

De doença desconhecida a problema
de saúde pública: o INCA e o controle
do câncer no Brasil

LUIZ ANTONIO TEIXEIRA • CRISTINA OLIVEIRA FONSECA

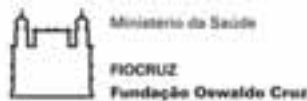




Presidente da República
Luís Inácio Lula da Silva
Ministro da Saúde
José Gomes Temporão



Diretor-geral
Luiz Antonio Santini



Presidente
Paulo Marchiori Buss



Diretora
Nara Azevedo

De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil

LUIZ ANTONIO TEIXEIRA • CRISTINA OLIVEIRA FONSECA

Copyright © 2007, Ministério da Saúde

ISBN: 978-85-334-1446-4

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos
21040-360 – Rio de Janeiro – RJ
www.fiocruz.br

Casa de Oswaldo Cruz – COC/FIOCRUZ

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos
21.045-900 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (0xx21) 2260-7946
Fax: (0xx21) 2598-4437
E-mail: sitecoc@coc.fiocruz.br

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23 – Centro
20231-130 – Rio de Janeiro – RJ
www.inca.gov.br

Divisão de Comunicação Social (DCS/INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23/4º andar – Centro
20230-130 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (0xx21) 2506-6108
Fax.: (0xx21) 2506-6880
E-mail: comunicacao@inca.gov.br

Coordenação geral do projeto na Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Luiz Antonio Teixeira

Coordenação geral do projeto na Divisão de Comunicação Social/INCA

Claudia Lima

Cristina Ruas

Rodrigo Feijó

Elaboração de texto

Luiz Antonio Teixeira

Cristina Fonseca

Lina Faria

Pesquisa de fontes textuais e textos preliminares

Rômulo de Paula Andrade

Pesquisa iconográfica

Manuela Castilho Coimbra Costa

Apoio à pesquisa iconográfica

Marcos Vieira

Viviane Queiroga

Auxiliar de pesquisa

Claudio Arcoverde

Revisão de texto

Jacqueline Gutierrez

Reproduções fotográficas

Roberto de Jesus

Vinicius Pequeno

Agradecimentos

Adília Maria Teixeira da Silva

Alexandre Octavio Ribeiro de Carvalho

Carla Gruzman

Evandro Coutinho

Gisele Sanglard

Marina Kroeff

Marília March

Renato Silva

Projeto Gráfico

Idéia D – Designers Associados

www.ideiad.com.br

Parceria

Coordenação Geral de Documentação e Informação – CGDI/MS

Secretaria Executiva

Impressão

Gráfica Esdeva

T266d Teixeira, Luiz Antonio (Coord.)

De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil / Luiz Antonio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca.- Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007. 172 p. : il. ; 26 cm.

1. Saúde pública-história-Brasil. 2. Política de saúde-história-Brasil. 3. Neoplasias. 4. INCA. I. Título

CDD614.0981

Sumário

Apresentação	7
Introdução	9
CAPÍTULO 1 Sobre a história social do câncer	13
CAPÍTULO 2 O desenvolvimento da cancerologia no Brasil	25
CAPÍTULO 3 Construindo uma política de controle do câncer para o país	41
CAPÍTULO 4 Mario Kroeff e a criação de um espaço para o tratamento do câncer no Distrito Federal	57
CAPÍTULO 5 O Serviço Nacional de Câncer e a institucionalização da política de controle do câncer no Brasil (1940-1960)	73
CAPÍTULO 6 Saúde: bem público ou privado? O INCA e a política de controle do câncer no período autoritário (1964 – 1979)	103
CAPÍTULO 7 Parcerias públicas em benefício público: co-gestão e inovação institucional no INCA	127
CAPÍTULO 8 O INCA, o SUS e os desafios da saúde pública brasileira	141
Linha do Tempo	161
Referências Bibliográficas	163

Apresentação

A trajetória institucional do INCA segue o mesmo percurso da história natural da doença no Brasil. Refletir sobre o processo que fez o câncer passar de doença pouco conhecida a objeto de uma política de saúde pública é pensar sobre os caminhos que levaram à construção do próprio INCA. A instituição completa hoje 70 anos e se orgulha de ter alcançado a maturidade para enfrentar os enormes desafios do presente e do futuro.

O trabalho apresentado aqui é um olhar sobre a história construída na assistência, prevenção, detecção precoce, vigilância epidemiológica, educação e pesquisa sobre o câncer. Os autores nos convidam a acompanhar a trajetória não apenas do desenvolvimento técnico-científico que permitiu tratar a doença, mas da visão do poder público e da sociedade sobre o problema.

De todas as iniciativas propostas para esta comemoração, a publicação deste livro é o marco mais importante. Ele é fruto da parceria entre o INCA e a Casa de Oswaldo Cruz, unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz, que, desde 1985, se dedica ao estudo da história das ciências e da saúde no Brasil, atuando decididamente no campo da preservação do patrimônio científico e cultural da saúde.

Tratando de um tema ainda pouco explorado pelos analistas dos processos e dos agentes da institucionalização das políticas públicas, este livro se soma aos esforços empreendidos por historiadores e cientistas sociais que, nas últimas duas décadas, vêm renovando a história das ciências e da saúde em nosso País. Nesse sentido, amplia o horizonte dessas reflexões, que apresentam interesse para o mundo acadêmico, mas também para a atuação conseqüente de políticas públicas que promovam a saúde como um valor e um direito de cidadania.

Luiz Antonio Santini

Diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer – INCA

Nara Azevedo

Diretora da Casa de Oswaldo Cruz

Introdução

Ao longo da história brasileira, o câncer foi visto de diversas formas. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual à problema de saúde pública, sua história foi marcada pelo incessante esforço da medicina em controlá-lo pela via da prevenção, aliada ao uso das mais modernas tecnologias médicas de tratamento. No entanto, as dificuldades técnicas para a cura de muitas de suas formas, o alto custo das tecnologias empregadas com esse objetivo e seu caráter individual mostram-se como limitadores da ação terapêutica, fazendo com que a doença se vincule cada vez mais ao campo da prevenção e da saúde pública.

Ao construir a história dessa doença em nossa formação social, optamos por trazer à luz uma multiplicidade de atores e instituições que ajudaram a construir primeiramente o câncer como problema médico e em seguida como objeto da saúde pública. Nesse conjunto, despontou como objeto privilegiado de análise o Instituto Nacional de Câncer. Acompanhamos sua trajetória, desde a sua criação, como Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1937, até o início do nosso século, momento em que a instituição passa a se responsabilizar pela formulação, acompanhamento e implantação da política de atenção oncológica no País. Embora saibamos que o recorte utilizado não dê o devido destaque a alguns aspectos da história da doença, como as angústias e sofrimento dos doentes e os detalhes dos avanços técnico-científicos utilizados em seu controle, os limites da obra nos impuseram essa escolha.

Nosso longo caminho se inicia com os primeiros trabalhos sobre o câncer apresentados em nossas academias médicas e tem como ponto de chegada a configuração das políticas de controle da doença, no início do século XXI, e a atuação do INCA nesse contexto. Para guiar o leitor nesse passeio, dividimos o texto em seções, em alguma medida, formatadas pelos marcos das transformações da nossa história sócio-política, acrescidas das grandes transformações na história do combate a doença no País.

Iniciamos nossa empreitada construindo um quadro geral sobre a doença, que mostra como ela foi construída como um problema social. Ou seja, como se deu a passagem de uma visão do indivíduo doente para uma outra, que via a doença como um problema coletivo, a ser tratado pela saúde pública. Ao tratar desse aspecto, também nos remetemos aos avanços científicos em relação à doença, procurando ressaltar o paradoxo encerrado no fato de que, quanto mais ela foi sendo descortinada pelas ciências médicas, mais aumentou o temor das populações diante dela.

No segundo capítulo, nossa narrativa se volta para os primeiros estudos sobre o câncer no País, analisando como ele se transforma em problema médico. Mostramos que, a partir do início do século XX, os médicos brasileiros começaram a se debruçar sobre o câncer, mais como uma forma de seguir a tendência de seu campo profissional – cada vez mais às voltas com as observações da ampliação da incidência da doença na Europa e nos Estados Unidos – do que como um modo de resolver um real problema de saúde pública. Na verdade, nossos médicos tiveram que se desdobrar para mostrar a importância do câncer, visto sua pequena expressão epidemiológica naquele momento. De qualquer forma, foram felizes na aceitação social de seu discurso que previa a ampliação dos índices da doença *vis à vis* ao processo de modernização do País.

A ação desses pioneiros se caracteriza como o primeiro passo para o enquadramento do câncer como um problema de saúde pública. Já em 1920, ele passou a ser objeto de uma inspetoria do Departamento Nacional de Saúde Pública. Sua inclusão no organograma da saúde pública se relacionou ao surgimento de uma demanda social visando ao aumento do escopo das ações governamentais de saúde, até então voltadas para o controle das epidemias. Além disso, ela também se relacionou ao processo de maior profissionalização de nossos sanitaristas, que passaram a ter nas noções da moderna saúde pública, surgidas nos Estados Unidos, sua base de atuação.

A trajetória das primeiras instituições voltadas para o controle do câncer também são alvo de nossa narrativa. Observamos o surgimento do Instituto do Radium de Belo Horizonte e do Instituto do Câncer Dr. Arnaldo, em São Paulo. Também analisamos o malsucedido projeto de um hospital do câncer levado à frente pelo industrial Guilherme Guinle em consórcio com uma associação de médicos do Distrito Federal.

O terceiro capítulo se volta para o período que se estende entre o final da década de 1920 e a metade dos anos 1930, momento em que os médicos se convenceram da necessidade de ampliação das ações de saúde contra o câncer. O I Congresso Brasileiro de Câncer, ocorrido em 1935 no Distrito Federal, foi o auge desse processo, ao trazer a público as primeiras propostas para o enfrentamento da doença em nível nacional. Ressaltamos nesse momento a atuação de João de Barros Barreto, então dirigente da saúde pública, que trouxe à luz um projeto para o combate ao câncer em nível nacional. Como contraponto, analisamos a proposta apresentada por Mario Kroeff e mostramos como ele conseguiu pôr em marcha as atividades que acabariam por consolidar a ação contra o câncer no país.

O capítulo seguinte é dedicado a Mario Kroeff e seus “combates contra o câncer”. Traçamos uma breve biografia do personagem e analisamos a criação e a trajetória do centro de cancerologia, embrião do Instituto Nacional de Câncer. Também nos voltamos para sua atuação na criação da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos. Nossa análise procura mostrar a grande habilidade e perspicácia de Kroeff tanto na criação do Centro de Cancerologia como, de forma mais ampla, em todo o processo de desenvolvimento de uma política de controle do câncer no País, entre o final dos anos 1920 e a década de 1950. Usando de grande argúcia, ele foi capaz de compreender as mudanças que vinham ocorrendo em relação à prevenção e ao tratamento do câncer e de reformular suas concepções para seguir essas diretrizes de forma mais eficaz. Se no início de sua carreira, suas propostas para o controle do câncer no País apregoavam quase que exclusivamente a maior utilização da eletrocirurgia, com o passar dos anos, elas passaram a ter como base a criação de uma rede de instituições que tratassem os doentes com o conjunto de tecnologias que a medicina oferecia, implementassem campanhas publicitárias em relação à necessidade de diagnóstico precoce e que também pudessem oferecer cuidados paliativos para os desprovidos de recursos. Com esse propósito, ele moveu uma luta particular para ampliar as iniciativas de controle da doença, tanto no âmbito da instituição que dirigia como fora dela.

No capítulo cinco, nossa análise se volta para as políticas públicas relacionadas ao câncer, primeiro analisando a criação e o lento desenvolvimento do Serviço Nacional de Câncer (SNC). Procuramos ressaltar que essa instituição, em seus primeiros anos de atividades, concentrou sua atuação no Centro de Cancerologia. A partir do final do governo Vargas, o SNC ampliaria bastante sua atuação, principalmente no incentivo às ligas e outras instituições locais. Nesse capítulo também observamos as campanhas de prevenção postas em marcha a partir de 1946 e analisamos o processo de ampliação e modernização do então Instituto Nacional de Câncer, enfatizando seu papel na formulação das políticas de câncer para o País.

O sexto capítulo se detém nas décadas de 1960 e 1970, analisando o período de instabilidade política que marcou a transição para um gradativo regime político autoritário no Brasil. Observamos o fortalecimento gradual de propostas voltadas para a privatização dos serviços de saúde e as principais mudanças institucionais que ocorreram na esfera da saúde. No âmbito das ações de controle do câncer, destacamos a criação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, as atividades desenvolvidas nesse setor, bem como a elaboração do Plano Nacional de Combate ao Câncer. Acompanhando estas mudanças destacamos o impacto destas transformações no Instituto Nacional de Câncer (INCA), configurando um período marcado por grande instabilidade institucional, a falta de verbas e a redução de sua equipe profissional, entre outros fatores.

O capítulo seguinte procura estabelecer um paralelo entre o processo de redemocratização que tem início na década de 1980 e a reformulação institucional que ocorre no INCA, quando o Instituto começa a superar as dificul-

dades e problemas por que passou nas décadas anteriores. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a promulgação da nova Constituição brasileira em 1988, representaram momentos decisivos da história da saúde no País e tiveram impacto também sobre o Instituto. Para o INCA, essa década representou um período de importantes mudanças que implicaram a expansão das atividades de controle e tratamento do câncer. Foram criadas novas instâncias gerenciais com a implementação da co-gestão além da criação de novos setores e serviços, como o Pro-Onco e o CEMO.

