primeira. Em 1934, numa comunicação realizada em Zurich no âmbito do IV.º Congresso Internacional de Radiologia, Marck Athias deixou bem vincado este apoio governamental:

*Il est juste de consigner dans ce rapport que le Prof. F. Gentil, Directeur de l'Institut, a toujours trouvé le plus bienveillant accueil auprès des Gouvernements de la République Portugaise, et notamment du Président du Conseil actuel, Monsieur le Prof. Oliveira Salazar. Son Excellence, qui témoigne le plus vif intérêt pour les œuvres d'enseignement et d'assistance publique, a bien voulu démontrer toute sa sympathie pour le Centre anticancéreux de Lisbonne, qui trouve ainsi les plus grandes facilités pour l'accomplissement du programme tracé par son Directeur*⁵⁹⁶.

Mas se o interesse do Governo pela luta contra o cancro era real, como o parecia ser também relativamente ao projecto de assistência às mães e aos recém-nascidos⁵⁹⁷, a generalidade do dispêndio com a assistência pública era menor do que o publicitado por Athias. A concepção doutrinariamente seguida pelo Estado Novo, era a de que ao Estado competia tão-somente uma função complementar no domínio da saúde, o que conduziu à ausência evidente de uma planificação técnica séria, tanto ao nível das estruturas como das instituições. Estranhamente, no caso da luta contra o cancro esta falta de planeamento parece nunca ter existido. O projecto de Francisco Gentil, adequada e continuamente reestruturado e adaptado às realidades técnico-científicas, foi tão inovador e avançado, que a comissão de luta contra o cancro, organizada pela OMS em Novembro de 1962, foi a primeira a considerar a luta contra o cancro no seu conjunto, quando essa planificação já fora feita em Portugal cerca de 30 anos antes.

A ligação privilegiada com o poder político, permitiu mesmo que Oliveira Salazar suspendesse em 1945 a transferência do IPO para o Ministério do Interior, como era pedido por alguns médicos, e como estava previsto na reforma dos serviços de saúde e

⁵⁹⁵ GOYANES, José – «La Lucha contra el Cáncer en España». *Arquivo de Patologia*. Vol. 11, n.º 1 (1939), p. 7-8.

⁵⁹⁶ ATHIAS, M. – «Organisation de la Lutte contre le Cancer au Portugal». *Arquivo de Patologia*. Vol. 6 (1934), p. 541.

⁵⁹⁷ De toda a planificação hospitalar realizada em 1913, chegados a 1930 quase nada se construíra. Foi apenas com o recurso a um financiamento de 3.600.000\$00 aprovado por Oliveira Salazar que a Maternidade Alfredo da Costa foi concluída e começou a funcionar em 1933, única obra feita de todo um conjunto de novos hospitais entretanto previstos para cobrir o país.

assistência desse mesmo ano. Esta ligação entre Francisco Gentil e Salazar foi, sem dúvida, muito particular. O habitual discurso do director do Instituto face ao Presidente do Conselho, denota a existência de uma proximidade entre ambos, que se não era pessoal, o era sem dúvida institucional, provada por aquilo que parece ser um apoio incondicional e regular à causa do cancro em geral, e à obra de Palhavã em particular. Quando se referia ao Presidente do Conselho em cerimónias oficiais, Francisco Gentil usava sempre de uma toada discursiva eivada de gratidão confessa pelo papel determinante do primeiro no apoio político e financeiro à sua causa, não deixando de terminar as suas intervenções com um habitual agradecimento que lhe era especialmente dirigido⁵⁹⁸:

*Ao agradecer a paciência e boa vontade de V. Ex.ªs, quero dizer-lhes, como nota final, por ser aquela que mais perdura na memória dos ouvintes, que o melhor e mais dedicado amigo desta obra tem sido sempre, do início até hoje, o Presidente Salazar*⁵⁹⁹.

A expressão máxima deste apoio político-institucional encontra-se na dedicatória que Gentil dirige ao Presidente do Conselho em 1952, num estudo-relatório intitulado «*A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia*», documento publicado em homenagem a Salazar em edição trilingue, onde não se escondia o cariz de divulgação e propaganda do regime. A abertura do prefácio transmite desde logo a existência de uma relação umbilical entre o IPO e o poder político, de tal forma que «O esforço do Governo Português na obra da luta contra o cancro é tão notável que se torna digno de ser conhecido por quantos no Mundo se interessam por este grave problema»⁶⁰⁰.

A edição desta obra teve um particular impacto na imprensa médica⁶⁰¹, mas também nas publicações generalistas de maior tiragem (*Diário de Lisboa, Diário da Manhã, Diário de Notícias, Jornal de Comércio, etc.*), que dele realizou pequenas resenhas, atribuindo-lhe um particular destaque e ressaltando a habitual «Homenagem do Instituto ao Presidente Salazar, que, pela sua clara visão do valor da luta contra o cancro, determinou as realizações já existentes e tornou possível a eficaz assistência aos cancerosos em Portugal»⁶⁰².

Parte significativa deste apoio político residia também na manutenção da autonomia administrativa e financeira do Instituto. O facto de se ter mantido sempre sob a tutela do

⁵⁹⁸ A este respeito vejam-se, como exemplos, os discursos de Francisco Gentil aquando da sessão de entrega dos diplomas às primeiras enfermeiras formadas na ETE em 1945, na inauguração do bloco hospitalar em 1948, e ainda a edição trilingue de homenagem a Oliveira Salazar feita pelo director do IPO: GENTIL, Francisco – *A Obra da Luta Contra o Cancro e o Instituto Português de Oncologia*. Lisboa: 1951.

⁵⁹⁹ «Discurso do Sr. Prof. Dr. Francisco Gentil no Instituto Português de Oncologia na sessão em que foram entregues diplomas às primeiras enfermeiras da sua Escola Técnica». *Boletim da Assistência Social*. N.º 31 e 32 (Setembro e Outubro de 1945) p. 200.

⁶⁰⁰ GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia*. Lisboa: 1951, prefácio.

⁶⁰¹ Cf., por exemplo, o destacado artigo «O Instituto Português de Oncologia». *Jornal do Médico*. N.º 58 (5 de Dezembro de 1952), p. 521.

⁶⁰² GENTIL, Francisco – *A obra da luta contra o cancro e o instituto português de oncologia*. Lisboa: 1951, prefácio.

Ministério da Educação Nacional, é a prova evidente da destrinça efectuada à partida entre a investigação da doença e o seu tratamento efectivo. Desligado dos demais serviços hospitalares e do próprio departamento ministerial em que este se encontrava integrado, circunscreveu grande parte da sua acção a Lisboa, atendendo, no entanto, os doentes vindos dos diferentes pontos do país. Num lugar apartado dos deficitários e negligenciados sectores da saúde e assistência pública, o lugar do cancro era o do laboratório, do estudo dos casos clínicos e da bioestatística, para o que importava organizar e desenvolver estruturas diferenciadas de investigação e tratamento. Nesse sentido, a vinculação à Universidade de Lisboa foi novamente assinalada nesse mesmo ano de 1952, pelo decreto 39.001 de 20 de Novembro, com o que reforçou uma posição de autonomia e proeminência.

Remetia-se, pois, para os domínios da investigação uma área da medicina que exigia uma colaboração cada vez mais estreita entre as denominadas ciências biológicas, que necessitava do investimento de fundos consideráveis, sobretudo a partir do momento em que a radioterapia, quimioterapia e medicina nuclear se começam a colocar no horizonte terapêutico, em paridade com a vetusta, e muitas vezes única, tradicional abordagem cirúrgica.

Quando se pensava e discutia a criação dos novos centros regionais, a possibilidade de formar centros autónomos ou adstritos às demais faculdades de medicina era rejeitada, preferindo-se subordiná-los à tutela do IPO de Lisboa, o que reforçava o seu monopólio e centralismo administrativo.

Por outro lado, a intervenção do governo no que diz respeito ao estabelecimento das medidas de luta contra o cancro, deu lugar a um «diálogo» constante entre duas instâncias de poder ao longo de quase 50 anos, entre o Instituto e o Estado Novo. Se é verdade que durante o Estado Novo sempre predominou a concepção de uma assistência caritativa, feita sobretudo a cargo das Misericórdias, competindo-lhe apenas uma função subsidiária, o caso do IPO é manifestamente sintomático de uma outra realidade, bem diferente da vivenciada no seio de uma assistência hospitalar tradicional.

Para o regime, o Instituto também foi um instrumento de autopromoção, fazendo já parte das habituais alocações propagandísticas na Assembleia Nacional:

*O Instituto Português de Oncologia, obra exclusiva do Estado Novo, constitui um dos grandes motivos de glória de um regime que, na sua acção construtiva, partiu, neste sector como em quase todos os outros, do zero absoluto*⁶⁰³.

O uso feito pelo aparelho de propaganda era consentâneo com o sentido de modernidade que o Estado Novo lhe queria ver associado, daí a existência de dispensar um cuidado particular no seu financiamento. Quando alguma notícia laudatória do IPO surgia na

⁶⁰³ Palavras de Cerqueira Pinto na sessão da Assembleia Nacional de 22 de Abril de 1950, reproduzidas em «A criação de centros regionais». *Boletim do IPO*. Vol 17, n.º 5 (1950), p. 6.

imprensa nacional ou internacional, logo a propaganda se encarregava de a tornar visível, fazendo pleno uso do seu impacto na glorificação do regime⁶⁰⁴. Em 1951, o Secretariado Nacional de Informação chegou inclusive a encarregar o realizador António Lopes Ribeiro de proceder à elaboração de um documentário cinematográfico de 15 minutos intitulado «A luta contra o cancro em Portugal», estreado em 1952 durante a abertura do novo ano académico, que teve lugar no Instituto⁶⁰⁵. Exibido em vários cinemas da metrópole e do ultramar, serviu ainda para ilustrar algumas palestras sobre o problema do cancro.