O oitavo capítulo, observando o contexto de consolidação da democracia no País, e a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), procura analisar o papel do INCA diante dos desafios apresentados no processo de implementação e consolidação do SUS. Estabelecemos um diálogo entre as ações de controle e tratamento do câncer empreendidas pelo Instituto e as transformações em curso na área da saúde, destacando seu papel na definição de estratégias e diretrizes políticas para o setor. Constatamos a crescente especialização médica nesse campo, acompanhada de uma ampla e extensa diversificação institucional, de novos parâmetros de relação com os meios de comunicação e novas estratégias de prevenção e controle sobre a doença. Observamos que o INCA enfrentou os desafios apresentados pelo novo modelo de gestão institucionalizado pelo SUS e se consolidou como uma instituição pública, prestadora de serviços de qualidade. Neste sentido, o fio condutor da análise fortalece a caracterização do câncer como uma questão social, de saúde pública.

Este livro contou com o valioso trabalho da pesquisadora Lina Faria que participou como co-autora dos textos referentes aos capítulos seis, sete e oito. Para a elaboração desse trabalho, utilizamos uma enorme quantidade de fontes, sendo que os artigos e comunicações às sociedades médicas e congressos de medicina foram os mais empregados nos capítulos que trataram dos primórdios da cancerologia no país. A análise das políticas públicas em relação ao câncer e do desenvolvimento institucional do INCA teve como principal matéria prima os documentos oficiais, em especial a legislação, os relatórios do Instituto e os artigos de seus dirigentes publicados na *Revista Brasileira de Cancerologia*. Não podemos deixar de citar três trabalhos que foram fundamentais à escrita desse livro. O primeiro foi o livro *História e Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil*, escrito sob a coordenação de Regina Bodstein a exatos dez anos e publicado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Primeiro trabalho acadêmico a sistematizar a história das políticas em relação ao câncer no País, nos serviu como bússola, indicando os caminhos a serem percorridos. Além disso, fizemos largo uso das entrevistas elaboradas por seus autores. Outro trabalho que merece menção especial é a dissertação de mestrado de Alexandre Octavio de Carvalho, *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil* (2006). Da mesma forma que o livro precedente, sua dissertação foi uma fonte fecunda de informações e de referências a serem analisadas. Por fim, não podemos deixar de citar o grande conjunto de escritos de Mario Kroeff, em particular o livro *Resenha da luta contra o câncer no Brasil* (1947) no qual o autor enfeixa uma longa série de documentos, artigos e manchetes de jornais sobre o desenvolvimento da cancerologia no País que constituíram fontes de inestimável valor.

Embora nossa pesquisa tenha conseguido levantar um grande e rico conjunto de fontes, o perfil editorial adotado para o livro fez com que nossa narrativa se concentrasse nos aspectos mais gerais, tanto no que concerne às políticas de saúde pública, como em relação à trajetória do INCA. Por isso, o leitor pode deixar de encontrar informações específicas sobre políticas voltadas para o controle do câncer e sobre algumas atividades realizadas no Instituto em diversos momentos de sua história. Nesse sentido, acreditamos que esse trabalho possa ser um ponto de partida para outras investigações e estimule o interesse por novos temas relativos à história da instituição e de seu papel no controle do câncer no País.

II

CAPÍTULO

1



Sobre a história social do câncer

O câncer encerra em sua história um estranho paradoxo relacionado ao fato de que, à medida que a medicina foi alargando os conhecimentos e desenvolvendo tecnologias cada vez mais poderosas contra seus nefastos efeitos, o pavor das populações em relação a ele também se ampliou. Durante muito tempo quase nada se sabia sobre a doença, e era nula a capacidade dos médicos em evitar o sofrimento e as mortes que causava. No entanto, o câncer era pouco percebido na sociedade, fazendo parte de um grande rol de mazelas que impingiam sofrimento e morte. Às suas vítimas, só restavam a agonia e muitas vezes a execração social causada pelo temor de sua contagiosidade. A partir de meados do século XX essa situação começou a se transformar. Os promissores tratamentos surgidos, ainda no início do século, começaram a se sofisticar, se mostrando mais eficazes, ao mesmo tempo em que a prevenção pelo diagnóstico precoce entrou na ordem do dia da medicina. No entanto, o maior conhecimento da doença e o surgimento de alguma esperança no tratamento dos acometidos também ampliavam a compreensão da extensão do mal, de suas diversas faces e da limitada capacidade da medicina em domá-lo, intensificando com isso o temor da sociedade, que passou a ver o câncer como o flagelo da modernidade.

A doença é conhecida desde longa data. Egípcios, persas e indianos, 30 séculos antes de Cristo, já se refe-

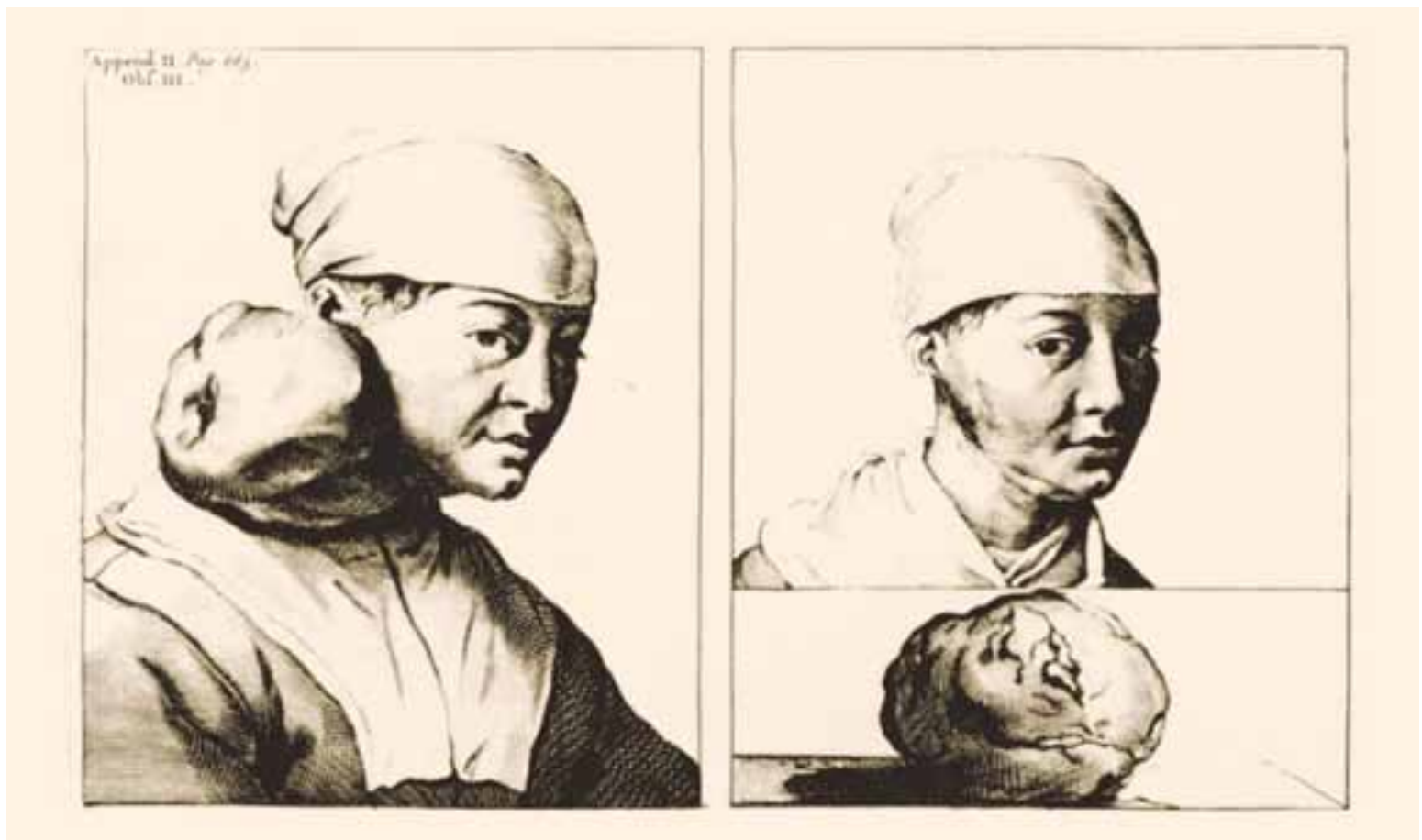
riam a tumores malignos, mas foram os estudos da escola hipocrática grega, datados do século IV a. C., que a definiram melhor, caracterizando-a como um tumor duro que, muitas vezes, reaparecia depois de extirpado, ou que se alastrava para diversas partes do corpo levando à morte. Então denominado de *carcicoma* ou *cirro*, o câncer era visto pelos hipocráticos como um desequilíbrio dos fluidos que compunham o organismo. No início do período cristão, a medicina galênica reforçou a idéia do câncer como desequilíbrio de fluidos. Essa noção manteve-se presente na medicina ocidental até o século XVII, sendo que, a partir do século XV, a descoberta do sistema linfático fez com que a doença fosse relacionada ao desequilíbrio da linfa nos organismos. Pensar a doença como desequilíbrio de fluidos representava pensá-la como um problema orgânico mais geral, em que os tumores eram apenas as manifestações visíveis. Tal concepção desaconselhava intervenções cirúrgicas ou medicamentosas, postulando que as terapêuticas voltadas para a obtenção do equilíbrio corpóreo – como as sangrias – eram mais adequadas ao restabelecimento completo do doente.

Somente no século XVIII, o câncer passou a ser visto como uma doença de caráter local. Para essa mudança mostrou-se fundamental o desenvolvimento da anatomia patológica e dos conhecimentos sobre as células. Nesse terreno, o anatomista italiano Giovanni Battista

Morgagni (1662-1771) e o médico francês Marie François Xavier Bichat (1771-1802) foram de grande importância. O primeiro enfatizou a localização corpórea das doenças, que passavam a se caracterizar como uma entidade específica, localizada em determinado órgão do corpo. Já Bichat elaborou um tratado revolucionário, mostrando que os órgãos são formados por diferentes tecidos, cujas lesões apontavam a localização das várias patologias. Seus estudos favoreceram a compreensão das formas distintas de câncer, a partir de seus efeitos diferenciados em diversas localizações tissulares. Ainda neste período, outro médico francês, René Théophile Laënnec (1781-1826), aumentou a precisão do diagnóstico ao distinguir os quistos dos rins e dos ovários e os fibromas uterinos dos casos de câncer. Por fim, Joseph Claude

Anthelme Recamier (1774-1852), observando um tumor secundário no cérebro de uma paciente inicialmente atingida por um câncer no seio, deu início a utilização do conceito de metastase para o câncer. Seus estudos apontavam para o fato de a invasão de células cancerosas na corrente sanguínea ou linfática provocar o surgimento de novos tumores em outros órgãos dos doentes. Essas pesquisas, assim como diversas outras realizadas no período, possibilitaram a compreensão do câncer como uma patologia local, relacionada às mais diminutas estruturas orgânicas.

No século XIX, o desenvolvimento da teoria celular, a partir dos trabalhos de Virchow (1821-1902), finalmente possibilitou a vinculação da doença às células e seu processo de divisão. O próprio Virchow propôs essa



Remoção de um tumor. Ilustrações de 1741

idéia, no entanto, ele acreditava que o câncer era causado por uma irritação crônica e se propagava como um líquido no organismo. Em meados do século XIX, o anatomista Wilhelm Waldeyer (1836-1921) mostrou que as células cancerosas se desenvolvem a partir de células normais, e que o processo de metastase, como postulava Recamier, era resultado do transporte das células cancerosas pela corrente sanguínea ou linfática.

Apesar do grande avanço do conhecimento sobre a doença, as possibilidades de tratamento eficazes permaneciam inexistentes, restando aos acometidos a internação em asilos para desenganados, nos quais em meio ao sofrimento, esperavam o momento da morte. Nesse campo, a assistência aos desamparados foi a ação contra a doença de maior alcance. Na Europa, ainda no século XVIII começaram a surgir hospitais com esse objetivo. Já em 1742, a cidade de Reims, na França, criou um asilo para cancerosos. Em 1799, seria fundado, na Inglaterra, o Cancer Charity of the Middlesex Hospital, com as mesmas características. Em meados do século XIX, várias instituições voltadas à proteção aos doentes de câncer começaram a proliferar em diversos países europeus. Na França, a Associação de Senhoras do Calvário, ou Obra do Calvário, criada em 1842 na região de Lyon, por Jeanne Garnier-Chabot, implantou um asilo para mulheres cancerosas, mantido e administrado por viúvas voltadas para a caridade. Depois da morte de sua fundadora, em 1853, a associação criou diversas casas de abrigo na França, nas quais as viúvas da ordem trabalhavam cuidando de mulheres atingidas pela doença.

Em meados do século XIX, os avanços da cirurgia pareciam dar uma nova esperança em relação ao câncer. As primeiras cirurgias de cânceres do reto e histerctomias datam da década de 1840, quando a utilização do éter e do clorofórmio como anestésicos possibilitou a execução de cirurgias mais invasivas. No entanto, o grande número de insucessos dessas operações e o dissenso sobre sua eficácia fizeram com que, naquele momento, elas fossem postas de lado. Somente com o desenvolvimento das técnicas de assepsia e anti-sepsia criadas por Joseph Lister (1827-1912) na década de 1860 e da progressiva



Mastectomia. Ilustrações do Armentarium Chirurgicum, 1741

Retirada de um tumor
no seio. *Traité Complet
de l'Anatomie de
l'homme*, 1866-67



aceitação da transmissão microbiana das doenças a partir dos trabalhos de Pasteur (1822-1895), duas décadas mais tarde, as cirurgias passaram a ser mais viáveis. Os cuidados com a assepsia caracterizaram-se como uma verdadeira revolução no campo cirúrgico, possibilitando a segurança necessária para o desenvolvimento de diversas incisões até então marcadas pelo fracasso em virtude de infecções secundárias. Nesse contexto, diferentes iniciativas cirúrgicas começaram a ser bem-sucedidas. Em 1881, o cirurgião alemão Theodor Billroth (1829-1894) obteve o primeiro sucesso na remoção de um câncer de estômago; em 1890, Willian Stewart Halsted realizou uma bem-sucedida mastectomia ampliada no Hospital Johns Hopkins, em Nova York; e, em 1900, em Viena, o austríaco Ernest Wertheim (1864-1920) publicou um trabalho sobre uma técnica de histerctomia do câncer de útero com a qual havia reduzido índice de óbitos resultantes dessa cirurgia, no Elizabeth Hospital, de 72% para a impressionante cifra de 10%. À medida que as técnicas cirúrgicas de assepsia foram se desenvolvendo, aumentava o número de médicos que voltavam seu interesse para as cirurgias de diversos tipos de câncer, fazendo com que cada vez mais a doença se vinculasse a cirurgia.

Apesar da ampliação das possibilidades de intervenção contra o câncer, abertas pelo desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, as grandes transformações no tratamento viriam da aproximação da medicina de outros campos de investigação, como a física e a química. Os primeiros passos nesse sentido surgiram com a descoberta dos raios X, em 1895. A partir de 1896, os médicos se apropriaram da descoberta, se interessando por suas extraordinárias potencialidades diagnósticas. Logo também passaram a testá-la freneticamente na busca da cura de diversas doenças. No caso do câncer, a utilização da radioterapia parecia ser promissora. Já em 1902, surgiram os primeiros trabalhos na Associação Americana de Cirurgia, afirmando a importância dos raios X no tratamento das displasias. A partir de então, a técnica começou a ser utilizada por alguns médicos no tratamento de cânceres cutâneos e, em seguida, em tumores internos,

com a utilização de tubos que eram introduzidos nos pacientes para que o efeito dos raios atingissem seus órgãos afetados. Apesar das primeiras tentativas de uso médico dos raios X, não havia uma compreensão biológica sobre sua forma de ação nos organismos. Foi em 1905 que o radiologista francês Jean Bergonié e o histologista Louis Tribondeau esclareceram seu princípio de ação curativa, mostrando que as células cancerosas são mais sensíveis a ele que as células sãs. Seu trabalho deu fundamentação biológica à utilização da radioterapia e abriu caminho para a sua utilização científica contra os mais diversos tumores. Apesar dos avanços, a nova tecnologia mostrava-se perigosa, pois causava queimaduras e, se utilizada em altas doses, chegava a ser cancerígena. Além disso, a impossibilidade de mensuração e padronização de sua dosagem impediam sua utilização de forma segura. Por muito tempo, a maioria dos médicos tanto da França, como de outros países tiveram uma posição conservadora sobre os raios X, continuando a ter na cirurgia a principal indicação para o câncer. Somente a partir da década de 1910, esta situação começou a mudar com o desenvolvimento dos tubo de raios catódicos (1913) e de potentes geradores (1921) que permitiam um maior controle da intensidade dos raios, possibilitando sua utilização de forma mais segura.

Pouco tempo depois do desenvolvimento da radioterapia, a descoberta do rádio pelo casal Pierre e Marie Curie, em 1898, traria novos avanços ao tratamento do câncer. Tal qual os raios X, o rádio produzia um efeito cauterizante sobre a pele, por isso, Marie Curie e Antoine Becquerel, seu orientador, foram os primeiros a sugerir seu uso médico. A partir de 1904, os médicos começaram a experimentá-lo contra as mais variadas doenças, e principalmente o câncer. No entanto, de forma diferente ao que ocorrera com os raios X, a terapia pelo rádio foi desenvolvida numa aproximação maior entre físicos, químicos e o campo médico, o que causou a diminuição dos acidentes provenientes de sua utilização terapêutica. Além disso, como a radiação gerada pelo rádio é diretamente proporcional à quantidade do elemento empregado, seu controle era facilitado. Novas descobertas sobre



Karl Gussenbauer, iniciando uma intervenção num caso de tumor cerebral, em 1897

a radiação fizeram com que sua aplicação passasse ser feita com o emprego de agulhas recobertas de platina, contendo pequenas quantidade de rádio. Esse isolamento diminuía os efeitos indesejados do produto, que penetrava no organismo dos doentes e aproximava-se ou atingia o tumor provocando a sua destruição.

O emprego do rádio se voltou inicialmente para casos de cânceres cutâneos e outras dermatoses, se ampliando gradualmente para outros tipos de tumores. No final da segunda década do século XX, a utilização do rádio no tratamento do câncer do colo do útero passou a ser cada vez mais freqüente na Europa. Trabalhos posteriores possibilitaram uma maior precisão na dosagem radioativa do produto, permitindo seu uso de forma mais segura. A difusão da radioterapia acabou por originar um novo grupo de profissionais voltados para o câncer: os radiologistas, encarregados da pesquisa e aplicação de terapias radiativas nos pacientes. Esse novo campo médico, na maioria das vezes, atuava em consórcio com a cirurgia. Em muitos casos, pacientes que tinham seus tumores extraídos cirurgicamente eram enviados para tratamento radioterápico com a finalidade de evitar o reaparecimento da doença; em outros, os pacientes eram

Os raios X

Wilhelm Roentgen, físico responsável pelo desenvolvimento dos raios X



Em 1895, o físico alemão Wilhelm Konrad Roentgen (1845-1923), estudando fenômenos de luminescência, observou que a passagem de corrente elétrica em tubos de vácuo produzia uma radiação capaz de velar uma chapa fotográfica. Essas radiações também tinham o poder de transpassar corpos opacos, produzindo marcas diferenciadas, nas chapas veladas, de acordo com o material atravessado. Após

várias experiências com objetos, Roentgen resolveu pôr a própria mão entre o dispositivo e o papel fotográfico. A imagem produzida na chapa fotográfica revelou a estrutura óssea detalhada de sua mão. Foi a primeira imagem do corpo feita com o uso dos raios X, nome dado pelo cientista à sua descoberta. Por seus estudos no campo dos raios X, Roentgen seria agraciado com o Prêmio Nobel de Física, em 1901. Antes disso, sua descoberta passou a

submetidos inicialmente ao tratamento radiológico e depois tinham seus tumores retirados por meio de cirurgia.

Esse conjunto de inovações no tratamento do câncer ampliou sobremaneira o interesse pela doença, que passou a ser objeto de diversos estudos, muitos deles voltados para a análise de sua incidência. Esses estudos pareciam mostrar que o câncer se alastrava na Europa e nos Estados Unidos. O maior conhecimento de suas diversas formas diminuía a subnotificação, dando a impressão de permanente ampliação dos índices. Além disso, os primeiros sucessos da bacteriologia no controle das doenças epidêmicas, ao mesmo tempo em que geravam otimismo frente à possibilidade de controle do câncer, permitia uma observação mais acurada de um mal menos freqüente que as epidemias que até então atacavam as grandes cidades. O câncer transformava-se em um mal cada vez mais observado e temido

O interesse pelo câncer foi rapidamente globalizado pelos congressos internacionais de medicina, onde avultavam trabalhos sobre a doença. Logo o câncer passaria a ser tema de encontros específicos, nos quais se discutiam suas causas e possível contagiosidade e, principalmente, a ampliação de sua incidência nas diversas par-

tes do mundo. Em 1906, se daria a Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, em Paris. Quatro anos mais tarde, uma segunda conferência ocorreu na Bélgica, realizando-se, em 1923, o primeiro Congresso Internacional do Câncer em Estrasburgo. As resoluções desses certames normalmente apontavam para a necessidade de ampliação das pesquisas e para a criação de instituições específicas para o tratamento dos acometidos, incentivando o surgimento de novas iniciativas em relação à doença.

As primeiras instituições de incentivo à pesquisa datam do alvorecer do século XX. Ainda em 1900 foi organizado o German Central Committee for Cancer Research na Alemanha. Dois anos mais tarde, surgiu na Inglaterra o Imperial Cancer Research Fund. Em 1906, como consequência da Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, foi criada a Association Française pour l'étude du Cancer, no ano seguinte a American Association for Cancer Research. Nessa mesma época começaram a surgir, nos Estados Unidos e na Suécia, os primeiros centros de radioterapia que conjugavam pesquisas experimentais e tratamento médico. O mais célebre entre eles foi fundado em Paris, pela própria Marie

ser estudada pelos médicos atentos às grandes possibilidades de sua utilização no campo do diagnóstico de doenças pela visão das estruturas internas do organismo. Cinco meses depois do relato da descoberta, surgia o primeiro trabalho sobre o uso diagnóstico da radiologia, no entanto, até o início da década de 1910, quando inovações tecnológicas permitiram o aperfeiçoamento da técnica, sua utilização foi

bastante precária em virtude do longo tempo de exposição necessário para a elaboração de uma chapa (mais de 30 minutos) e do alto grau de radiação que gerava. Um outro aspecto da descoberta que logo interessou aos médicos foi o fato de os raios-X causarem vermelhidão e queimaduras na pele e, no caso de exposições mais intensas, a destruição dos tecidos e lesões cancerígenas – vários pesquisadores que lidavam com

essa tecnologia foram vítimas desses agravos. Caracterizada inicialmente como uma consequência negativa, essa propriedade dos raios X em pouco tempo passou a ser vista como uma nova possibilidade no tratamento do câncer, pois poderia ser utilizada na destruição de tumores cancerígenos.

Primeira radiografia do corpo humano





Utilização de diagnóstico por raios X durante a Primeira Guerra Mundial

Curie, sob as expensas do governo francês, como uma divisão do Instituto Pasteur voltada à pesquisa biomédica e ao atendimento hospitalar.

No que tange à organização dos serviços de saúde, a utilização de novas tecnologias de tratamento baseadas em aparelhagem de alto custo, como as bombas de rádio e os aparelhos de altas voltagens, surgidos a partir do final dos anos 1920, formatou o perfil dos serviços contra o câncer nos países desenvolvidos. A França contou com diversos centros locais, voltados para a prevenção, diagnóstico e terapêutica de menor complexidade – custeados pelo governo com o auxílio da filantropia –, e com alguns institutos modelos, aptos a realizar procedimentos mais diversificados e a desenvolver pesquisas biomédicas sobre a doença. O consórcio Estado-Filan-

tropia no controle do câncer foi uma regra na maioria dos países europeus, nos Estados Unidos e, em alguma medida, no Brasil, onde as ligas e outras organizações ajudaram a implantar e manter serviços voltados para o tratamento e a pesquisa.

No âmbito da luta social contra doença, o fim da Primeira Guerra Mundial engendrou um interesse ainda maior em seu controle. Foi assim que surgiu, em 1918, a Liga Franco-Anglo-Americana contra o Câncer. Congregando médicos, financistas, comerciantes e industriais dessas nações e contando com os auspícios de seus embaixadores e ministros da saúde e do Instituto Pasteur, a Liga objetivava ampliar a conscientização da opinião pública sobre o problema do câncer e favorecer a criação de centros de pesquisa e tratamento da doença nos paí-

ses membros. Na França, sua atuação se voltou para a criação de dispensários e para a formação de enfermeiras visitadoras. Uma outra esfera de suas atividades tinha como esteio o trabalho filantrópico das senhoras visitadoras, que se voltaram para o auxílio aos incuráveis e a elaboração de inquéritos epidemiológicos sobre a doença. A Liga Franco-Anglo-Americana inspiraria a criação de instituições nacionais similares em diversos países, elevando a ação social contra a doença aos níveis das já existentes contra a tuberculose e a sífilis. Em diversas partes do mundo ocidental – inclusive no Brasil –, as ligas, apoiando-se nas postulações médicas de então, se empenharam em levar à opinião pública a idéia de

que o câncer era curável se descoberto e tratado quando de seu início, bem como em criar e ajudar a manter centros de tratamento da doença e fornecer cuidados aos incuráveis em asilos específicos.