A presença de qualquer individualidade do mundo das ciências biomédicas que viesse a Portugal, implicava quase sempre uma visita ao «*moderno Instituto do Cancro*», capitalizando no exterior a imagem de modernidade do regime político. O mesmo sucedeu aos delegados que reuniram em Lisboa a Comissão da Europa da OMS, em Setembro de 1952: findos os trabalhos, visitaram durante 3 horas a totalidade das instalações de Palhavã, acompanhados pela comissão directora⁶⁰⁶. O mesmo sucederia ao grupo itinerante desse mesmo organismo em 1958, aquando das visitas efectuadas ao Hospital de Santa Maria, e novamente ao IPO.

Dividendos para o Instituto, dividendos do regime, ou: «Para mais, não foi Salazar quem, pelo seu desvelado interesse, tornou exequível a construção do Pavilhão da Radiações? Não foi Salazar, segundo o público testemunho do nosso grande cancerólogo, quem, reconhecendo o vasto alcance humanitário do Instituto, possibilitou a construção, e a inauguração, em 28 de Maio de 1948, desse magnífico Bloco Hospitalar de Palhavã-Benfica, justo título de orgulho da Medicina portuguesa, do Governo e da Nação⁶⁰⁷?»

Apesar do apoio institucional e financeiro do Governo, este último era algumas vezes insuficiente, apesar de poder ser considerado elevado quando em comparação directa com outros estabelecimentos de saúde. A existência de uma estrutura filantrópica de apoio como a LPCC, esteio essencial do Instituto, permitiu-lhe a realização de vários programas e actividades, indispensáveis à prossecução dos seus objectivos estratégicos.

O IPO era o topo de um sistema que esperava estabelecer uma verdadeira hierarquia para o tratamento cancro, que começava com os médicos generalistas – a primeira etapa para a maior parte dos doentes – seguidos, respectivamente, por centros regionais de cancerologia, e finalmente, por um hospital nacional especializado. Um sistema desta natureza, promovia as especialidades de grupo, apoiando-se em serviços técnicos e laboratoriais próprios ou alheios.

Deste modo, pretendia-se canalizar os doentes cancerosos em direcção ao centro especializado onde poderiam ser tratados por equipas de peritos, especialistas em oncolo-

⁶⁰⁴ A título de exemplo, cf. «Referências ao IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 7-8.

⁶⁰⁵ Cf. «Abertura do novo ano académico no Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 1.

⁶⁰⁶ Cf. «Os Delegados da OMS no IPO». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 10 (1952), p. 12.

⁶⁰⁷ MELLO, Martinho Nobre de – «A propósito do Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 25, n.º 4 (1958), p. 6.

gia, que beneficiavam do grande número de doentes que lhes eram remetidos para limar procedimentos, consolidar competências, e formar gerações de futuros oncologistas. Apoiado numa propaganda estruturada em bases preventivas e de promoção do diagnóstico precoce, pretendia-se também afastar os doentes da medicina não científica, limitar o tratamento da doença por parte dos médicos generalistas, e assegurar um uso mais racional das novas tecnologias, progressivamente mais complexas e dispendiosas, afinadas e aperfeiçoadas na primeira metade do século XX.

Este lugar próprio do Instituto não se limitava aos cuidados de saúde, era também um lugar de produção de saberes. Desde os anos 30 que o apoio conferido à pesquisa científica contra o cancro aumentara consideravelmente em Portugal. A maior parte desta pesquisa debruçava-se sobre questões fundamentais relacionados com as causas e mecanismos da doença, identificando tendências em matéria de incidência e de mortalidade, ao mesmo tempo que se apuravam novos métodos terapêuticos e de diagnóstico.

A propaganda teve ainda um papel não desprezável na manutenção do monopólio dos seus meios curativos, de investigação e dos recursos financeiros que os suportavam. Favoreceu uma filosofia internacional predominante, que pretendia concentrar em muito poucos centros medicamente tutelados a realização de toda a investigação sobre a doença oncológica, captando e canalizando num único lugar um grande volume de recursos técnicos, humanos e materiais⁶⁰⁸.

Ao mesmo tempo que a eficácia crescente dos tratamentos legitimava a intervenção do Estado na construção de um centro de alta tecnologia, a especialização, cada vez mais impulsionada pelas práticas terapêuticas, promoveu uma maior divisão do trabalho médico. Desde que os tratamentos oncológicos, pela sua complexidade, passam a necessitar de competências médicas mais especializadas, tanto os cirurgiões como os radiologistas delimitam o seu campo de especialidade. O trabalho dos médicos generalistas vê-se limitado, mais necessários ao diagnóstico precoce e ao encaminhamento dos doentes do que ao tratamento propriamente dito, campo de que se vêm afastados. Com os seus especialistas nos domínios da cirurgia e radioterapia, e a partir dos anos 50 da medicina nuclear, o IPO promoveu ainda mais a divisão do trabalho médico, feita de acordo com tipos de competências diferentes, e vista como condição necessária à eficácia da luta contra o cancro.

A cancerologia, enquanto especialidade médica promovida pelo IPO no período entre as duas guerras, anunciava a evolução das estruturas hospitalares que se lhe seguiriam. Abria-se a via a uma mutação do hospital, a uma redefinição das relações entre os novos especialistas e a medicina generalista. Colocava-se agora com mais acuidade a ques-

⁶⁰⁸ Os exemplos ao longo do *Boletim do IPO* são vários. A título de exemplo vejam-se as exortações de Ewing no sentido da concentração de recursos em EWING, James – «O público e o problema de cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 6, n.º 10 (1939), p. 1-6, N.º 11 (1939), p. 3-8, e N.º 12 (1939), p. 4-5.

tão das modalidades de financiamento das políticas sanitárias, e, por outro lado, a das relações entre o poder político e a classe médica, num mundo do pós-guerra onde a socialização da medicina começava a ditar regras e exigências universais de assistência sanitária e de direito à saúde⁶⁰⁹.

Dito de outra maneira, a construção de um sector de ponta no seio de sistemas de saúde ainda largamente tributários da herança do século XIX, colocava em jogo a necessidade de reformas e ajustamentos à emergência de novas condições de exercício da medicina. A nova abordagem trifacetada, explanada na trilogia: investigação, ensino e assistência, resume em breves palavras o carácter particular do IPO no seio da assistência hospitalar portuguesa. Não significa isto que outros hospitais não possuíssem estes atributos, mas se os tiveram em simultâneo, foi sempre em menor grau. O carácter dualista da saúde e assistência portuguesa no pós-guerra era consentâneo com as demais realidades socioeconómicas de um país, também ele a duas velocidades.

Neste carácter dualista da medicina portuguesa ao longo do Estado Novo, o Instituto é o exemplo acabado do «parente favorecido», verdadeira ilha de financiamento privilegiado pelos fundos públicos e privados, um oásis de ciência médica de ponta, com os recursos e os meios considerados necessários ao prosseguimento da luta contra o cancro, e que se estende lentamente ao resto do país, de modo demasiadamente lento perante as expectativas criadas em redor das atribuições que lhe estavam legalmente conferidas.

As críticas que por vezes lhe dirigiam, eram quase sempre de natureza interinstitucional, ou seja, entre a disparidade de fundos atribuída entre estabelecimentos de saúde afectos ou directamente tutelados pelos diferentes ministérios. O caso das severas críticas realizadas por Lopes de Andrade do Instituto Dr. Gama Pinto sobre as verbas «astronómicas» dispendidas no IPO, deixam transparecer o lugar de relevo e até de privilégio dado à luta contra o cancro, quando comparada com outros institutos afectos a outras enfermidades⁶¹⁰. O tipo de administração adoptada justificava em boa medida a possibilidade de usar mais fundos, pois como Gentil não se cansava de referir: «Terei o direito de falar quando sou acusado de gastar com cada doente 7 a 8 vezes mais do que se gasta num hospital de administração científica? É que há hospitais onde o equipamento é refeito, quase totalmente, cada 5 anos, e no Instituto Português de Oncologia nada falta, e eu já disse nos meus artigos como e porque razão. Isto não será uma outra forma de administrar⁶¹¹?» As diferenças orçamentais entre os diferentes Institutos eram claras, mas reflectem uma actividade policlínica muito intensa, onde a componente de investigação absorvia uma fatia

⁶⁰⁹ Sobre o relacionamento entre a classe médica e o poder político em Portugal no pós-2.ª guerra veja-se COSTA, Rui Manuel Pinto – *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974). Afirmção, legitimação e ordenamento profissional*. Porto: U. Porto editorial, 2009.

⁶¹⁰ Cf. as críticas e a respectiva resposta em GENTIL, F. – «Em defesa da obra de luta contra o cancro e do Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 7/9 (1952), p. 1-2.

⁶¹¹ GENTIL, F. – «Apontamentos sobre o problema dos Hospitais Escolares (5)». *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 1 (1953), p. 1.

importante dos fundos adstritos. Também o facto de depender do Ministério da Educação, e ainda as habituais acusações de monopolismo das «terapêuticas especiais», faziam do Instituto uma fonte de tensões, por vezes expressas sob a forma de um confronto de ideias entre os defensores de uma luta contra o cancro autónoma, e os que preferiam ver na oncologia uma especialidade médica subordinada aos ditames dos hospitais gerais. Apesar das críticas e até de alguma inveja pouco velada, o facto é que a instituição de Palhavã era particularmente defendida pelo poder político, pelo menos no tocante ao estabelecimento lisboeta. Os acontecimentos ocorridos em Coimbra desde 1942 em trono da criação do dispensário regional de Luta Contra o Cancro, iniciativa de Bissaya Barreto que mereceu a repulsa da Faculdade de Medicina e do próprio IPO, é mais um exemplo do enorme respaldo político que possuía.