No período que se estende entre as duas guerras mundiais, a preocupação com o problema do câncer pareceu se ampliar ainda mais em todo o mundo. Os inquéritos epidemiológicos realizados nos diversos países mostravam que a extensão da doença era ainda maior do que se imaginava, tendendo a se elevar mais ainda à medida que melhores condições de vida possibilitassem o maior envelhecimento da população. No campo da ação médica, o desenvolvimento da cirurgia aumentava

Marie Curie e a radioterapia

Em 1898 a polonesa radicada na França Marie Curie (1867-1934) estudava a radioatividade do urânio no laboratório do renomado físico francês Antoine Henri Becquerel (1852-1908). Suas pesquisas, mais tarde laureadas com o Prêmio Nobel de Física (1903) e de Química (1911) levaram-na à descoberta de dois novos elementos químicos, o polônio e o rádio, apontando para a intensa radioatividade dessas substâncias. Somente em 1902, Marie Curie e seu marido Pierre Curie (1859-1906) conseguiram isolar o rádio, no entanto, muito antes disso, ele já era objeto de pesquisa no meio médico. Ainda em 1900, o próprio Becquerel, foi convidado para um congresso médico em Londres e levou no bolso do seu paletó um tubo contendo uma amostra com forte concentração de rádio. Quinze dias mais tarde ele observou que sua pele, à altura do bolso do paletó, apresentava uma inflamação e, consultando um médico, concluiu a similaridade das feridas com as obtidas por raios X. Essa constatação fez com que a comunidade científica deixasse de lado as hipóteses que atribuíam as alterações celulares provenientes dos raios X à eletricidade, abrindo caminho para o

estudo da radioatividade como um novo domínio terapêutico. Tal qual os raios X, o rádio, em virtude de seu poder de destruir células malformadas, foi amplamente usado pela medicina com objetivo de

destruir tumores cancerígenos. Sua descobridora, com o auxílio do governo francês, fundou o Instituto de Radium de Paris – instituição científica voltada para as pesquisas em radioterapia e tratamento radioterápico do câncer. Em seus laboratórios, ela trabalhou até a morte.



Marie Curie e sua filha Irene em 1925



Curie e seu marido Pierre Curie

a taxa de sucesso nas retiradas de tumores malignos em diversos órgãos internos, já a radioterapia era utilizada com sucesso nos cânceres cervicais, mamários, uterinos e cutâneos. No entanto, com exceção desses últimos, a possibilidade de cura dos diversos tipos de câncer ainda era bastante baixa, sendo que as novas descobertas das ciências médicas que mudariam esse panorama em meados do século XX – como a quimioterapia e outras terapias medicamentosas – ainda eram promessas em fase de desenvolvimento nos laboratórios científicos. Nesse contexto, de ampliação de conhecimentos sobre a doença e de possibilidades restritas de tratamento, o câncer progressivamente passou a ser motivo de atenção dos Estados, das instituições de pesquisa e dos médicos em geral, cada vez mais confrontados com um mal que parecia tomar o lugar das grandes pragas do passado, cada vez mais em vias de controle pela medicina.



Instituto Marie Curie

A quimioterapia contra o câncer

A quimioterapia é um tratamento à base de substâncias químicas com o objetivo de controlar o processo de reprodução celular. A partir da década de 1950, ela transformou-se numa das principais armas da medicina contra o câncer. O desenvolvimento desse tipo de terapia se relaciona a estudos elaborados por médicos americanos, na primeira década do século XX, que mostravam a capacidade de certos compostos químicos destruir os leucócitos. Nas décadas seguintes foram feitos diversos estudos nesse sentido, sendo que, durante a Primeira Guerra, várias investigações nesse campo se voltaram para o gás mostarda – substância química altamente tóxica que foi várias vezes usada pelas tropas em combate. Pesquisas médicas realizadas em soldados que haviam tido contato com o gás mostravam a diminuição dos leucócitos em suas medulas ósseas e no seu sistema linfático, abrindo a possibilidade de utilização do produto, ou de um derivado, no combate à leucemia. Somente em 1941, pesquisadores da Universidade de Yale, sob a direção dos farmacologistas Alfred Gilman e Louis Goodman, estudando os efeitos do gás nos tecidos, demonstraram que, em cobaias, a substância causava a remissão de alguns linfomas. No ano seguinte, eles publicariam um trabalho mostrando que ela também proporcionava o desaparecimento de

tumores em pessoas doentes. Posteriormente, a indústria farmacêutica desenvolveu vários quimioterápicos, muito deles apresentando maior efetividade quando utilizados em associação.

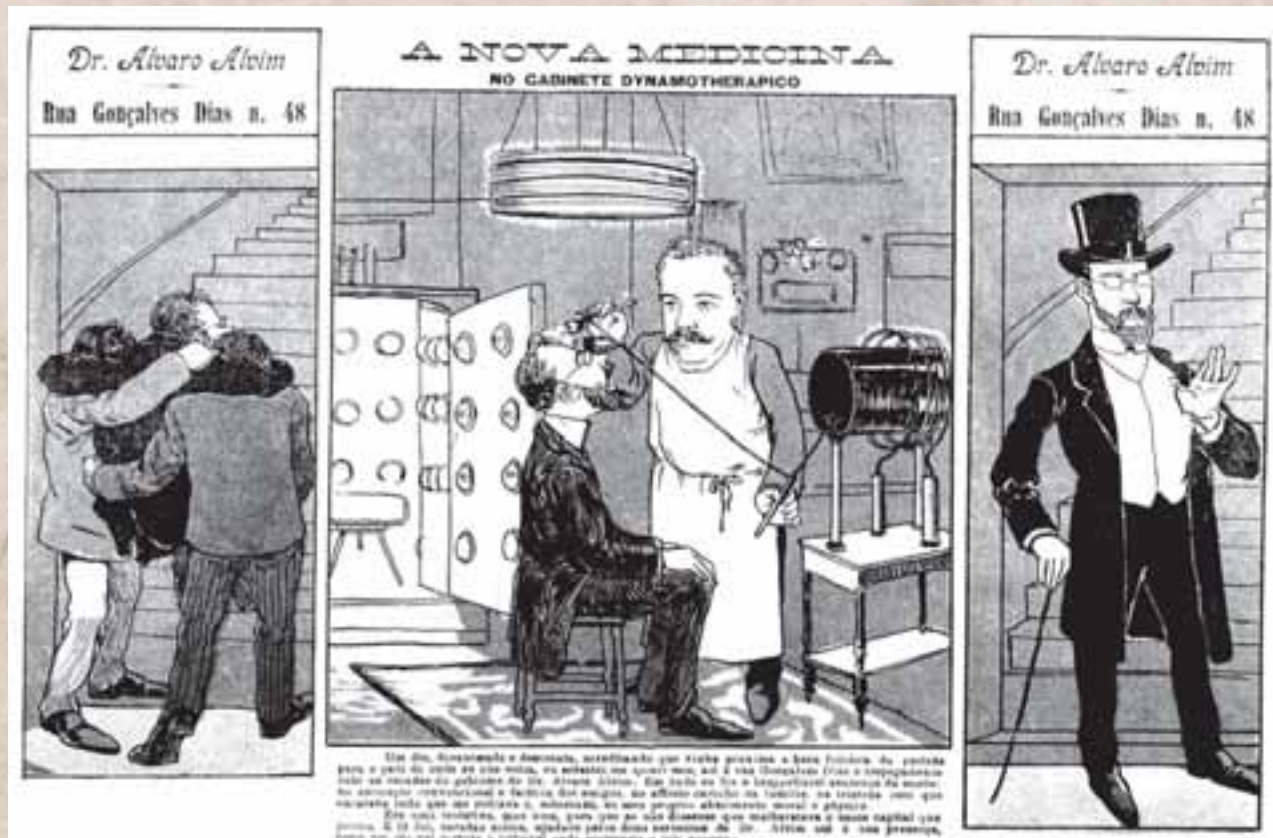
As crônicas jornalísticas e de divulgação científica normalmente atribuem o desenvolvimento da quimioterapia à pesquisa de guerra. Uma dessas versões afirma que, em dezembro de 1943, os alemães bombardearam o porto de Bari destruindo barcos carregados de gás mostarda. Os médicos militares encarregados de cuidar das vítimas, ao observarem a diminuição de leucócitos no sangue dos soldados que estiveram em contato com o gás, concluíram que ele poderia ser usado contra leucemia. Em seu livro sobre a pesquisa do câncer, a historiadora Ilana Löwy nos lembra que esse tipo de construção é confortador à medida que transforma um produto mortífero criado pelo ser humano em um agente de cura. No entanto, ele não se ajusta a realidade, pois o caminho que levou ao desenvolvimento dos quimioterápicos foi bastante longo e relacionado a um complexo conjunto de fatores em que sobressaem o desenvolvimento dos antibióticos e da indústria farmacêutica de base moderna, o investimento de grandes somas de recursos para a pesquisa biomédica em meados do século passado e a ampliação do número de mortes causadas pela doença (Löwy, 2002).

O início da radioterapia no Brasil

Os primeiros aparelhos de raios-X chegaram ao Brasil ainda em 1897, trazidos por médicos do Rio de Janeiro e da Bahia que retornavam de viagens à Europa. O médico Alvaro Alvim foi o pioneiro no uso da nova técnica no Rio de Janeiro. Em 1897, ele instalou um aparelho de raios X em seu consultório de fisioterapia. Posteriormente fundou um instituto de radiologia no qual trabalharia com a técnica até 1928, quando faleceu em virtude de lesões ocasionadas pelo seu uso. No mesmo ano em que Alvaro Alvim iniciou seus trabalhos com os raios X, o médico Alfredo Thomé Britto, catedrático da cadeira de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia, instalou um aparelho de raios X no Hospital Santa Isabel, anexo a sua cátedra. Segundo o historiador da medicina Antonio Carlos Nogueira Britto, Alfredo Britto teria sido o pioneiro na utilização do raios-X em cirurgia de guerra, examinando soldados que participavam das batalhas da Guerra de Canudos (http://www.medicina.ufba.br/historia_med/hist_med_art03.htm). Em São Paulo, também seriam criados gabinetes radioterápicos, ainda no final do século XIX.

As comunicações apresentadas à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e à Academia Nacional de Medicina mostram que a nova técnica foi recebida com interesse no que tange à sua função diagnóstica, sendo mencionada em várias dessas comunicações. No entanto, não foram apresentados trabalhos sobre tentativas de usá-la de forma terapêutica até meados da década de 1910. De forma análoga a observada na Europa, o uso da radioterapia contra o câncer no Brasil permaneceu extremamente restrito, por muito tempo, sendo visto pelos médicos como uma técnica adequada a poucos tipos de câncer e, mesmo assim, pouco eficiente. O comentário do médico Antonio de Mello sobre a radioterapia, em um trabalho sobre o câncer do seio apresentado no jornal *Brasil Médico*, em 1908, mostra como os médicos viam as limitações da nova técnica.

“Os agentes químicos e físicos até hoje não conseguiram produzir a cura radical do câncer. Será licito esperar no futuro dos agentes físicos e especialmente da eletricidade? (...) se os raios-X foram preconizados como meio curativo do câncer, todavia, não tivemos oportunidade de ler, nem de ver a realidade da eficiência anunciada. Nas revistas estrangeiras temos lido alívios, só alívios promovidos pela ação da radiologia clínica, mas nem uma só cura. (...) Nessas condições será para abandonar a radioterapia? Temos que não, mesmo porque casos há inacessíveis à cirurgia. Nestes casos a radioterapia poderá preencher um dos fins da medicina que é consolar os enfermos, e ser, portanto, útil, quando não seja eficaz”.



Referência ao gabinete de radioterapia de Alvaro Alvim na imprensa carioca



CAPÍTULO

2

O desenvolvimento da cancerologia no Brasil

O câncer como problema médico

As últimas décadas do século XIX marcam um período de grandes transformações na medicina brasileira. Num contexto de crise sanitária e modernização material vivido em nossas principais capitais, teve início um processo de mudanças surgido no campo do ensino médico e, posteriormente, radicalizado com o surgimento de novos paradigmas científicos que transformariam as antigas artes de curar em ciências da saúde.

Data de 1880 o início do processo de reforma do ensino médico na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Empreendida na gestão do Visconde de Sabóia (1880-1889), as alterações curriculares visaram sintonizar a formação médica com o que vinha ocorrendo na Europa. Para tanto, o ensino de cunho prático passou a ser mais valorizado e foram criadas novas cadeiras – como a oftalmologia, clínica de crianças, medicina legal, obstetrícia e psiquiatria – e laboratórios direcionados à prática da medicina experimental. Como resultado, a formação generalista existente até então foi substituída por uma crescente especialização aos poucos direcionada à medicina de cunho experimental em franco desenvolvimento nos países europeus.

No que concerne aos conhecimentos médicos, esse momento foi marcado pela chegada ao país dos primeiros ecos da medicina dos micróbios. Fruto da aproximação entre a medicina experimental, a química e a biolo-

gia, a microbiologia teve grande desenvolvimento a partir dos trabalhos do químico francês Louis Pasteur. Os estudos sobre os micróbios não demorariam a chegar ao Brasil, se transformando em objeto de estudos de alguns médicos na Faculdade de Medicina. A partir da década de 1890, com o surgimento de institutos biomédicos dedicados a estudos nessa área em São Paulo e no Rio de

25



Prédio da Santa Casa da Misericórdia, onde funcionava a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1880

Janeiro, a microbiologia começaria e a se consolidar como campo da medicina.

De forma geral, a medicina e a saúde pública brasileiras muito se beneficiariam do desenvolvimento dos conhecimentos microbiológicos. A utilização de vacinas e soros, contra as doenças transmissíveis, o isolamento de portadores de doenças contagiosas, as diversas formas de destruição de vetores de doenças transmissíveis – principalmente os mosquitos – e os diagnósticos bacteriológicos foram armas utilizadas pela saúde pública nas grandes campanhas sanitárias ocorridas no início do século XX, que lograram melhorar as condições de saúde

das principais capitais do Sudeste brasileiro. Mas as transformações na atuação médica não se limitaram à ação preventiva contra as epidemias. No campo da cirurgia, a assepsia e as novas técnicas de anestesia possibilitaram aos médicos intentar com sucesso ações mais demoradas e invasivas. Além disso, tanto os laboratórios de pesquisa como as enfermarias e consultórios cada vez mais se beneficiariam das novidades tecnológicas provenientes da utilização da energia elétrica na atividade médica. No campo da terapêutica, as velhas práticas médico-farmacêuticas oitocentistas pareciam cada vez mais ultrapassadas. Sangrias, cataplasmas e as diversas receitas



Brigadas sanitárias concentradas no pátio do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, situado na rua do Lavradio. Rio de Janeiro, entre 1903 e 1906

secretas estavam condenadas a dar lugar a novos medicamentos baseados na etiologia específica das doenças. Nesse campo, a aproximação da medicina com a química faria surgir os primeiros medicamentos sintéticos de grande eficácia frente a diversos males.

Nesse contexto de modernização e ampliação da eficácia da medicina, observamos o surgimento de preocupações mais sistemáticas com o câncer. As primeiras delas surgiram nas sociedades médicas do Rio de Janeiro e de São Paulo e em artigos publicados na imprensa médica. Tratavam de casos clínicos, cuidados paliativos, utilização de novas técnicas cirúrgicas e da possível contágiosidade da doença. Quanto ao tratamento, as restritas possibilidades médicas da época tornavam a cirurgia a única arma possível contra os tumores cancerígenos, assim vários médicos brasileiros trabalharam nesse campo, sendo que alguns deles obtiveram sucesso em procedimentos inovadores. Ainda em 1900, o médico Arnaldo Vieira de Carvalho, da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, obteve o primeiro sucesso na extirpação total de um estômago – gasterectomia – atacado por um câncer do piloro. Essa cirurgia é celebrada pela história da medicina brasileira como uma prova da capacidade de nossos cirurgiões, visto ter sido a quinta desse tipo realizada no mundo (Guimarães, sd).

O interesse dos médicos no problema do câncer no Brasil se estabeleceria a partir de seus contatos com a literatura internacional sobre o tema e, principalmente, por sua atuação em congressos médicos internacionais. Como já observamos, no início do século XX, a doença cada vez mais era alvo de atenção da medicina ocidental. Cresciam a publicidade sobre o aumento de seus índices na Europa e nos Estados Unidos, o desenvolvimento de novas técnicas de tratamento e as primeiras ações sociais filantrópicas de patrocínio à pesquisa e aos cuidados lhe davam maior visibilidade. Além disso, o interesse pelo câncer passou a ser tema corrente nos congressos de medicina de todo o mundo. Nossa elite médica, fiel participante desses encontros, se voltaria ao problema para não ficar alheia a um novo campo de estudos que se inaugurava. No entanto, o interesse pela doença se

relacionava prioritariamente à possibilidade de pertencimento ao campo médico internacional, pelo compartilhamento dos mesmos objetos de estudos. Nossos médicos não tinham em mira a resolução de um problema de saúde de grande extensão em nossa sociedade, o que fazia o câncer ser analisado sempre pela forma como ele se configurava ou era visto nos países desenvolvidos. Assim, se os primeiros estudos sobre o tema mostravam sua pouca incidência no país, essa singularidade era vista como temporária ou fruto das dificuldades de notificação da doença. Para os médicos que se voltavam para o câncer, o caminhar de nossa sociedade rumo ao desenvolvimento nos levaria aos preocupantes índices da doença observados nos países desenvolvidos.

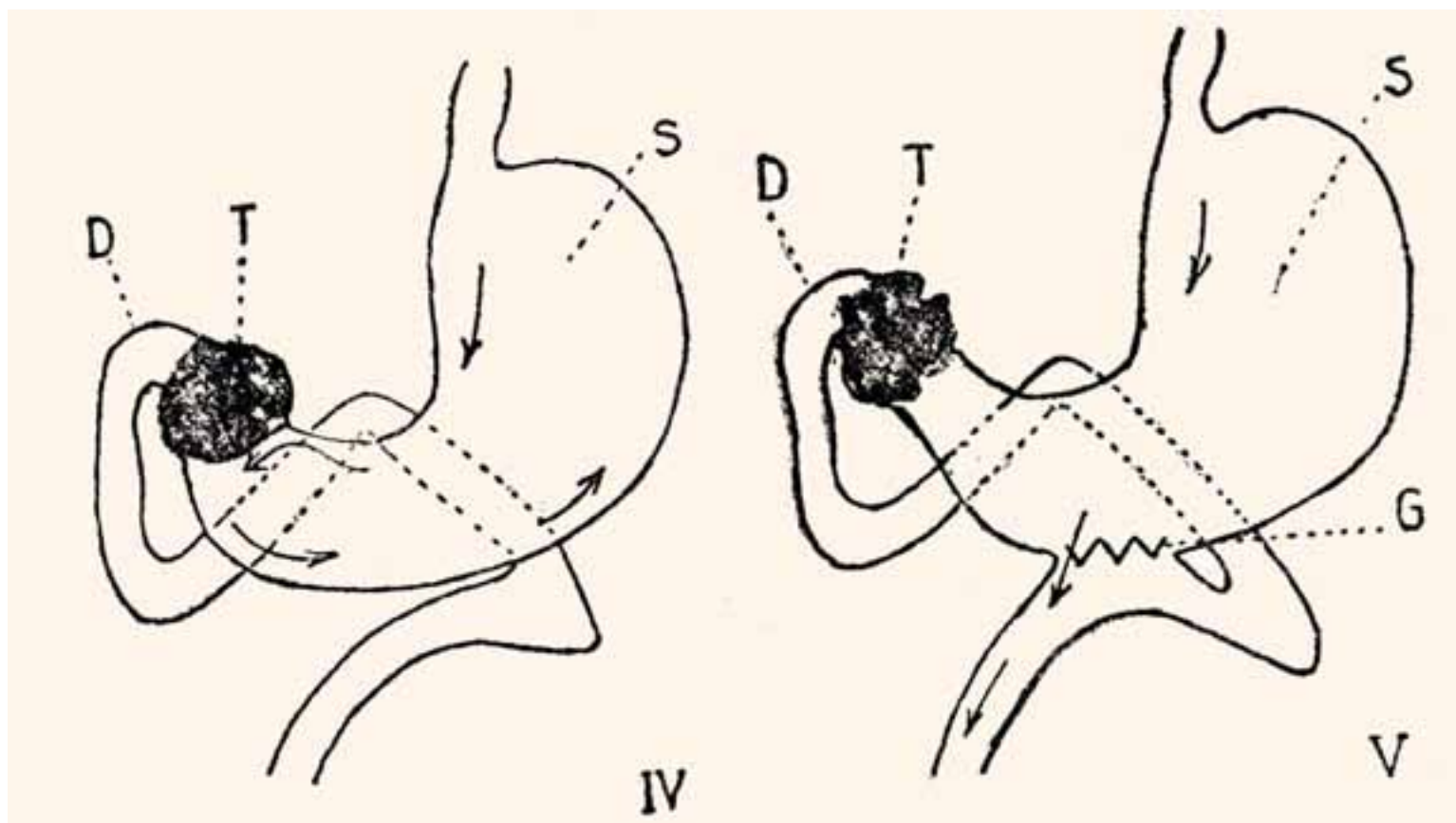
O primeiro estudo sobre a frequência do câncer no País foi apresentado no II Congresso Médico Latino-Americano, em Buenos Aires, e publicado no *Brasil Médico* em 1904, pelo médico Azevedo Sodré. Neste trabalho, ele observava a dificuldade de obtenção de dados sobre a doença no Brasil em virtude de as estatísticas oficiais, à época, se resumirem às principais capitais do País, e mostrava através de diversas comparações a pequena incidência da doença entre os brasileiros. Olhando pelas mesmas lentes que a medicina usava para analisar a tuberculose, ele assegurava que a pouca incidência se devia ao fato de o câncer ser uma doença da civilização, mais frequente em países prósperos. Sodré também se detinha na observação da menor frequência da doença na região Norte do País – o que talvez estivesse ligado a uma subnotificação. Quanto a isso, sua análise seguia os ditames da medicina climatológica do século XIX, propondo que o câncer era um mal dos países frios, que oscilava em relação às latitudes, tendo pequena incidência nas regiões tropicais.

A apreciação de Sodré sobre a baixa frequência do câncer no País mostra o valor relativo que a medicina nacional atribuía à doença no início do século XX. No entanto, a comunidade médica latino-americana – por meio dos congressos médicos latino-americanos e pan-americanos – direcionava a visão do câncer para o mesmo caminho observado nos países do hemisfério norte,

contribuindo para uma mudança na forma de nossos médicos verem a questão. Em 1909, o IV Congresso Latino-Americano (CMLA), ocorrido no Rio de Janeiro, aprovou um acordo para a organização de comissões destinadas ao estudo do câncer com vistas à participação na conferência internacional sobre a doença, que ocorreria em Paris no ano seguinte. Também foi aprovado em assembléia geral que as repúblicas latino-americanas deveriam envidar esforços para aderir à iniciativa da Europa e da América do Norte para o estudo do câncer (Ramos, 1911:39). No congresso seguinte (V CMLA), ocorrido em Lima, em 1913, um trabalho com dados estatísticos sobre a ocorrência de câncer na América, apresentado pelo médico Julio Etchepare, do Uruguai, causou grande interesse entre a audiência, provocado recomendações no sentido de ampliar a divulgação do

problema do câncer entre a população e mostrar a importância do diagnóstico precoce. Além disso, na pauta de recomendações do Congresso foi incluída a necessidade de criação de um Comitê Pan-Americano de Estudo e Luta contra o Câncer, a ser sediado na Argentina, e a criação de institutos experimentais de pesquisa e tratamento da doença (Almeida, 2003).

Ainda em 1910, sob o impacto da Segunda Conferência Internacional do Câncer, ocorrida em Paris, um novo estudo sobre a frequência do câncer, elaborado pelo médico paulista Olympio Portugal e também publicado no jornal carioca *O Brasil Médico*, refutava a posição de Sodré sobre a baixa incidência da doença no Brasil mostrando, através de novos dados, que ela era bastante alta, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo (Portugal, 1910). O autor afirmava que, no Estado de



Esquema da Gastrectomia realizada pelo cirurgião paulista Arnaldo Vieira de Carvalho em 1900

São Paulo, a mortalidade da doença também vinha se mostrando ascendente nos últimos anos, reiterando a necessidade de serem tomadas providências para a mudança desse quadro. A seu ver, o câncer possivelmente era uma doença transmissível, mas, tal qual a lepra, não se conheciam os meios pelos quais ela se difundia. Esse desconhecimento não era um impeditivo para que se engendrassem medidas de saúde pública – como a desinfecção ou o isolamento dos doentes – para impedir sua ampliação.

No ano seguinte à publicação do artigo de Olympio Portugal, surgia, no Rio de Janeiro, uma nova publicação médica: os *Archivos Brasileiros de Medicina*. Dirigido pelos médicos Juliano Moreira e Antonio Austregesilio, da Academia Nacional de Medicina, o periódico se voltava à apresentação das diversas instituições médicas existentes no País e à publicação de trabalhos sobre os temas mais expressivos do campo médico. Por todo o ano de 1911, os *Archivos Brasileiros de Medicina* publicaram a “seção permanente do cancro”, dirigida pelo médico Álvaro Ramos, na qual eram apresentados artigos sobre o tema. Na primeira aparição da coluna, seu editor deixava claros seus motivos e expectativas em relação à sua iniciativa. Com um olho na comunidade médica internacional e outro em nossos médicos, ele afirmava a importância da elaboração de estudos no novo campo.

“De pleno acordo com os desígnios da associação internacional para o estudo do câncer procuramos secundar os ingentes esforços (...) na divulgação das descobertas e dos fatos importantes que se produziram no domínio das investigações sobre o câncer, bem como no transumpto dos relatórios, conferências e discussões relativas as afecções cancerosas nas sociedades médicas, e de tudo quanto possa interessar ao estudo desse terrível mal.

Não basta, porém conhecermos o que se passa no exterior, torna-se indispensável que voltemos atenção para a nossa terra. Enquanto lá fora, outros melhor aparelhados, só agora se ocupem em bem estudá-lo para melhor combatê-lo, que não nos descuidemos de sua existência entre nós, apuremos a sua frequência, as suas múltiplas manifestações, conheçamos as preferências para certas zonas, comparemos o seu aparecimento nas diferentes raças que for-

mam a nossa população, bem como estabeleçamos as proporções por idades, sexos, profissões classes de indivíduos e regiões do organismo afetadas.

No vivo empenho de contribuir de alguma forma para o estudo do câncer no Brasil, solicitamos encarecidamente a colaboração de toda a classe médica brasileira, interessada como é, na resolução desse importante problema, crentes que não apelamos em vão.” (Ramos, 1911:32)

A partir de seu primeiro número, a coluna começou a publicar trabalhos de médicos brasileiros sobre o tema, algumas traduções de artigos estrangeiros e um esforço do próprio Álvaro Ramos de sintetizar a situação dos estudos sobre o tema naquele momento. No entanto, a coluna teve vida curta, deixando de existir no ano seguinte. Apesar de seu desaparecimento poder sugerir a inexistência de um número de trabalhos suficientes para mantê-la, a observação de outros periódicos médicos nacionais – como a *Revista Médica de São Paulo*, o *Brasil Médico* e os *Anais da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo* – mostra que não foi esse o motivo de sua interrupção, pois cada vez mais foi se ampliando o número de trabalhos e discussões a respeito do tema nesses periódicos.