A vinculação à Universidade de Lisboa, que possuía desde o início e novamente assinalada em 1952, é outro exemplo do poder institucional do estabelecimento anticanceroso. Em 1961, os debates da Câmara Corporativa sobre o papel do IPO no sistema de saúde, também mostram claramente o lugar de realce e autonomia que ocupava no contexto científico e sanitário nacional. Mas se por um lado se tinha tornado um lugar de excelência, por outro começava a denotar a sua natural incapacidade para tratar todos os doentes oncológicos do país. Esta constatação não era nova, tendo surgido a partir de 1950, altura em que o assunto assomava em algumas discussões parlamentares. E se havia quem propusesse reiteradamente a integração do mesmo na dependência do Ministério da Saúde e Assistência, logo se colocavam de permeio um significativo grupo de notáveis do regime, arengando em prol da manutenção da autonomia e *status quo* administrativo que lhe era particular⁶¹². O próprio Senado da Universidade de Lisboa deliberou sobre a necessidade de manter o Instituto no MEN, de forma a continuar a exercer as suas funções de ensino, e como tal, de ingerência directa.

Esta defesa fazia-se ao mais alto nível e com total apoio governamental. E com o seu lugar enquadrado no seio da universidade, mantinha-se, de facto, a autonomia necessária à prossecução de dois objectivos primordiais: o ensino e a investigação, elementos que o distinguiam e individualizavam perante outras estruturas sanitárias, científicas e hospitalares. Estes debates do início dos anos 60, coincidiram com a incapacidade entretanto sofrida por Francisco Gentil aquando de um acidente vascular cerebral, situação que fez cessar a sua actividade directora e se tornou factor de alguma instabilidade interna numa instituição que devia muito do seu *status quo* ao relacionamento entre Gentil e Salazar.

⁶¹² Em 1961, propôs-se na Câmara Corporativa que os serviços do IPO transitassem para o entretanto criado Ministério da Saúde e Assistência, sem prejuízo da sua dependência do Ministério da Educação Nacional no respeitante à investigação científica e às funções pedagógicas, assunto retomado no ano seguinte, mas sem sucesso. Cf. «Parecer 42/VII Projecto de proposta de lei n.º 514». *Actas da Câmara Corporativa*. N.º 133, de 24 de Maio de 1961, p. 1431-1433 e *Diário das Sessões*. Sessão n.º 46 (16 de Março de 1962), p. 1063-64.

Com efeito, a partir dos anos 50, desenhava-se uma nova filosofia relativa ao tratamento do cancro, que se desviava em alguns aspectos daquela preconizada pelo plano de Francisco Gentil de 1927. O uso de hospitais especializados exclusivamente neste tipo de patologia começava a ser posto em causa, o que terá levado alguns países a abandonar o conceito de centro hospitalar anticanceroso, para remeter os doentes aos demais hospitais gerais, entretanto apetrechados com as valências necessárias ao adequado diagnóstico e tratamento.

Na base desta nova concepção, estava o facto do tratamento do cancro assentar, em grande parte, nas intervenções cirúrgicas, que tanto podiam ter lugar num hospital especializado como em hospitais gerais, sem a necessidade de estruturas hospitalares exclusivas para esse fim. Também se invocavam factores de ordem psicológica, como a estigmatização dos centros cancerosos, associados a uma doença que continuava a ter uma reputação sinistra, apesar dos desenvolvimentos entretanto alcançados:

Por isso, parece que é tempo de mudar de orientação, entregando aos hospitais gerais que reúnam as condições necessárias ao tratamento dos cancerosos, reservando-se, quando muito, para o Instituto ou para serviços especializados, o daqueles casos que exijam aplicação de meios terapêuticos que só ali possam ser aplicados. A articulação dos serviços do Instituto com os hospitais centrais e regionais afigura-se urgente, tanto mais que ao referido Instituto cabe papel decisivo na coordenação e orientação técnica dos diferentes afectos à luta e na preparação do pessoal especializado. Com vista ao rastreio do cancro torna-se necessário abrir consultas nos hospitais regionais e facultar-lhes meios técnicos de diagnóstico e pessoal devidamente habilitado. A acção do Instituto deve estender-se a todo o país, através de secções especiais de diagnóstico e tratamento, a instalar quanto antes nos hospitais centrais de Porto e Coimbra e nos hospitais regionais. A mortalidade e morbidade do cancro não admitem mais delongas⁶¹³.

A extensão do problema e a necessidade de reduzir os efeitos do cancro levaram a sugerir na Câmara Corporativa, um pouco à semelhança do que se começava a verificar noutros países, a colocação do Instituto de Oncologia na dependência do Ministério da Saúde e Assistência, salvo no respeitante às funções pedagógicas e de investigação científica, matérias em que deveria ficar subordinado ao Ministério da Educação Nacional, em situação idêntica à dos demais hospitais e serviços afectos ao ensino.

Esta proposta de transferência de tutela era feita desde 1961 e repetidamente renovada ao longo da década de 60, mas esbarrava com os objectivos estratégicos traçados para a instituição. De facto, desde os finais dos anos 50 que se desenhava uma contra-tendência, mais consentânea com o projecto inicial de Francisco Gentil, desta feita no sentido da cen-

⁶¹³ Parecer 42/VII Projecto de proposta de lei n.º 514». *Actas da Câmara Corporativa*. N.º 133. VII Legislatura, de 24 de Maio de 1961, p. 1431-1433.

tralização do combate ao cancro em institutos de oncologia⁶¹⁴, de acordo com as conclusões do Congresso Internacional do Cancro de Londres realizado em 1958. O problema oncológico tornara-se tão particular que a própria OMS, enquanto organismo internacional de coordenação de todos os assuntos sanitários, o colocou a cargo de uma outra organização – a União Internacional Contra o Cancro.

Isso não impediu que durante a discussão do III Plano de Fomento, em 1967, se quisesse de novo tornar o Instituto como parte integrante da demais cadeia sanitária, sem que tal reivindicação atingisse qualquer sucesso⁶¹⁵.

A par da autonomia que gozava no contexto do Ministério da Educação Nacional, o Instituto manteve-se alheado da tutela de outro ministério, mantendo a educação científica e as funções pedagógicas, como determinava a Base XVII da Lei n.º 2.120.

E em termos de organização e administração interna também. Após Francisco Gentil se ter afastado do IPO em 1961 por motivo de doença, a comissão directora ficou sob a alçada de colaboradores directos do *Mestre*, seus pupilos de outros tempos que tinham feito carreira no próprio Instituto: Toscano Rico na presidência e Lima Basto como director clínico. Por outro lado, permaneciam ainda na comissão alguns personagens ligados aos primeiros tempos da instituição, caso de Luís Raposo e Bénard Guedes, que a par de Gentil foram pioneiros na sedimentação do projecto.

As linhas de orientação não se alteraram e o apoio estatal permaneceu fiel aos princípios sanitários do Estado Novo para a luta anticancerosa. Foi inclusivamente a partir desse momento que se conseguiu, por fim, promover definitivamente todo o processo de descentralização dos meios de tratamento. Perpetuavam-se assim os princípios de tratamento e organização deste combate, tão actuais nessa ocasião como o haviam sido nos anos 20, sem que o desaparecimento de Francisco Gentil em 1964 tivesse alterado de modo significativo os rumos do edifício sanitário que preparara e desenvolvera.

Poucos anos após a sua morte, ao longo da década de 60, vão igualmente desaparecendo a maior parte dos pioneiros de uma instituição que se tornara o exemplo de uma estrutura do poder médico, consolidada pelo apoio político a uma causa que não era apenas sanitária, mas acima de tudo um grave problema social que reclamava um esforço científico sem precedentes.

⁶¹⁴ Caso do Frances Delafield Hospital, anexo à Universidade de Columbia, e ainda do Memorial Center for Cancer and Allied Diseases, da Universidade de Cornell.

⁶¹⁵ Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão n.º 99 (25 de Novembro de 1967).

5. UMA EXPANSÃO ATRASADA: OS CENTROS REGIONAIS E A SEDIMENTAÇÃO DE UM PROJECTO

Durante cinquenta anos a oncologia foi tratada num único hospital. Quem tivesse um problema teria de se dirigir a Lisboa... ou ao estrangeiro. A ideia de se criar um hospital oncológico no Porto que servisse uma parte da população nortenha já vinha de há muitos anos. Pensou-se numa espécie de posto de rastreio, um dispensário, mas essas modalidades foram recusadas, uma vez que era de um hospital que se precisava⁶¹⁶.

BOLETIM DO IPO, 1974

O alargamento do Instituto ao restante território, é o resultado de uma planificação estabelecida nos anos 20, mas também de conjunto de novos factores demográfico-sanitários que se tornam mais evidentes no período entre guerras. O aumento da longevidade das populações trouxe consigo novos problemas de saúde pública nos países mais desenvolvidos. Dentro das fronteiras da epidemiologia, uma vez debeladas a maior parte das doenças infecciosas, outras emergiam e ocupavam o seu lugar, tais como a arteriosclerose, as doenças hereditárias, as do foro geriátrico e, obviamente, o cancro.

Apesar da sua especificidade e dos meios entretanto colocados à sua disposição, o IPO não poderia suportar, por si só, toda a luta anticancerosa. As necessidades decorrentes do rápido alargamento do diagnóstico precoce e tratamento às gentes das zonas mais recônditas do país, levou a que desde meados da década de 30 surgissem planos independentes do estabelecimento lisboeta, com todas as pressões e tensões que os novos empreendimentos e as novas proeminências acabam por suscitar. O caso de Coimbra parece ter sido o exemplo de uma dissonância clara face à centralidade do projecto de Gentil, que não abdicava da sua primazia no controlo e gestão de toda a luta contra o cancro.

Em 1935, Bissaya Barreto tentou negociar junto do director do Instituto o estabelecimento de um dispensário em Coimbra. Se de início parecia que o projecto de alargamento se realizaria rapidamente, fruto do mecenato do médico coimbrão e da amizade pessoal que o ligava ao chefe do governo, na realidade, tal não sucedeu, muito por causa da falta de apoio político do ministro Duarte Pacheco, numa primeira fase, mas também pelo aparente desinteresse do próprio Gentil.

A visita da Comissão de Obras do IPO ao Sanatório da Quinta dos Vales, em 4 de Abril de 1937, na qual se entregou o projecto, e onde esteve presente a «nata» do IPO⁶¹⁷, pareceria ser o garante da concretização futura daquilo que nas palavras de Bissaya Barreto tanta falta fazia ao «Homem da Rua», ou seja, ao cidadão comum. Tanto o ante-projecto⁶¹⁸

⁶¹⁶ «Centro Nortenho de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 41, n.º 1 (1974), p. 4.

como o projecto definitivo entretanto elaborados por Raul Lino, estavam em consonância com o dispositivo arquitectónico que já tinha sido realizado no estabelecimento de Palhavã, mas os entraves colocados pelo ministro das obras públicas não permitiram senão adiar indefinidamente a questão.

Recordando esses tempos, Bissaya Barreto não deixou de colocar nas suas memórias o que lhe pareceu ser uma questão de pura indiferença por parte do responsável máximo pela luta contra o cancro no país:

*A criação de um Centro de Luta Contra o Cancro em Coimbra, problema que lhe apresentei, encontrou nele o melhor e o mais simpático aplauso, manifestando um grande desejo de começar a trabalhar e sem demora... Durante cerca de dois anos, [1935-1937] as minhas visitas ao I.P.O sucederam-se com certa frequência e regularidade, ao mesmo tempo que aumentava o meu interesse, embora, por vezes, a paciência começasse a faltar pois, nada de real e concreto: vagos projectos, vagas promessas!... Até que num sábado recebi a festiva comunicação de que o anteprojecto havia sido concluído pelo arquitecto Raúl Lino, projecto feliz, que satisfazia, dizia o Prof. Gentil, ao necessário para termos um bom Centro. (...) Os meses iam passando, a minha ânsia tornava-se mais insaciável até que, um dia, o Prof. Gentil me informou que o projecto de Raul Lino não havia agradado ao Ministro Duarte Pacheco, e não tinha tido dele a aprovação. Mas acrescentava: não faz mal!... porque vou encarregar o Distel, mais habituado a estes trabalhos, de fazer o projecto e, em breve, o assunto ficará resolvido e bem! E eu ... continuei a aguardar, a esperar – parece que esperava o Godot... – até que, descorçoado e desiludido depois de tantos anos (7 anos!) (...) resolvi encarar por mim o problema (...)*⁶¹⁹.

Passados 7 anos, e já à frente dos destinos da Junta de Província da Beira Litoral, Bissaya Barreto assume na totalidade as despesas com a aquisição de um imóvel, envia alguns dos seus assistentes a frequentar o IPO e prepara as condições financeiras para concretizar o centro, contraindo um empréstimo junto da Caixa Geral de Depósitos no valor de 1.500.000\$, em jeito de revelia a Palhavã. A ruptura estava traçada. Aprovado o relatório da Junta em 2 de Dezembro de 1942, a publicação da acta da reunião provocou «(...) em certos meios da capital uma reacção explosiva, como se fosse uma bomba H...! Considerou-se um acto de audácia, um acto de indisciplina, uma manifestação de rebeldia, que «feria (!) vivamente» – e de facto não podia ferir – o brio do Instituto! E, como consequência, fui então projectado da estratosfera, onde me haviam colocado, para o fundo das caldeiras do Pero Botelho, com todo o azeite fervente que elas podiam conter! (...) Soube,

⁶¹⁷ Nas fotografias da época é possível identificar Henrique Parreira, Francisco Gentil, Álvaro Rodrigues, Sousa Pereira, Hernâni Monteiro, Marck Athias e Mário Neves, entre outros. Cf. FBB/BB/FOT Dossier 3. N.º 732-737.

⁶¹⁸ Cf. o desenho assinado por Alberto Silva: «Ante projecto do centro Regional Anti-canceroso de Coimbra». FBB/OBRS/PLAN/CRAC/1, [s.d.]

⁶¹⁹ BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 395-397.

mais tarde, que a principal reacção de Lisboa partiu da possibilidade de Coimbra poder possuir primeiro um asilo para cancerosos incuráveis do que a própria Lisboa; isso dóia; que a Província pudesse ser a primeira em qualquer coisa... Que ultraje⁶²⁰!» De facto, Bissaya Barreto obteve a aprovação política do projecto e a comparticipação do Estado para as obras, mas a centralização da luta anticancerosa no IPO, que lhe estava consignada na lei, não permitiu desbloquear a situação «afrontosa» entretanto criada. As discussões e argumentos esgrimidos com a tutela não resultaram em nada. E quase parece inacreditável que o relacionamento próximo que mantinha com Oliveira Salazar não lhe tivesse aberto as portas e a anuência do Ministério do Interior, que então tutelava a Direcção-Geral da Saúde.

O que parece certo, é que o projecto de Bissaya Barreto entrou em conflito directo com a planificação centralista entretanto idealizada por Gentil, com quem se correspondia e que em algumas cartas tratava por amigo, mas cuja insistência e finalmente, a «afronta» em criar autonomamente o centro conimbricense a todo o custo, terá suscitado tensões ao nível da gestão dos destinos da luta anticancerosa. Não só a esse nível, mas também de pura primazia política. De facto, mal se soube da tentativa de Bissaya Barreto para criar o asilo de incuráveis em Coimbra, logo o primeiro peditório e outros donativos da Liga foram afectos à construção de um asilo nos espaços de Palhavã, como de facto sucedeu.

Com efeito, após a concretização do centro de luta anticancerosa em Lisboa, pensava-se realizar outros dispersos pelo restante território, de acordo com as disponibilidades financeiras do governo e do mecenato. Mas a planificação alterou-se, e após algumas tentativas realizadas em 1930, que inicialmente privilegiavam a criação de dispensários afectos exclusivamente ao diagnóstico nos hospitais municipais, Francisco Gentil apresentou em 1937 um novo e mais vasto projecto abrangendo todo o país, postulando a criação de outros centros de raiz nas cidades de maior dimensão, casos de Coimbra, Porto, Évora e Portimão. O projecto alargar-se-ia ainda aos arquipélagos dos Açores e Madeira, e, por fim, às províncias ultramarinas. Ambicioso na sua magnitude, seria necessário o total apoio financeiro do Governo, que mesmo existindo foi totalmente concentrado no centro anticanceroso lisboeta, por não ser suficiente para o alargamento imediato ao resto do país.

A este tipo de organização presidiu sempre a mesma concepção mental, centralizando os meios técnicos e o pessoal especializado em estabelecimentos-chave (Centros), normalizando o seu emprego e assegurando a maior eficácia possível. Em simultâneo, estes Centros poderiam realizar a investigação clínica e laboratorial, a par da docência nos sectores regionais a que se encontrassem adstritos. O objectivo era descentralizar mas ao mesmo tempo monopolizar a gestão na capital, centralizando as funções de ensino e investigação, prebendas que a Universidade de Lisboa não abdicava em prol dos demais estabelecimentos de Coimbra e Porto. A iniciativa deveria partir sempre de Palhavã e não do exterior.

⁶²⁰ BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. 2.^a ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 401-402.

Mesmo assim, a concretização dos centros regionais revelou-se um processo muito mais demorado do que o inicialmente previsto, arrastando-se quase indefinidamente. Finda a 2.^a Guerra Mundial, e mesmo depois da reforma dos serviços de saúde e assistência em 1949, a sua criação esteve longos anos congelada, apesar de estarem expressamente considerados na Base X da Lei n.º 1.998 de 15 de Maio de 1949. Em 1946 o problema já se agitara no Porto, quando a presidência da Câmara estava nas mãos do médico Luís de Pina. Apesar de ter conseguido a colaboração do subsecretário das Obras Públicas Saraiva e Sousa e de se ter elaborado um projecto em 1947 ao que se seguiu dois anos mais tarde a libertado o terreno necessário, a planta manteve-se arquivada e o projecto parado.

Apesar da iniciativa portuense também poder parecer algo desligada do planeamento do Instituto, à imagem do que sucedeu em Coimbra, é de notar que a preparação do projecto nacional esteve sempre feita desde os anos 30 e a sua concretização prometida pelo poder político desde o pós-guerra: a concretização desses centros implicava edifícios de consultas, laboratórios, rádio, raios X, serviços terapêuticos, operatórios, quartos e serviços administrativos, para cerca de 90 doentes. Esta era a planificação entretanto admitida em 1945, quando o centro de Lisboa se preparava para terminar o Bloco Hospitalar e a construção do futuro centro portuense parecia ser uma realidade apazada para breve: «Isto será, no Porto, e em breve, uma realidade. Será possível fazer o mesmo em Coimbra e alguma coisa de semelhante em Évora^{621?}»

A dúvida de 1945 continuou a ecoar em 1950, assunto recordado pelo deputado João Cerqueira Pinto na Assembleia Nacional. A resposta de Gentil era clara: as verbas necessárias não estavam consignadas no orçamento⁶²².

A concretização da planificação era justificada. Com efeito, a doença oncológica desfrutava de um lugar privilegiado nas causas de morte, crescendo em função do aumento da longevidade, colocando uma pressão maior sobre a medicina preventiva, cujos limites eram já evidentes. Para o que interessava, em 1952 o director do IPO confirmava a sobreutilização das estruturas de Palhavã: «O número de doentes cresce; o pessoal não cresce proporcionalmente; não há quadro e há menos dinheiro»⁶²³.

As solicitações de Cerqueira Pinto iam no sentido de agilizar a construção do centro regional do Porto, onde não existiam as condições técnicas existentes em Lisboa, avulmando-se os casos de cancerosos, certamente maior do que a estatística deixava depreender à partida:

Há vastas regiões do Norte do país onde as estatísticas quase não acusam óbitos motivados pelo cancro, simplesmente porque as vítimas passaram para o mundo da verdade sem que se saiba o mal

⁶²¹ GENTIL, Francisco – «O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro». *Boletim da Assistência Social*. N.º 25 e 26 (Março e Abril de 1945), p. 18.

⁶²² Cf. «A criação dos centros regionais». *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 4 (1950), p. 3.