O interesse da medicina brasileira pelo câncer teve uma ascensão relacionada a eventos de cunho internacional, como a Conferência Internacional sobre o Câncer, ocorrida em Paris, em 1910, e por seus desdobramentos nos congressos médicos latino-americanos. A partir de 1910, estudos de médicos cariocas e paulistas que procuravam mostrar a progressiva ampliação da incidência do câncer no País e sua possível contagiosidade acabaram reforçando esse interesse. Todo esse processo logrou uma vinculação efetiva da doença às preocupações da medicina nacional, num caminho ascendente, que levaria à sua incorporação pela saúde pública, a partir da década de 1920.

Câncer e saúde pública

Os últimos anos da década de 1910 marcam uma mudança de eixo na saúde pública brasileira. Até então, as ações perpetradas pelo Estado nesse campo estavam voltadas para as grandes epidemias que atacavam cons-

30 tantemente a capital federal, impedindo a entrada de imigrantes e de capitais externos, fatores de primordial importância para o projeto de modernização então vigente. Para detê-las, o Estado fazia uso de campanhas de vacinação e de destruição de vetores, da fiscalização dos portos, para impedir a entrada de navios infectados, e diversas outras medidas de saneamento urbano. Embora essa política em vários momentos tenha se mostrado eficaz ao conseguir dar fim às constantes epidemias que emergiam a cada ano na capital federal, ela deixava à margem das ações de saúde todo o interior do País, onde as condições de vida eram, na maioria das vezes, piores que as das grandes cidades, com a prevalência de diversos problemas, como a desnutrição, as verminoses e a malária. Além disso, sempre se mostrava como uma ação provisória, se limitando aos momentos de crise sanitária. Terminados os problemas, todos os serviços eram desmontados.

Essa diretriz começou a se modificar num contexto em que se misturam uma forte dose de nacionalismo surgido em virtude da guerra na Europa; o sentimento de deterioração das condições sanitárias, intensificado pela epidemia da gripe espanhola de 1918, que deixou um saldo de milhares de mortos em nossas principais cidades; e o conhecimento das agruras vividas no sertões do País, trazido a público em obras literárias e nos relatórios das missões científicas enviadas por instituições de pesquisa ao interior do país. A junção desses ingredientes fez com que a visão idílica sobre a saúde da população do interior, compartilhada pelas elites dos centros urbanos, começasse a se modificar, originando um verdadeiro movimento pela melhoria das condições de saúde dos sertões. Esse processo, que passou para a história com a denominação de movimento pelo saneamento rural, se desdobraria em várias frentes, unindo médicos, políticos, intelectuais e diversos outros grupos.

A agitação social pelo saneamento rural teve profundas influências na sociedade brasileira, transformando inclusive nossa identidade, que passou a ter no homem do campo um dos símbolos da nossa nacionalidade. Em relação à saúde, ela conseguiu colocar em marcha algu-

mas ações voltadas para o controle de endemias que assolavam as zonas rurais. Além disso, foi responsável pela criação dos primeiros serviços de saúde pública de caráter nacional. O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em dezembro de 1919, teve como seu primeiro diretor o médico Carlos Chagas, que também dirigia o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Sua criação ampliou a abrangência territorial das ações de saúde, através da atuação de seu Serviço de Profilaxia Rural e de acordos com a Fundação Rockefeller para o combate a epidemias no interior do País. Em relação às populações urbanas, foram criadas inspetorias de Higiene Industrial e Alimentar e de Profilaxia da Tuberculose no Rio de Janeiro. Além da expansão dos serviços, o DNSP passou a se responsabilizar pela elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias em nível nacional e pela produção dos soros, vacinas e medicamentos necessários ao controle das grandes epidemias que afetavam o País.

O DNSP incorporou em seus quadros um grande número de sanitaristas com formação específica em saúde pública. Muitos deles haviam passado por cursos na John Hopkins University, berço das modernas concepções neste campo. Esta formação os fazia defensores de um novo modelo de saúde pública, agora vista como área autônoma frente aos interesses políticos do Estado e às ações específicas da medicina individual de caráter curativo. Essa perspectiva fazia com que a ação em saúde se voltasse para novas doenças, a partir de sua expressão epidemiológica e da possibilidade técnica de sua prevenção. Para esses novos sanitaristas, o processo de adoecimento caracterizava-se como um fenômeno coletivo que tinha origem na relação do indivíduo com seu meio, sendo passível de prevenção através da higiene e da educação sanitária. À saúde pública caberia o papel de agente principal na concepção e execução das atividades nesse campo, devendo também coordenar a ação da iniciativa filantrópica. Nesse contexto, o câncer como doença prevenível e mal possivelmente contagioso, passaria a ser foco dessa renovada saúde pública.

A transformação do câncer em objeto da saúde pública não se deveu somente à conjuntura interna que

desaguou na reforma sanitária de 1919. Ela também se relacionou ao processo que vinha se desenrolando em diversos países do mundo ocidental, onde o câncer cada vez mais era visto como um grande flagelo. Com o fim da Primeira Guerra Mundial, o avanço das pesquisas no campo da radioterapia e o surgimento das primeiras ligas contra a doença, esse processo se intensificou ainda mais. A luta contra o câncer agora deveria ter como base o diagnóstico precoce e o tratamento, a serem efetuados por médicos conhecedores das especificidades da doença e das formas adequadas para combatê-la. A transformação do câncer em mal prevenível tornava-o um objeto típico da saúde pública.

No entanto, um aspecto deve ser observado. Os índices de câncer no País não acompanhavam o expressivo crescimento observado nas estatísticas européias e dos Estados Unidos. Tal discrepância poderia determinar uma dificuldade maior em justificar uma ação mais ampla contra a doença. Todavia, nossos médicos foram eficientes em demonstrar que a diferença em relação à sua frequência em nosso País e nas regiões desenvolvidas do hemisfério norte era momentânea e se verificava em virtude da pouca precisão de nossas estatísticas sanitárias e da forte incidência de outras doenças entre nossa população. Os altos índices de malária, tuberculose, ancilostomíase e outros males crônico-degenerativos faziam parecer pouco grave a incidência do câncer no país. O aprimoramento das estatísticas e o controle de outras doenças de prevenção e tratamento mais simples certamente levariam à observação de que o câncer também se ampliava entre os brasileiros (Clark, 1921; Rabello, 1922)

A reforma sanitária que deu origem ao DNSP foi o primeiro passo em relação à incorporação do câncer como problema de saúde pública. No organograma da nova instituição, ele passou a ser objeto de atenção de uma inspetoria, também voltada às doenças venéreas e à lepra. A nova seção foi entregue à direção do professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Eduardo Rabello, que era especialista em sífilis e doenças da pele e já vinha desenvolvendo trabalhos sobre a prevenção do câncer de pele e do útero (Sanglard, 2005). A atuação da

nova Inspeção se restringia ao Distrito Federal e se centrava no estabelecimento de estatísticas mais adequadas de óbitos de câncer. Também previa a execução das providências sanitárias necessárias nos domicílios onde tivesse havido caso de óbito de câncer; a gratuidade dos exames de laboratório necessários aos diagnósticos; organização de uma campanha educativa contra a doença e a fundação de institutos de câncer com fins terapêuticos e experimentais (Atos do Poder Executivo, 1923).

A nova legislação tinha como objetivo principal possibilitar à saúde pública um conhecimento mais apurado sobre os níveis de incidência da doença. Para tanto, buscou unificar as notificações de óbitos por intermédio de formulários padronizados que eram distribuídos pelas delegacias de saúde. Os dados obtidos eram processados pela Inspeção da Lepra e das Doenças Venéreas, gerando relatórios para a saúde pública. Como a medicina da época trabalhava com a hipótese de o câncer ser uma doença transmissível, a legislação encampou medidas voltadas para a desinfecção de ambientes em que ocorressem mortes pela doença. Naquele momento, as discussões médicas sobre a possibilidade de contágio do câncer eram intensas, e muitos pesquisadores defendiam que ele teria uma forma de transmissão análoga à da lepra. O próprio diretor da Inspeção considerava a medida pouco rigorosa, postulando que a doença fosse considerada contagiosa e de notificação compulsória (Rabello, 1922).

A nova Inspeção também objetivava levar à população informações que possibilitassem a prevenção da doença, para tanto, previa-se a montagem de uma campanha de educação. A medida tinha como focos principais a conscientização sobre a possibilidade de cura dos casos de câncer precocemente diagnosticados e adequadamente tratados, o esclarecimento sobre o perigo de formas alternativas de cura – charlatanismo – e a eliminação dos fatores que a medicina da época imputava como causas predisponentes e manifestações pré-cancerosas. Em relação ao charlatanismo, é importante ressaltar que a ação da saúde pública não visava somente a curandeiros e outros não iniciados nas ciências médicas.

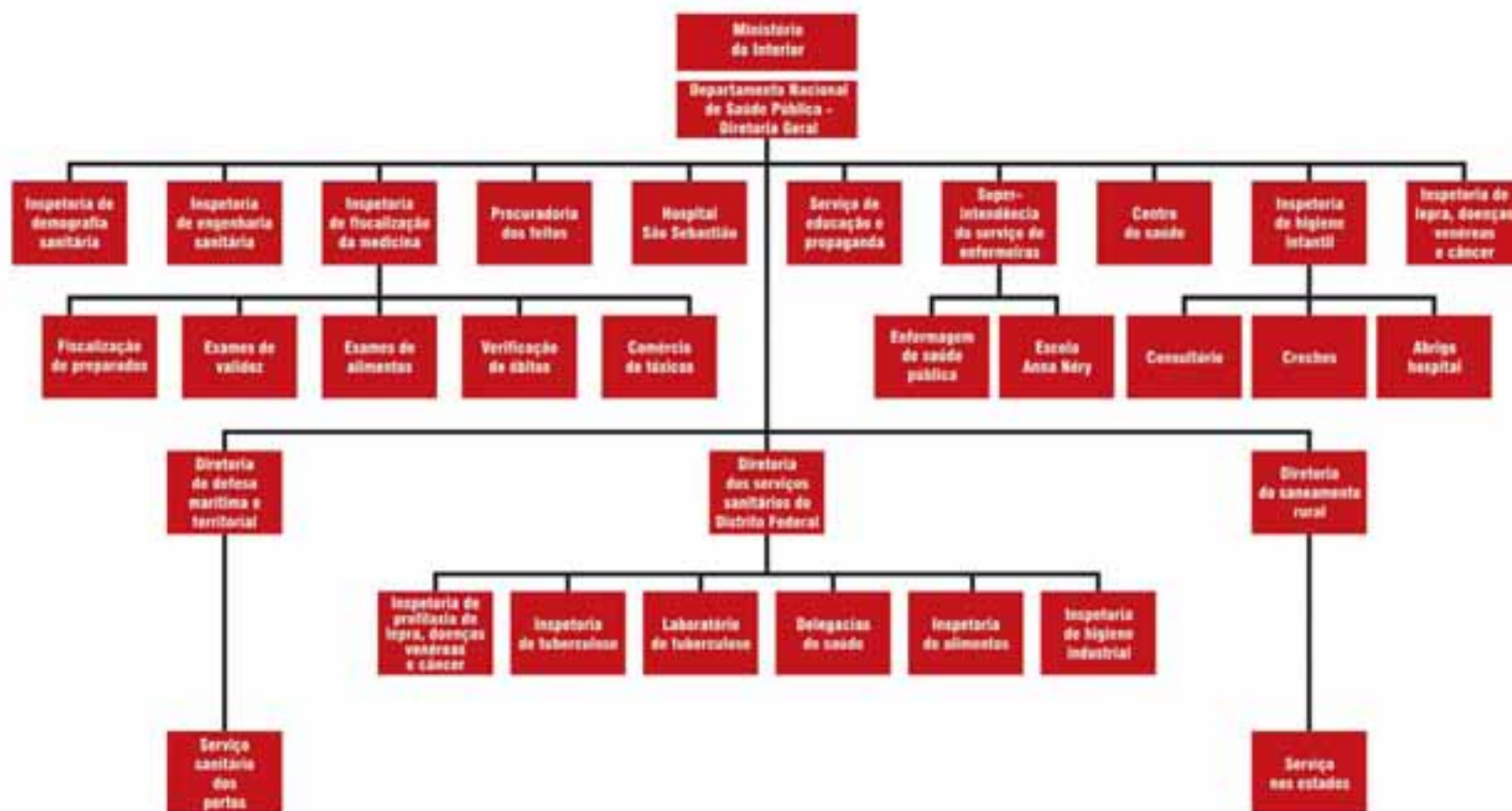
Pelo contrário, ela se voltava também para os médicos e farmacêuticos que faziam uso de tratamentos e fórmulas não validados pela medicina do período. No que concerne à eliminação de causas predisponentes da doença, a saúde pública trabalhava com a concepção de que irritações continuadas – principalmente as cutâneas – poderiam levar à formação de tumores cancerosos, e nesse sentido, era imperioso evitá-las. A propaganda deveria ser feita por meio de folhetos, cartazes, conferências, palestras, filmes e exposições educativas. As enfermeiras visitadoras também deveriam levar as informações sobre a doença às famílias sob seus cuidados.

Um outro aspecto inovador da legislação sobre o câncer criada com o DNSP dizia respeito à possibilidade de o Governo elaborar acordos com associações ou estabelecimentos privados, com fim de fundar-se um insti-

tuto de câncer, no qual deveriam ser elaboradas pesquisas experimentais e oferecido tratamento gratuito aos necessitados. Esse instrumento certamente foi inspirado no processo de expansão do Instituto de Radium de Paris e sua transformação em Fundação Curie. Criado ainda durante a Primeira Guerra para abrigar as pesquisas de Marie Curie sobre radioterapia, o instituto recebeu um aporte financeiro do médico Henri de Rothschild, em 1920, que lhe possibilitou construir um dispensário no qual foram iniciados tratamentos unindo cirurgia e radioterapia. Associando essas atividades à pesquisa biomédica sobre o câncer, a Fundação Curie acabou se transformando numa instituição modelo para novas iniciativas em diversas partes do mundo.

Apesar do esforço dos sanitaristas em trazer o problema do câncer para a órbita da saúde pública, sua ação

Organograma do Departamento Nacional de Saúde Pública, 1923



não logrou obter resultados imediatos, ficando a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas com uma ação bastante limitada em relação ao câncer. Seu relatório referente ao ano de 1927 informava que a única medida com relação ao câncer que a saúde pública havia conseguido pôr em prática havia sido a ampliação de quesitos nos atestados de óbitos pela doença, com o objetivo de obtenção de dados mais confiáveis para as estatísticas (Sanglard, 2005).

Com o objetivo de reverter esse quadro, ainda em 1927, o DNSP enviaria o médico Sergio Lima Barros de Azevedo à França e à Alemanha para estudar as medidas que estavam sendo tomadas nesses países contra a doença. O relatório apresentado por ele quando de sua chegada ressaltava a importância atribuída à educação sanitária nesses países. Também enaltecia o sistema francês que tinha como base o funcionamento de centros regionais de tratamento espalhados por todo aquele país, circundados por uma rede de proteção social filantrópica. A partir das informações obtidas, Azevedo propunha algumas medidas a serem tomadas em nosso País. A principal delas seria a ampliação das estatísticas sobre a doença, favorecendo uma ação mais adequada da saúde pública. Para tanto, propunha a notificação compulsória da doença e a criação de uma rede de laboratórios de saúde pública apta a proceder aos exames de biópsia e soro-reação de casos suspeitos. Outro aspecto que seu relatório valorizava dizia respeito à capacitação do médico para a elaboração de um diagnóstico inicial qualificado. A seu ver, essa capacitação deveria ser adquirida por meio de publicações especiais dirigidas aos médicos, conferências ministradas nas sociedades médicas e cursos especiais sobre o tema oferecidos nas faculdades médicas. Por fim, Azevedo propunha que seguissemos a orientação francesa no estabelecimento de uma rede de controle da doença. Essa deveria ter como base a criação de centros regionais de tratamento dotados de uma parte hospitalar e ambulatorial e outra voltada para os estudos laboratoriais sobre a doença. A esses centros deveria somar-se um serviço social voltado para o acolhimento dos doentes (Azevedo, 1927).

Apesar de grande parte dos médicos do período comungarem com as propostas de Azevedo, a saúde pública brasileira na época não tinha uma estrutura capaz de suportar uma organização tão complexa e custosa. Assim, o DNSP, por toda a sua existência, se limitou a pôr em prática iniciativas voltadas para a divulgação de conhecimento sobre a doença como forma de evitá-la ou tratá-la precocemente e medidas de refinamento de sua notificação. Embora o câncer fosse visto pela classe médica como um problema de grande importância, os níveis de sua incidência e o valor simbólico a ele atribuído não se comparavam aos de outras doenças como a malária, a tuberculose e a sífilis, vistas como empecilhos ao desenvolvimento do País e marca de seu atraso. Assim, mesmo considerado relevante, o controle do câncer, por muito tempo, ficou relegado a um plano inferior, em que somente medidas de baixo custo e pouco alcance seriam tomadas.

O Instituto do Radium de Belo Horizonte

Nossa primeira instituição unicamente voltada para as pesquisas radiológicas e o tratamento do câncer surgiu em 1922, em Belo Horizonte. Sua criação deve-se ao médico Eduardo Borges da Costa, na época diretor da Faculdade de Medicina de Minas Gerais. Borges da Costa formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e elaborou sua tese de doutoramento nos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz, no qual se aproximou da medicina experimental. Posteriormente transferiu-se para Belo Horizonte, onde ingressou na equipe de cirurgiões da Santa Casa de Misericórdia. Com a criação da faculdade em 1911, foi chamado para a cadeira de clínica cirúrgica. Em 1918, quando da entrada do Brasil na Primeira Guerra Mundial, incorporou-se ao grupo da faculdade que se apresentou como voluntário. Ao fim do conflito, Borges da Costa voltou triunfante a Belo Horizonte, recebendo diversas homenagens por sua iniciativa patriótica.

Impressionado com a atmosfera de cruzada contra a doença existente na Europa, ele se dedicou à missão de

criar na capital mineira um instituto unicamente voltado para as pesquisas e o tratamento do câncer, nos moldes do Instituto de Radium de Paris. Aproveitando a popularidade auferida por sua participação no conflito europeu e o interesse pela doença também existente no País, ele conseguiu obter apoio dos Governos federal e estadual para a construção do instituto e compra do rádio – que naquele momento custava uma verdadeira fortuna.

O Instituto foi erguido em um terreno doado pela prefeitura, próximo à Faculdade de Medicina. Instalado num belo prédio de estilo neoclássico, especialmente construído para abrigá-lo, foi inaugurado em 7 de setembro de 1922, durante os festejos de comemoração do cen-

tenário da independência. Tinha como objetivo oficial o estudo do rádio e demais substâncias radioativas; as aplicações terapêuticas do rádio e dos raios X; e estudos, pesquisas e tratamento do câncer, pré-cânceres e doenças afins (Salles, 1966:63). Em suas dependências, contava com um serviço de roentgenterapia, inicialmente chefiado por Jacyntho Campos, e de curieterapia, chefiado por Mário Penna. Na parte administrativa, o Instituto contava com total autonomia frente à Faculdade de Medicina.

Segundo as histórias contadas pelos veteranos médicos da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, o surgimento do Instituto deveu-se em muito a boa relação



Entrada prédio onde funcionou o Instituto de Radium de Belo Horizonte, hoje Hospital Borges da Costa da UFMG

do Brasil com a Bélgica na época. Dois anos antes da fundação do Instituto, o rei Alberto I tinha vindo ao Brasil e visitado Belo Horizonte com o então presidente Arthur Bernardes. Como resultado dessa visita, no ano seguinte seria fundada a companhia Belgo Mineira para a produção de ferro a partir das jazidas de minério da região. Os interesses belgas logo se voltaram para outros campos. Como eles mantinham o monopólio da produção do rádio, elaborado a partir do minério extraído das jazidas existentes no então Congo Belga, tinham grande interesse em financiar a criação de institutos que fizessem uso do produto, que naquele momento era comercializado por quantias exorbitantes. Por isso, teriam feito um lobby junto às autoridades do Estado e dado apoio financeiro à criação do Instituto do Rádio de Belo Horizonte¹.

Um importante momento da história do Instituto do Rádio de Belo Horizonte foi a visita de Marie Curie e sua filha Irene à instituição, em agosto de 1926. As duas foram conhecer o Instituto e proferir conferências sobre a radioatividade e suas aplicações na Medicina. Até hoje as paredes da Faculdade de Medicina envergam placas comemorativas a essas visitas.

O Instituto funcionou regularmente por muitos anos. Em 1950, com a morte de Borges da Costa ele recebeu o seu nome e, em 1967, foi integrado à Faculdade de Medicina da UFMG. Nesse período já estava em decadência e, dez anos mais tarde, foi desativado em virtude das péssimas condições de sua edificação. Em 2001, a UFMG pôs em marcha uma grande reforma de suas instalações, reinaugurando-o em 2003. Hoje, o Hospital Borges da Costa faz parte do complexo do Hospital das Clínicas da UFMG, funcionando como centro voltado para a oncologia adulta e pediátrica, para a quimioterapia e cirurgia ambulatorial e atende a um grande número de pessoas, principalmente crianças de várias regiões do estado, que vêm a Belo Horizonte buscar tratamento para a doença.

¹ Informações provenientes de depoimento informal prestado pelo Dr. João Amílcar Salgado, em 11/09/2007.



Marie Curie em visita ao Instituto do Radium de Belo Horizonte em 1926



Assinatura de Marie Curie e de sua filha Irene no livro de visitas do Instituto do Radium de Belo Horizonte

As primeiras instituições filantrópicas voltadas para o câncer

Transformado em preocupação do campo médico a partir do início do século XX e em objeto de atuação da saúde pública no alvorecer da década de 1920, o câncer passaria também a ser alvo das atenções dos grupos sociais que neste período se voltavam para a ação filantrópica. Num contexto de valorização da saúde como redenção do País, setores de nossa elite econômica, sob a influência dos ideais do campo médico, passam a apoiar iniciativas em relação ao câncer como forma de suplementar a atuação estatal.

Por muito tempo a ação da filantropia no Brasil esteve voltada prioritariamente ao campo hospitalar, tendo como principais instituições as Santas Casas de Misericórdias e outras irmandades e ordens terceiras li-

gadas à Igreja católica. A partir do final do século XIX, essa atuação se modificaria, deixando de se circunscrever à prática religiosa e de assistência aos necessitados. O desenvolvimento da pesquisa médica experimental e seus promissores resultados no controle de diversas doenças atraíram o interesse da elite econômica que se voltava para a filantropia, as novas possibilidades de ação relacionadas ao financiamento a instituições de pesquisa e ou de tratamento de enfermidades específicas.

A criação e manutenção de instituições médico-assistenciais e a organização de entidades civis voltadas à resolução de problemas sociais foram as grandes áreas de atuação da atividade filantrópica na primeira década do século XX; e as ligas foram a expressão mais típica da ação filantrópica desse período. Bastante diferenciadas entre si, e congregando um grande número de partici-



Prédio do Hospital da Santa Casada Misericórdia de São Paulo onde funcionou o Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho

pantes, elas se voltavam para os mais diversos problemas sociais, em que vislumbravam o poder de auxiliar o Estado ou defender causas de grupos específicos. São desse período a já observada liga pró-saneamento, as ligas nacionalistas, eugênicas e várias outras. No campo da saúde, essas instituições atuaram em relação a diversas doenças como a tuberculose, a sífilis, a lepra etc. Seu trabalho se voltou tanto à busca de fundos para a criação e manutenção de instituições de cuidados com os doentes, como para as ações de educação sanitária e propaganda.

O patrocínio à criação de institutos e hospitais foi outra forma de ação filantrópica no campo da saúde. Segundo a historiadora Gisele Sanglard (2005), a medicalização dos hospitais ocorrida no século XIX, ao gerar uma nova mentalidade médico-assistencial, fez com que essas instituições se tornassem um campo fértil para o investimento filantrópico laico. Até então, a medicina hospitalar sempre esteve nas mãos da filantropia religiosa, no entanto, o desenvolvimento das ciências médicas e o processo de expansão e centralização das ações de saúde sob a égide do Governo federal possibilitaram o encontro do capital industrial com a ciência e com a medicina hospitalar, a partir do surgimento de um novo discurso que via a regeneração do pobre como uma tarefa da medicina – e não da Igreja – organizada pelo Estado e assistida por seus novos mecenas.

Em relação ao câncer, a criação de um conjunto de instituições filantrópicas no campo da pesquisa e do tratamento se relacionou ao fato de esse modelo já ser a base do combate à doença em diversos países da Europa. Na França, por exemplo, a transformação do Instituto de Radium, criado pelo Instituto Pasteur, que se tornou a Fundação Marie Curie, em 1920, se deveu à doação de uma grande soma pela família Rothschild, que possibilitou o desenvolvimento da vertente terapêutica da instituição que se juntou à pesquisa científica no campo da radioterapia. Com o final da Primeira Grande Guerra, a Liga Francesa Contra o Câncer patrocinaria a criação de centros e dispensários anticancerosos, por aquele país. No Brasil, observa-se o surgimento de iniciativas com o mesmo sentido. À medida que se ampliava o sucesso na

utilização do rádio para tratamento da doença, surgiam novas iniciativas de instituições filantrópicas para a utilização dessa técnica.

São Paulo tomaria a primeira iniciativa nesse sentido. Ainda em 1920, Arnaldo Vieira de Carvalho fundador e primeiro diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, subiu à tribuna da Sociedade de Medicina e Cirurgia para sugerir a criação de um instituto de radioterapia na cidade.