⁶²³ GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre os hospitais escolares (1)». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 7/9 (1952), p. 14.

de que vieram a falecer. Mas atendo-nos apenas ao número de 1.525 óbitos verificados em 1948 no Norte, o certo é que, por não haver no Porto qualquer centro de serviço especializado para o diagnóstico e tratamento do cancro, todos os que sucumbiram vitimados por esse temível flagelo teriam de se deslocar a Lisboa para receberem o tratamento de que careciam. E então ocorre perguntar? Deles, quantos poderiam suportar as despesas da deslocação? Quantos se poderiam ter salvo se o seu mal tivesse sido diagnosticado a tempo e se não salvaram pelo facto do diagnóstico ter sido feito tardiamente, em virtude de no Norte não haver centros especializados para esse efeito?⁶²⁴».

No Porto não existia qualquer departamento hospitalar comparável ao Instituto. No Hospital de Santo António, pertencente à Misericórdia, funcionava apenas uma exígua Consulta de Curieterapia, desprovida de exames de laboratório, radiológicos e endoscópicos, que fossem minuciosos e especializados.

O cancro, mais do que a tuberculose, era agora o responsável pelo maior número de óbitos portugueses, se descontados os atribuídos às doenças cardíacas, e só no Porto, a taxa de mortalidade por cancro duplicara entre 1901 e 1954⁶²⁵.

Ao mesmo tempo que a tuberculose se debelava e o sezonismo se erradicava, o cancro emergia e firmava o seu próprio lugar. No devir da explosão tecnológica do pós-guerra, da introdução da antibioterapia e de toda uma plêiade de reais avanços no debelar das doenças infecto-contagiosas, o cancro tornava-se o principal alvo de quase todos os olhares. Destronava-se finalmente a egrégia e secular *tísica* do seu pedestal icónico, passando o cancro a assumir a dianteira na análise estatística comparada⁶²⁶ (veja-se o quadro 20).

Apesar das estatísticas oficiais apresentarem um valor epidemiológico reduzido por estarem destinadas sobretudo a fins administrativos, permitem uma compreensão nítida do problema do cancro. Mais ainda quando sabemos que o cancro não era doença de declaração obrigatória e os hospitais ou centros que tratavam os cancerosos não forneciam dados dignos de interesse, ou então enviavam dados ao INE de acordo com o número de doentes por tipo de serviço e não por diagnóstico. O impacto do cancro era, pois, maior do que o exposto na oficial estatística mais básica, que já de si apresentava um aumento de quase 50% no número de mortos por neoplasias em Portugal continental, entre 1952 e 1961⁶²⁷.

A imprensa, por seu turno, acompanhava com interesse a vivência de uma nova era sanitária altamente promissora, que os ainda assim continuava a ter na figura da doença oncológica o «flagelo» paradigmático do seu tempo:

⁶²⁴ Palavras de Cerqueira Pinto na sessão de 22 de Abril de 1950 da Assembleia Nacional, in *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 5 (1950), p. 6.

⁶²⁵ Cf. VASCONCELOS, Taborda de – «Mais do que a Tuberculose – o Cancro...». *Diário Ilustrado*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Vol. 25, n.º 8 (1958), p. 8-9.

⁶²⁶ Cf. a variação estatística das duas doenças na primeira metade do século XX em FRONTEIRA, Joaquim – *Alguns aspectos estatísticos da tuberculose e do cancro em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos de Estatística Económica, 1955.

⁶²⁷ Os 5663 mortos em 1952 deram lugar a 8347 em 1961. Segundo o Anuário Estatístico esta mortalidade era apenas superada pela mortalidade por senilidade e doenças cardiovasculares.

Quadro 20: Taxas de mortalidade comparadas, por 1.000 habitantes (1948-1958)

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Tumores malignos	0,49	0,52	0,58	0,61	0,61	0,71	0,75	0,84	0,84	0,87	0,87
Tuberculose	1,48	1,49	1,42	1,31	0,97	0,62	0,61	0,62	0,63	0,58	0,51
Reumatismo	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,02
Cardiopatias	1,49	1,58	1,50	1,57	1,57	1,44	1,78	1,83	1,98	1,75	1,53
Sífilis	0,06	0,05	0,04	0,03	0,06	0,04	0,03	0,04	0,04	0,03	0,04
Sezonismo	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: adaptado de *Actas da Câmara Corporativa*. N.º 133 (24 de Maio de 1961), p. 1462.

*Todas as doenças, sem exclusão da tuberculose, estão hoje mais ou menos definidas. Para todas elas há remédios, se não radicais, pelo menos capazes de minorarem a dor humana e de alimentarem nos doentes esperanças de mais prolongada e mais agradável existência. Só o cancro, na sua fase aguda, tem resistido às ofensivas contra ele desencadeadas*⁶²⁸.

Na Câmara Corporativa, assumia-se a necessidade premente de investir mais e melhor no sector, pelo que em Março de 1962 o tema foi alvo de uma atenção especial por parte desse órgão consultivo, onde se propôs a integração do IPO no Ministério da Saúde e Assistência, bem como a criação dos centros regionais de Coimbra, Porto e Évora. Nesse sentido, a tónica da intervenção de Urgel Horta foi colocada ao nível da reorganização e descentralização do atendimento dos cancerosos, ao passo que a de Cutileiro Ferreira se centrava sobre o futuro Hospital de Évora.

O conteúdo discursivo era comparável ao que se tivera para com a tuberculose antes da 2.ª Guerra, com a simples diferença que a doença agora visada era francamente diferente, tanto na sua natureza, quanto nos meios que exigia. O perigo oncológico estava definitivamente firmado num lugar próprio, assumido definitivamente:

(...) como um dos grandes flagelos sofridos pelas populações, ceifeiro de vidas na plenitude magnífica da sua existência. Em todo o mundo, especialmente nas nações da adiantada civilização, o cancro, nas suas malignas consequências, com taxas de mortalidade aterradoras, é objecto de justificadas preocupações, dando lugar ao premente estudo do problema tão grave quanto delicado, impondo a necessidade de ser encarado em toda a sua extensão, em toda a sua profundidade. O cancro, sendo a doença social mais perigosa, e mais mortífera, é objecto e motivo de investigação aturada e constante dos cientistas de todos os países, multiplicando-se os seus centros, no seu despiste, na sua etiologia, nas suas causas e nos seus efeitos (...). Não é animadora a nossa

⁶²⁸ O Século (Novembro de 1957), in «Um terrível flagelo humano». *Boletim do IPO*. Vol 34, n.º 11 (1957), p. 7.

*situação perante questões de tão alta magnitude e gravidade, tornando-se necessário e urgente a organização, em plano nacional, da coordenação de elementos indispensáveis ao seu combate*⁶²⁹.

No panorama dos problemas de saúde do pós-guerra, os relativos ao cancro mereciam especial interesse e colocavam-se na vanguarda das preocupações das autoridades político-sanitárias, em franca consonância com o que já acontecia no contexto internacional.

Se a falta de obrigatoriedade de notificação dificultava uma estatística perfeita acerca da incidência do cancro em Portugal, o número de casos apresentados pelo Instituto permitia ajuizar da crescente gravidade do problema: de 1.300 casos em 1945, passava-se para os 3.059 em 1964. Apesar de o IPO ter sedimentado técnicas e metodologias nas áreas da sua competência, o aumento constante de casos implicava uma descentralização ao nível do diagnóstico e tratamento oncológico. Na década de 60 era evidente que o país necessitava colocar em marcha acelerada a planificação preconizada desde os anos 30, mas cujas verbas foram sendo entretanto canalizada para as estruturas desenvolvidas no centro anticanceroso de Lisboa, hospitais concelhios, distritais e centrais em fase de construção.

Antes disso, já em 1950 esta falta tinha suscitado a intervenção do deputado Cerqueira Pinto, que na sessão da Assembleia Nacional de 21 de Abril desse ano, chamara a atenção do Governo para o facto de não terem sido organizados os centros regionais previstos desde 1923, nem tão pouco as demais delegações e centros de tratamento no Porto e Coimbra, expressamente considerados na Base X da Lei 1.998. Em Março desse mesmo ano de 1950, o Instituto atendia mais de 9.000 pessoas⁶³⁰, número revelador da necessidade de uma urgente expansão do projecto a todo o país.

Mesmo assim, a ausência de verbas afectáveis à conclusão do projecto do IPO prolongou-se por várias décadas, e foi este um dos principais entraves a uma expansão mais precoce dos centros regionais. O mesmo princípio podemos aplicar ao atraso a que esteve sujeita a restante reforma hospitalar nacional, planeada desde a década de 30, e que permaneceu tão atrasada na sua real execução quanto o alargamento dos Centros do IPO a todo o país. Se o capital era escasso durante a primeira metade dos anos 40, concentrou-se em Palhavã o dinheiro disponível, atrasando a criação dos centros regionais.

No decurso da enumeração dos processos a adoptar na luta contra o cancro, o discurso dos responsáveis políticos pelo sector da saúde e assistência desde meados dos anos 40 parece ter estagnado. Apesar de se afirmar continuamente que os centros de diagnóstico, centros regionais, hospital e asilo estavam previstos, em vias de se obterem e de começarem a funcionar pela execução sistemática do plano inicial, os factos mostraram que não havia razão para o optimismo que tais palavras traduziam. O quadro de pessoal estabelecido em 4 de Agosto de 1944, mencionava apenas 70 funcionários, número esse que se

⁶²⁹ Palavras de Urgel Horta in *Diário da Sessões*. Sessão n.º 46 (16 de Março de 1962), p. 1063-1064.

⁶³⁰ Cf. «Notícias dos Hospitais». *Hospitais Portugueses*. N.º 7 (1950), p. 53.

manteve inalterado no quadro orgânico mesmo após 1948-49, altura da inauguração do Bloco Hospitalar. De facto, eram muitos mais os que exerciam funções diversas na instituição, mas a contratação fazia-se à custa dos fundos próprios.

O problema da luta contra o cancro, e aliás, de toda a assistência, era a falta de pessoal adestrado e convenientemente preparado para diagnosticar e tratar. Tudo estava centralizado em Lisboa, onde o número de técnicos era cada vez mais insuficiente para atenderem os doentes que afluíam de todos os pontos do país. Enquanto na generalidade dos países europeus os centros anticancerosos rapidamente se disseminavam, como recordava Francisco Gentil ao aludir o caso da vizinha Espanha: «Infelizmente entre nós, e apesar do movimento do Centro de Lisboa – 6 a 7 mil consultas por mês – ainda se não construíram os centros do Porto, Coimbra, Évora, Portalegre e outros...»⁶³¹.

Os entraves e cortes orçamentais justificam não só o atraso como até a suspensão de vários projectos, alguns deles em estado relativamente avançado de execução. Em 1952, Gentil resumiu o estado dos trabalhos:

*Para o Porto foram escolhidos e aprovados três terrenos e sempre falharam. Coimbra só agora, e em condições precárias, obteve a compra de um prédio e terreno para se criar um Centro. A verba para a compra foi tirada da que o orçamento consigna como sendo para a vida diária do Instituto Português de Oncologia. E antes, tinham sido escolhidos 2 terrenos, até com visita e aprovação ministerial. Em Évora, está a pique uma bela promessa e em Portimão, apesar da generosidade de particulares, que ofereceram o terreno, nada se pode conseguir. Já houve verba no orçamento geral do estado que não foi utilizada e foi cortada. Mais curioso é o caso de Ponta Delgada. Estudado e planeado pela assistência distrital e patrocinado com entusiasmo pelo Ilustre Governador, que me procurou, tudo parecia em bom caminho, pois até me convidaram oficialmente para a inauguração, e aqui no Instituto (...) foi bolseiro um médico de Ponta Delgada, estando indicado outro médico radiologista. Aqui está também uma preparadora. A Comissão de assistência fez a encomenda de material e tudo parecia em via de resolução, e os pobres doentes da região iam ter tratamento a tempo de se curarem, quando surge a ordem do poder Central para não se realizar o Centro anticanceroso!*⁶³².

O principal factor que justifica o atraso, e em alguns casos o retrocesso, parece ter sido o desvio dos investimentos para a reorganização hospitalar nacional, que para além de uma série inaudita de hospitais concelhios e distritais, planeava e executava a passos largos os grandes hospitais escolares de Lisboa e Porto, ambos à muito planeados mas nunca construídos. Com efeito, desde 1947 foram construídos 12 hospitais sub-regionais e em 1951 encontravam-se em construção ou já comparticipados outros 25⁶³³, mas apesar disso o

⁶³¹ «A Oncologia em Espanha». *Hospitais Portugueses*. N.º 9 (Janeiro-Fevereiro 1951), p. 55.

⁶³² GENTIL, Francisco – «Apontamentos sobre o problema dos hospitais escolares (3)». *Boletim do IPO*. Vol. 19, n.º 11 (1952), p. 8.

⁶³³ Cf. *Boletim da Assistência Social*. Ano 9.º, n.º 101 a 106 (1951), p. 142.

atraso na concretização do projecto era evidente, pois a exiguidade de verbas atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não permitiram sequer dar início à construção de um único hospital regional, considerada a pedra basilar da organização hospitalar de então. De acordo com a Lei n.º 2.011 de 2 de Abril de 1946, na primeira fase do plano de assistência hospitalar, a realizar no prazo de um decénio, seria inscrita anualmente no Orçamento do Ministério das Obras Públicas a dotação de 50.000.000\$00 de escudos⁶³⁴. Passados seis anos as dotações orçamentais atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares não somaram senão uns magros 67.500 contos⁶³⁵. Por outro lado, as dezenas de hospitais construídos eram em muitos casos mal aproveitados, produzindo pouco por falta de pessoal médico, que além de escasso era pouco ou mal qualificado.

Daí que o incumprimento do programa financeiro levasse a Comissão de Construções Hospitalares a dedicar-se quase exclusivamente aos hospitais sub-regionais. Excluindo os novos edifícios de Mirandela, Setúbal, Angra do Heroísmo e um pavilhão em Braga, em 1961 não existiam hospitais regionais com instalações adequadas às verdadeiras funções que lhes corresponderiam. Os 24 hospitais regionais em funcionamento nesse ano, encontravam-se quase desprovidos de especialidades médicas tanto nos internamentos como nas consultas⁶³⁶, problema já habitual que se arrastou por longos anos desde a conclusão das estruturas hospitalares. Como referia Eugénio de Lima num artigo de 1953 publicado nos *Hospitais Portugueses*, e que teve larga repercussão em toda a imprensa médica da época:

*Os nossos hospitais vivem uma vida administrativa instável e de nível baixíssimo. Ano após ano, repete-se a ansiedade de pedir e esperar o escasso subsídio do Estado. Este, sobrecarregado com as despesas de uma assistência que, em princípio, devia ser essencialmente privada, não pode assegurar aos hospitais as quantias que eles precisariam para levar o seu funcionamento a um razoável grau de eficiência. (...) Constroem-se hospitais novos. Mas não há dinheiro para pagar a um médico permanente e responsável nem para sustentar um grupo de enfermagem capaz e eficiente*⁶³⁷.

Por outro lado, as fortes críticas lançadas por parte de alguns directores hospitalares relativamente às verbas «astronómicas» atribuídas ao IPO, e que por esta altura ganhavam maior visibilidade na imprensa médica, terão igualmente contribuído para um repensar do

⁶³⁴ A Lei n.º 2.011 previa uma verba de 500.000 contos para o financiamento da construção dos hospitais centrais e regionais. Por seu turno, a construção e adaptação dos hospitais sub-regionais poderiam beneficiar da comparticipação do Estado, pelo Fundo de desemprego, até 75% do seu custo total.

⁶³⁵ Veja-se o trabalho apresentado no III Congresso da União Nacional que se realizou em Coimbra, em Novembro de 1951, de FONSECA, Carlos Dinis – «Da organização hospitalar do País». *Boletim da Assistência Social*. Ano 11.º, n.º 111 e 112 (1953), p. 57-58.

⁶³⁶ FERREIRA, Coriolano – «Memória – Acerca do regulamento-tipo dos hospitais regionais, elaborada em obediência ao despacho de 1 de Abril de 1960». *Boletim da Assistência Social*. Ano 19.º, n.º 145 e 146 (1961), p. 28-30.

⁶³⁷ LIMA, Eugénio – «A vida financeira nos Hospitais Portugueses» *Boletim do IPO*. Vol. 20, n.º 9 (1953), p. 2.

planeamento do sector da saúde e assistência, influenciando de algum modo na redefinição das prioridades ministeriais. Numa altura em que a débil vida financeira dos hospitais era assunto que fazia correr rios de tinta na imprensa especializada e nos relatórios anuais dos hospitais, dependentes como estavam de contributos particulares escassos e subsídios estatais irregulares atribuídos à laia de esmola, o tipo de financiamento e autonomia do hospital de Palhavã suscitava um certo mal-estar entre alguns administradores. As críticas dirigidas ao Instituto eram, por isso mesmo, o sintoma de um problema muito mais geral e profundo da assistência hospitalar portuguesa dos anos 40 e 50: as questões do papel e intervenção do Estado na emergente segurança social, entre nós chamada *previdência*; enfim, o tipo de financiamento e organização de todo o sistema de saúde vigente.

Nesta conjuntura de total reorganização hospitalar, o alargamento dos centros anticancerosos foi deliberadamente relegada para segundo plano pelo Governo, sem que com isso perdesse o apoio político à causa da luta contra o cancro.

Os membros da Comissão Directora reconheciam publicamente as dificuldades impostas pelo atraso na concretização dos centros regionais anticancerosos, o que era tónica habitual nos discursos oficiais, na imprensa generalista e no seio da Assembleia Nacional. O debate que entretanto se gerara e que frequentemente emergia nestas diferentes tribunas, não deixava dúvidas da necessidade urgente de alargar rapidamente a luta contra o cancro ao resto do país, descentralizando-a de uma estrutura já bastante sobrecarregada:

Somos obrigados, porém, a reconhecer que o Instituto do Cancro de Lisboa não resolveu todo o problema da assistência anti-cancerosa do país. Muito longe disso, serve maravilhosamente a capital e as Províncias circunvizinhas, mas quanto às restantes, que são a maior parte, a questão continua praticamente em aberto. Torna-se impossível remeter todos os cancerosos para Lisboa, primeiro porque a lotação (já esgotada, por sinal) do Instituto o não permite, e 2.º pelas dificuldades sociais e económicas observadas na maioria dos casos. Com efeito, é necessário viver de perto a odisseia dos cancerosos pobres (que constituem o maior número) a quem o médico diz «a sua cura é só possível em Lisboa»⁶³⁸.

A concentração dos doentes num único hospital agravava-se pelas dificuldades económicas de uma população maioritariamente rural e empobrecida, mas sobretudo de um número abundante de cancerosos, que acedendo aos hospitais de outros centros urbanos, como Porto ou Coimbra, encontravam-nos sem um miligrama de rádio, nem um único aparelho de raios X para tratamento. Se ambas cidades já eram pólos de atracção sanitária, ainda mais se tinham tornado desde 1944, aquando da reforma dos serviços de saúde e assistência.

⁶³⁸ RAPOSO, Luis – «Coimbra e o problema do cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 8 (1950), p. 6.

Mesmo assim, o projecto de expansão continuava a privilegiar a subordinação das novas estruturas ao Centro de Lisboa. A inclusão no Ministério da Educação era a principal justificação encontrada para este modo de operar, em vista das benesses de maior autonomia financeira e administrativa que tão vantajosas tinham sido na organização e adjudicação dos fundos próprios às actividades de ensino e investigação.

Se na Assembleia Nacional se afirmava em 1964 que a luta contra o cancro não se encontrava ainda suficientemente estruturada, sendo «(...) um grande incêndio que alastra constantemente e não se sabe quando será extinto»⁶³⁹, na imprensa médica – e sobretudo no semanário *O Médico* – era frequente fazerem-se referências ao atraso do alargamento das estruturas do IPO a todo o país. Com efeito, era consensual que a estruturação da luta contra o cancro carecia de um impulso renovado, que não podia depender apenas dos esforços do Instituto.

Numa altura em que os responsáveis pelo sector da saúde e assistência entendiam que a luta contra o cancro se podia realizar através dos hospitais regionais, a expansão do IPO ao restante do país era assunto em fase de redefinição estratégica. Se bem que se encontravam planeados novos centros anticancerosos para as cidades de Évora e Porto, estes dependiam em larga medida do mecenato, respectivamente das contribuições dos condes de Vilalva e de José dos Santos Ferreira.

O problema estava sobretudo ao nível da implementação do diagnóstico precoce, considerada a base fundamental de toda e qualquer atitude terapêutica. Daí a sugestão para que o combate ao cancro fosse incluído entre os objectivos preferenciais da política de saúde, paralela à definida para os demais sectores sanitários. A questão das verbas era agora mais significativa do que noutros tempos, e as constricções orçamentais não permitiram um rápido alargamento do IPO. O plano intercalar de fomento não previra verbas para o sector do cancro, numa altura em que alguns médicos, igualmente deputados na Assembleia Nacional, pugnavam pela alocação urgente de fundos para o diagnóstico precoce⁶⁴⁰.

O caso do hospital planeado para Évora desde 1953 com terrenos cedidos pela Câmara Municipal, constitui o exemplo desta necessidade, problema que esbarrava invariavelmente com as verbas necessárias. Apesar de elaborado o anteprojecto de um edifício de 5 pisos arquitectado por Duarte Grilo⁶⁴¹, e de reunido o apoio de entidades privadas para assegurar o necessário financiamento inicial, o projecto estava paralisado. O Hospital do Patrocínio, nome que entretanto se lhe atribuiu quando ainda estava no papel, não passava de retórica. Permaneceu no ar «Um silêncio inquietante» que não era senão o resultado da ausência de meios governamentais para co-financiar o projecto eborense, plas-

⁶³⁹ Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão n.º 165 (11 de Dezembro de 1964), p. 4099.

⁶⁴⁰ Cf. o *Diário das Sessões*. Sessão n.º 165 (11 de Dezembro de 1964), p. 4099-4100.

⁶⁴¹ Cf. «O anteprojecto do Hospital de Évora destinado ao tratamento de cancerosos». *Hospitais Portugueses*. N.º 66 (Dezembro de 1957), p. 59-60.

mado nessa expressão jornalística utilizada em 1958, e que resume o estado de concretização do projecto⁶⁴². Três anos mais tarde, ainda se continuavam a solicitar na Câmara Corporativa as verbas necessárias à construção do dito hospital.

Por outro lado, permanecia um problema acerca dos meios humanos especializados, aquele que se mostrava de mais difícil e demorada resolução. De facto, os frequentes apelos à premente implantação de uma rede alargada de estabelecimentos de diagnóstico precoce esbarravam com uma dificuldade de longa data: a falta de anátomo-patologistas. Com efeito, o diagnóstico precoce do cancro dependia, em grande parte, da intervenção da anatomia patológica no sector da cancerologia. Os médicos, para trabalharem nesse sector, tinham de ser em primeiro lugar anátomo-patologistas gerais, e é verdade que, em virtude do material tão especializado com que lidava o IPO, a formação de anátomo-patologistas gerais não podia ser atribuição desse estabelecimento. Aos hospitais gerais competia ter preparado um número suficientes destes técnicos, e não ao Instituto de Oncologia; este último apenas os especializaria no seu campo restrito.

O Instituto não podia, portanto, especializar neste sector um número suficiente de anátomo-patologistas para o diagnóstico precoce, de forma a poder espalhá-los por vários pontos do país, uma vez que ele próprio possuía nos seus quadros um número já de si claramente reduzido. Em 1961, a questão do diagnóstico precoce merecia um reparo sintético e pungente de Fernando Namora, quando relembrava que «A luta vitoriosa contra o cancro depende do diagnóstico precoce – estamos de acordo; mas não se diagnostica precocemente uma doença quando o enfermo só nos procura para o ajudarmos a morrer»⁶⁴³.

O centro anticanceroso de Coimbra, metido na gaveta desde o início e de concretização sempre adiada, já não tinha em Bissaya Barreto o seu principal paladino, desiludido com os entraves políticos que sofrera desde 1935, e sobretudo desde 1942. Por isso mesmo, e tentando de alguma maneira apaziguar os ânimos e as desavenças que vinham desde essa altura, foi no contexto de uma querela que em 1959 Luís Raposo remete uma missiva ao Diário de Coimbra onde pede a Bissaya Barreto para juntar a sua voz à da comissão directora do IPO, no sentido de obter do poder político as verbas necessárias à concretização definitiva do projecto, aludindo dissimuladamente ao seu bom relacionamento pessoal com o chefe da presidência do Conselho de Ministros⁶⁴⁴.

Exceptuando o estabelecimento de Palhavã, o primeiro centro anticanceroso a ser materializado foi o de Coimbra, inaugurado em Dezembro de 1961, com uma área geo-

⁶⁴² Cf. «Um silêncio inquietante». *Notícias de Évora*. Transcrito in *Boletim do IPO*. Vol. 25, n.º 6 (1958), p. 7.

⁶⁴³ NAMORA, Fernando – «Diagnóstico precoce e luta contra o cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 28, n.º 6 (1961), p. 3.

⁶⁴⁴ «Às muitas solicitações que têm sido dirigidas ao sr. Presidente do Conselho e outros Ministros, o signatário destas linhas, a Comissão Directora do IPO e a cidade de Coimbra, muito gratos ficariam ao sr. Prof. Bissaya Barreto se juntasse as suas, no sentido de se arrumar o assunto do Centro e de se levar por diante o projectado Hospital, ao lado dele. Que Sua Ex.cia agite a questão acho óptimo, porque decerto é melhor ouvido de que nós outros». In BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. 2.ª ed. Vol. IV. Coimbra: [s.n.], 1959, p. 438.

gráfica de actuação que abrangia os distritos da Guarda, Viseu, Castelo Branco, Aveiro (sul) e Leiria (norte). Mesmo assim, não era senão um imóvel adquirido para a instalação dos primeiros serviços, que foi necessário adaptar, e com capacidade de internamento limitada a 20 camas. Como disse Luís Raposo no dia da inauguração:

*A obra que agora se inaugura só é grande na sua intenção, isto é, no objectivo que tem em mira. Como realização concreta é modesta, muito modesta até. Se correspondesse aos meus desejos e de igual maneira às necessidades regionais impostas pela magnitude e acuidade do flagelo do cancro, clínica ou socialmente consideradas, teria outro vulto e uma mais ampla projecção*⁶⁴⁵.

Nesse dia não houve lugar para as críticas de Bissaya Barreto, muito mordaz quanto ao preenchimento dos lugares do quadro do novo estabelecimento, onde a concorrência estabelecida entre os nomes indicados pelo IPO e aqueles propostos pela FMUC fez correr alguma tinta sobre a ocupação dos lugares disponíveis⁶⁴⁶.

Por seu turno, o centro de tratamento do Porto começou apenas a tomar forma em 1963 com o impulso da LPCC e do seu presidente Lima Basto, que entretanto acumulava estas funções com as de director clínico do IPO. Foi o próprio Núcleo Regional do Norte da LPCC, constituído nesse mesmo ano e fortemente apoiado pela FCG, o principal promotor do projecto, que disponibilizou 13.000.000\$00 escudos, quase metade dos quais dedicados à comparticipação de 50% nos encargos previstos para a primeira fase da construção e instalação do centro regional portuense⁶⁴⁷.

A conclusão dos centros regionais demorava e apenas se tornou possível através de um financiamento de base filantrópica, sem o qual seria extremamente difícil obter o apoio total do Ministério da Educação e o das Obras Públicas. Não era apenas a questão das estruturas físicas e materiais: o componente humano era talvez o principal entrave, num país onde o número reduzido de especialistas era limitado, não só para ocupar lugares nos hospitais centrais e regionais em construção, quanto mais para os hospitais especializados em cancerologia.

Entretanto, conseguiu-se apenas colocar em funcionamento alguns centros de diagnóstico orientados por médicos que estagiaram no IPO, e que com ele continuavam a colaborar, efectuando exames histopatológicos, provenientes de todas as partes do país, províncias ultramarinas incluídas. Nestas últimas, o problema era ainda maior, uma vez que a extensão dos serviços do Instituto a Angola se resumia à análise das preparações histológi-

⁶⁴⁵ «Foi inaugurado o centro anticanceroso de Coimbra». *Boletim do IPO*. Vol. 29, n.º 1 (1962), p. 2.

⁶⁴⁶ Acerca deste assunto veja-se BARRETO, F. B. Bissaya – *Subsídios para a História*. 2.ª ed. Vol. VI. Coimbra: [s.n.], 1961, p. 330-338.

⁶⁴⁷ O demais capital foi atribuído aos centros de Lisboa e Coimbra, dedicados sobretudo ao reequipamento clínico, ao equipamento de cobalto e curiterapia, assim como à organização de cursos de especialização. Cf. «A Fundação Calouste Gulbenkian ofereceu Treze Mil Contos ao Instituto Português de Oncologia». *Boletim do IPO*. Vol. 30, n.º 5 (1963), p. 9-10.

cas que lhe eram remetidas, e que uma vez analisadas eram devolvidas com os respectivos boletins descritivos ao Hospital de Luanda, onde existia um centro cirúrgico orientado por Silveira Ramos, que se ocupava localmente e de forma muito limitada da luta contra o cancro. A questão foi alvo de reparos na Assembleia Nacional em 1967, onde o deputado Horácio Silva, não sendo médico, manifestou a necessidade de dotar a província dos meios humanos e matérias especializados, apetrechando um local onde:

(...) faltam as possibilidades de tratamento pelas radiações e falta na verdade quase tudo – a começar pelo rastreio e as possibilidades de um diagnóstico a tempo que permita ao enfermo (aquele que o possa fazer) procurar a salvação. Só não falta ali a angustiada boa vontade de alguns ilustres médicos e de alguns ilustres cirurgiões, aos quais se devem as vidas que se tem salvo daqueles que são passíveis de tratamento local. (...) em regra quando o infeliz atingido pela terrível enfermidade obtém o diagnóstico está já irremediavelmente perdido. Numa ansiedade compreensível vai ainda então à África do Sul ou ao Sudoeste Africano se tem meios bastantes para isso. Ou vem a Lisboa se tem alguns meios, ou se é funcionário público ou não sendo, se obtém a dádiva de uma passagem pelo IASA (Instituto de Assistência Social de Angola) para vir do mesmo modo a Lisboa (...). Simplesmente, e em regra, como o doente não foi diagnosticado a tempo, vem tarde. Demasiado tarde para ele como para muitos outros mais infelizes (...). Tal é a situação na verdade nada brilhante⁶⁴⁸.

Se bem que no início de 1964 o Ministério do Ultramar tivesse determinado a criação de centros especializados em Luanda e Lourenço Marques, e onde Lima Basto se deslocou para orientar a planificação dos projectos, chegados a 1967 nada estava ainda realizado.

No espaço metropolitano, o sentimento de atraso na concretização dos centros regionais estava bem presente no seio dos próprios responsáveis do Instituto, sobretudo o northeno, sentimento que não deixavam de demonstrar publicamente, como foi o caso da tomada de posse das Comissões do Núcleo do Norte da LPCC em Novembro de 1964, aquando da preparação dos trabalhos para a erecção do ansiosamente aguardado centro regional do Porto:

Anuncia-se a próxima criação do Centro Anticanceroso do Porto, destinado a desempenhar importante e decisiva tarefa no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento do cancro. Agora que a Liga Portuguesa Contra o Cancro, o próprio governo e preciosas contribuições particulares, se conjugam para criar tão urgente obra, pode dizer-se que da esperança vaga e indecisa, se caminha abertamente para a realidade⁶⁴⁹.

⁶⁴⁸ *Diário das Sessões*. Sessão n.º 63 (3 de Fevereiro de 1967), p. 1152-1153.

⁶⁴⁹ Palavras de Joaquim da Silveira Botelho, secretário da LPCC, reproduzido in BOTELHO, Luís da Silveira (coord.) – *O Instituto Português de Oncologia e a luta contra o cancro em Portugal: 75 anos*. Mafra: Elo, 2000, p. 88.

Antes mesmo do centro portuense se encontrar totalmente construído, deu-se corpo ao antigo projecto dos centros de profilaxia, que não eram mais do que centros de diagnóstico independentes, fora dos centros regionais, que podiam ou não, estar adstritos a outros hospitais.

O centro de profilaxia de Alcântara, inaugurado em 1969 é um raro exemplo de concretização desta política de diagnóstico precoce sistemático, que apenas tomou forma por ter recebido donativos de um benemérito e o apoio financeiro da FCG⁶⁵⁰. Contudo, o alargamento das consultas de rastreio a outras áreas da capital não teve continuidade devido à reestruturação dos centros de saúde, que acabariam por absorver as mesmas competências diagnósticas. Por essa mesma razão, em 1989 o centro de Alcântara encerrou a sua actividade.

Planearam-se outros centros desta natureza, quer para a própria cidade de Lisboa, quer para o restante território, mas o problema da falta de profissionais de saúde impediu um desenvolvimento mais célere. O problema mais grave continuava a ser, e cada vez mais o seria, a limitação imposta em particular pela inexistência de médicos e enfermeiros suficientes.

Lima Basto, director do IPO em 1969, reconhecia a existência desta importante limitação. Problema alheio à planificação emanada do Instituto, não deixava de ser sentido ao mais alto nível dos que dirigiram no pós-guerra a luta contra o cancro: «Nós sabemos que para atingir esse fim será necessário treinar muito pessoal Médico e de Enfermagem, de Serviço Social, que será preciso criar instalações, equipá-las, adquirir aparelhagem, que para tudo isso é preciso dinheiro (...). Pela nossa parte, o Instituto de Oncologia e Liga contra o Cancro, não nos temos poupado a esforços e cansaças, a desânimos e desgostos, a incompreensões e a críticas, mas resta-nos a consolação moral de trabalharmos para o bem comum»⁶⁵¹.

O arranque dos novos centros regionais encontrou entraves que não seriam à partida de ordem financeira mas de pessoal especializado, tanto mais que uma análise dos mapas das entidades financiadoras do *Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1.ª Fase)* de 1966, permite avaliar a volumosa participação do mecenato e das entidades de natureza filantrópica, que no seu conjunto, superam largamente a participação do Estado no projecto⁶⁵². O défice de médicos e enfermeiros foi sendo colmatado a custo, mostrando-se mais fácil a obtenção das verbas destinadas às estruturas físicas e equipamentos. A intervenção financeira estatal seguiu-se à iniciativa privada: a LPCC e a FCG subsidiaram a iniciativa, constituindo-se como os principais promotores financeiros do projecto. O novo centro norte-

⁶⁵⁰ Cf. «Na inauguração do centro de profilaxia de Alcântara». *Boletim do IPO*. Vol. 36, n.º 11 (1969), p. 1-8.

⁶⁵¹ Palavras de Lima Basto na inauguração do Centro de Profilaxia de Alcântara. Cf. *Boletim do IPO*. Vol. 36, n.º 11 (1969), p. 1-8.

⁶⁵² Cf. os mapas das entidades financiadoras do *Plano Nacional da Luta Contra o Cancro (1.ª Fase)* no DL n.º 46.867, de 10 de Fevereiro de 1966, reproduzido no anexo 5.

nho desenvolveu-se em duas fases. Numa primeira fase, com 80 camas de internamento, que incluía os serviços de cirurgia, medicina, ginecologia, ORL, estomatologia, curieterapia, radiodiagnóstico, cobaltoterapia e análises. A segunda, previa na altura um pavilhão para 200 camas e um edifício de oito andares com internamento, totalizando 550 camas.

Em paridade com a construção do centro do Porto, preparou-se, finalmente, o alargamento do quadro de pessoal do centro de Lisboa, que dos 70 funcionários inscritos desde 1944, passava a ter 927 desde 1972, número muito mais consentâneo com o volume de trabalho realizado⁶⁵³.

A autonomia dos centros de Coimbra e Porto viria mais tarde. Em 1977, o Decreto-Lei n.º 78/77 define a autonomia dos respectivos Centros, que se encontravam subordinados à sede em Lisboa. O objectivo principal era o de lhes conferir maior eficácia, quer nas actividades de prevenção quer nas de tratamento.

A cada um deles corresponde uma área geográfica respectiva: norte, centro e sul. Ao Centro do Porto correspondiam todos os distritos a norte do rio Douro, acrescido do distrito de Aveiro. Ao Centro de Coimbra competiam os de Viseu, Guarda, Castelo Branco, Coimbra e Leiria. Ao Centro de Lisboa competia a cobertura do restante território, incluindo os arquipélagos dos Açores e Madeira.

Passando a gozar de autonomia administrativa, técnica e científica, são igualmente autorizados a arrecadar as suas receitas próprias e afectá-las às despesas a realizar. Na prática, a autonomização destas estruturas hospitalares permitiu espalhar pelo país uma rede de tratamento oncológico muito mais próxima dos cidadãos, descongestionando o Centro lisboeta, que há muito se havia tornado pequeno para dar uma resposta cabal a todas as funções que lhe estavam confiadas. Se era um facto que a investigação e o ensino estavam a par da assistência, foi esta última a que mais trabalho absorveu ao longo da vida do IPO.

A breve trecho, os demais centros regionais também se veriam a braços com o problema do tratamento imediato de um elevado número de cancerosos. Apesar de serem muito mais que organizações hospitalares para tratar doentes oncológicos, uma vez que a investigação oncológica clínica era o seu objectivo fundamental, na prática, os Centros entretanto criados em Coimbra e no Porto, viram-se na contingência imediata e diária de proceder ao diagnóstico e tratamento dos doentes.

Daí ter surgido a proposta de uma abordagem alternativa para a organização da luta contra o cancro, integrando todo o SNS⁶⁵⁴. Apesar dos novos centros descomprimirem o volume de doentes que afluíam a Lisboa, a verdade é que em meados da década de 70, já uma parte muito significativa de doentes neoplásicos eram atendidos e tratados na rede hospitalar do país, sobretudo nos hospitais centrais. De outro modo não poderia ser, tanto mais que os centros do Instituto não dispunham da capacidade necessária para o exclusivo

⁶⁵³ Cf. o Decreto n.º 99/72, de 25 de Março.

⁶⁵⁴ CONDE, José – «Oncologia no âmbito nacional». *Jornal do Médico*. T. 86, n.º 1.638 (1974), p. 816-849.

da doença oncológica. Apesar disso atendia um número de doentes já de si excessivo, o que acarretava prejuízos para a realização de uma investigação clínica mais desenvolvida. No mesmo sentido, os laboratórios de investigação viam a sua actividade diminuída, pelo papel que lhes cabia de fornecer respostas céleres à prática clínica. Era a altura de reformular a luta contra o cancro, e em particular o papel do IPO nesse desiderato.

Genericamente, os centros regionais corresponderam à sedimentação de um projecto, preparado com muita antecedência e estruturalmente pioneiro nas suas concepções, mas atrasado no tempo da sua real execução. Apesar disso, foi com eles que se deu forma à regionalização da luta especializada contra a doença, mas onde a subordinação ao centro lisboeta era absoluta. Os Centros Regionais de Coimbra e Porto, a par do de Lisboa, que permanecia como sede, não completaram senão parcialmente as necessidades de tratamento. Outras unidades de oncologia médica foram entretanto criadas em diversos hospitais distritais, como nos casos de Évora, Faro, Santa Maria e Hospital Militar Principal, coadjuvando a rede de centros regionais. E se bem que também nos centros regionais se pretendesse conferir a primazia à investigação e ao ensino pós-graduado especializado, foi acima de tudo o tratamento dos doentes oncológicos que dominou a vida activa do Instituto.