“É espantoso o número, cada vez mais crescente, de casos de câncer. Impressionado pelos resultados que a cirurgia tem apresentado na cura desse mal, e ao mesmo tempo assombrado com o que a Europa nos manda dizer a propósito de seu tratamento por meio de radium, ocorreu-me de levantar aqui a idéia de tomarmos a iniciativa da fundação do instituto de radio de São Paulo” (Palma Guimarães, 190)

Arnaldo Vieira de Carvalho era o mais afamado médico da cidade, já havia participado de várias iniciativas filantrópicas, como a criação da Policlínica de São Paulo. Também havia presidido importantes associações como a Sociedade de Medicina e Cirurgia e a Sociedade Eugênica de São Paulo. Sua proposta foi prontamente aceita na Sociedade de Medicina, que nomeou uma comissão para levantar fundos para a nova instituição, integrada por ele próprio, Oswaldo Portugal e Raphael Penteado de Barros. O grupo não teve dificuldades em obter as primeiras doações, conseguindo em quatro meses auferir mais de quinhentos contos de reis. No entanto, a morte de Arnaldo, em 1920, adiaria a inauguração do Instituto. Embora constituído de direito em 1921, ele só começaria a funcionar em 1929, nas instalações do Hospital Central da Santa Casa da Misericórdia, sob a direção de Ovídio Pires de Campos.

Caracterizado como uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, o Instituto do Câncer Dr. Arnaldo tinha como objetivos estatutários o diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer. Prestava serviços gratuitos aos que não tinham condições de pagar por tratamentos particulares, e cobrava dos doentes com melhores condições econômicas. Durante muitos anos suas ativi-

dades se realizaram nas enfermarias do Hospital Central da Santa Casa. Somente em 1934, a instituição conseguiu inaugurar suas instalações próprias, em terreno contíguo ao da Santa Casa. O Instituto contava com 20 leitos e era composto pelos serviços de rádio, radioterapia e eletroterapia, cirurgia geral e ginecologia, otorrinolaringologia, urologia e gastro-enterologia. Contava também com um laboratório de anatomia patológica e análises clínicas. O radiodiagnóstico e a cirurgia eram a alma da instituição, que desde a sua instalação recebia várias centenas de doentes anualmente, em busca de diagnóstico e tratamento. Esses ocupavam os leitos do Instituto somente quando em tratamento de tumores, sendo que os considerados incuráveis eram removidos pela própria Santa Casa para seu asilo de inválidos. O Instituto do Câncer Dr. Arnaldo contava com rendas próprias, provenientes do tratamento de doentes contribuintes, de donativos particulares e de auxílios dos poderes públicos estadual e federal. Em outubro de 1936, pelo Decreto Federal nº 1.146, a instituição foi considerada de utilidade pública (Portugal, 1936). Até hoje, o Instituto do Câncer Dr. Arnaldo continua funcionando regularmente como hospital voltado para o tratamento do câncer. Conta com mais de cinquenta leitos, nos quais atende a doentes do SUS e de diversos convênios, um centro cirúrgico, laboratórios e o pronto atendimento para caso de emergência. Como diversas outras instituições do mesmo perfil, é membro da Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC).

Muito antes da inauguração do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, outra iniciativa filantrópica no campo da cancerologia agitava o campo médico. Ainda em 1922, uma proposta de criação de um hospital voltado ao tratamento do câncer, na então capital federal, moveria os médicos e a filantropia carioca. O projeto surgiu de entendimentos entre o diretor da Inspetoria da Leprosia, Doenças Venéreas e Câncer do DNSP, Eduardo Rabello, com o industrial Guilherme Guinle, num processo que também congregou um seleto grupo de médicos empenhados em homenagear a memória de Oswaldo Cruz através da criação de uma obra grande vulto.

Em 25 de agosto de 1922, antigos colegas e discípulos de Oswaldo Cruz criaram oficialmente uma entidade jurídica denominada Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de unir o nome “do grande saneador do Brasil” ao primeiro hospital de câncer no Distrito Federal. Como seu presidente de honra foi escolhido o industrial e grande benemérito Guilherme Guinle. Já contando com recursos auferidos numa grande campanha posta em marcha para construir um monumento em sua homenagem, o grupo reorientou o projeto em direção à construção de um hospital para estudos e tratamento do câncer. Apoiados pelo seu presidente de honra, que se propunha a financiar a construção e o aparelhamento da nova instituição, o grupo elaborou os planos para a construção do hospital (Sanglard, 2005).

O malgrado processo de construção do hospital foi analisado detalhadamente pela historiadora Gisele Sanglard (2005). Ela mostra que o motor que movia essas atividades era a convergência dos interesses de Guilherme Guinle em atuar em prol da saúde pública, com os objetivos do diretor da Inspetoria da Leprosia, Doenças Venéreas e Câncer, Eduardo Rabello, de ter na iniciativa filantrópica o esteio necessário para pôr em prática sua proposta de controle das doenças de responsabilidade de sua inspetoria. A concepção de enfrentamento da doença de Eduardo Rabello, que aproximava a ação estatal da iniciativa filantrópica, já existia em relação a diversas doenças, e se reforçaria em relação ao câncer, a partir das décadas seguintes, com a criação de diversas ligas voltadas para a doença.

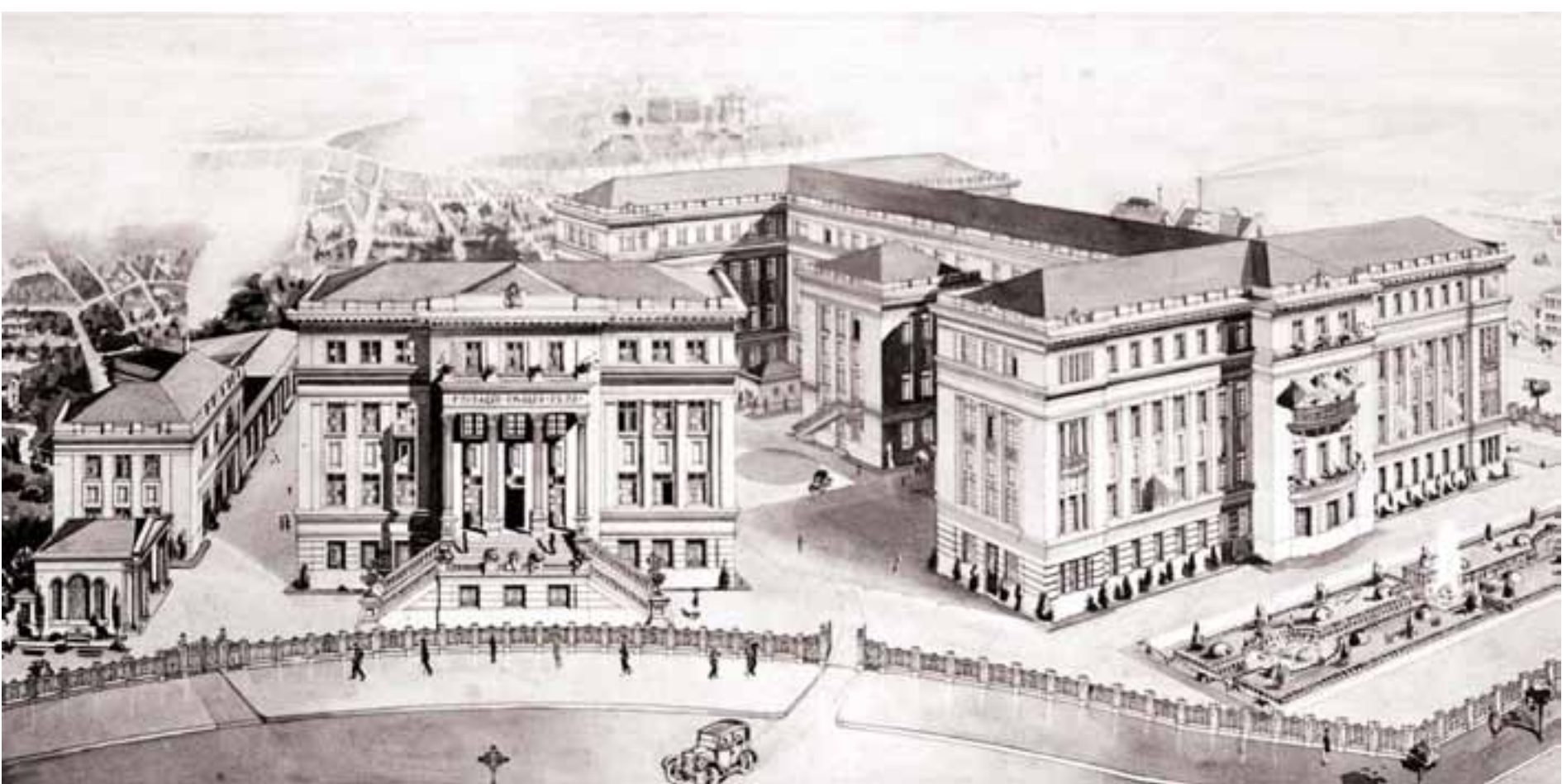
Em 1922, no já citado Congresso Nacional dos Práticos, Eduardo Rabello já apostava no Instituto do Câncer a ser criado em parceria com os Guinle. Em seu discurso afirmava: “Posso, entretanto, anunciar que também nesta parte vai ter seguimento o programa de luta contra o câncer estabelecido pelo Departamento de Saúde Pública, pois, mercê de generosa doação da família Guinle, que já fez a oferta à Fundação Oswaldo Cruz, vamos ter brevemente um Instituto de Câncer onde se trate não só da parte experimental como também da terapêutica, empregando-se neste último caso todas as ar-

mas de que dispomos” (Rabelo, 1924 apud Kroeff, 1946, p. 22).

Ainda em 1922, Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, reafirmava a esperança na criação do Instituto no discurso de inauguração do primeiro instituto exclusivamente voltado para o tratamento do câncer, naquele tempo criado em Belo Horizonte. Em seu discurso informava “Eu vos posso anunciar, com alegria, meus ilustres amigos, que não será em vão o grande exemplo civilizador da vossa iniciativa. Do altruísmo de brasileiros ilustres, que bem entenderam cultivar em obras de ciência a memória abençoada de mortos queridos, espero e me fio, seguro de que também na Capital do país teremos em breve organizados

os trabalhos sobre o câncer, em moldes amplos, facultados pela generosidade de moços de fortuna e de sentimento” (Chagas, 1922).

Apesar da convergência de interesses entre a saúde pública e a filantropia, nesse momento representada por Guilherme Guinle, a parceria não logrou obter sucesso. Durante vários anos, o projeto caminhou a passos lentos, sendo que, em 1936, Guilherme Guinle, sem obter o apoio que imaginava do Governo federal, resolveu retirar seu auxílio à instituição, o que a tornou inviável. Ainda naquele ano, ela foi extinta, e o prédio iniciado doado à prefeitura do Distrito Federal, que, a seu modo, concluiu a edificação, instalando no local o Hospital Municipal Barata Ribeiro (Sanglard, 2005).



Projeto para o Hospital do Câncer, de autoria do arquiteto Porto D'ave

CAPÍTULO

3



Construindo uma política de controle do câncer para o país

A chegada aos anos 1930

A transformação do câncer em problema de saúde pública nos anos 1920 foi o efeito e também a causa da intensificação do interesse médico pela doença. A questão principal era conhecer a sua incidência no País, ou melhor, mostrar que essa era muito maior do que mostravam as estatísticas existentes na época. O próprio Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, no discurso de inauguração do Instituto do Radium de Belo Horizonte, em 1922, questionava: “Qual a frequência do câncer entre nós? Onde estão os dados de uma estatística aproximada, que nos habilitem a ajuizar da difusão do mal e apreciar suas consequências sociais? Sabemos apenas, e tanto basta para avivar a nossa previdência, que as afecções cancerosas fazem elevado número de vítimas em toda a vasta extensão do nosso território” (Chagas, 1922). Vários outros médicos alertavam para o problema da subnotificação e indicavam a constante ampliação dos casos de câncer no País. Sem contar com uma base estatística segura para suas afirmações, esses apóstolos da luta contra a doença tomavam como base suas observações clínicas e a observação da frequência de doentes em diversos hospitais da cidade.

A valorização da doença pelo campo médico tinha como principais espaços institucionais a Academia Na-

cional de Medicina, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e os Congressos Médicos. Seu melhor exemplo pode ser visto na proposta de Fernando de Magalhães apresentada ao Congresso Nacional dos Práticos, realizado pela classe médica, no Rio de Janeiro, em comemoração ao centenário da independência (1922).

41



Brasão da Academia Nacional de Medicina

Nesse momento, Fernando Magalhães ocupava a presidência da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e, por isso, era relator do tema no congresso. Seu projeto inspirava-se no modelo de organização de combate à doença existente na França e também foi apresentado em seção da Academia Nacional de Medicina. Bastante abrangente, o projeto se voltava para os diversos aspectos da prevenção e tratamento da doença que começavam a ser prática na Europa e, sob o título de “A luta contra o Câncer”, previa a criação de Institutos do Câncer, de caráter estatal, em vários pontos do País, voltados para a pesquisa científica sobre a doença; a criação de hospitais públicos exclusivos para cancerosos, estabelecendo-se por lei que a sua hospitalização se daria somente nesses estabelecimentos; a notificação compulsória dos casos de câncer e a utilização dos princípios de profilaxia geral em todos os locais em que surgissem casos da doença; a visita de enfermeiras da saúde pública aos cancerosos para orientá-los no seu tratamento e nas medidas de precaução de seus familiares; o aperfeiçoamento do ensino do câncer nas faculdades médicas; a divulgação de noções básicas da doença para a população; e a organização de reuniões médicas regulares em vários estados do Brasil, sob o patrocínio do Governo, para informação das estatísticas e conhecimento das observações e os conceitos clínicos sobre a doença (Magalhães, 1922). Os espaços institucionais ocupados por Fernando Magalhães já mostram a centralidade que seu pleito adquiria, além disso, a observação das revistas de medicina do período deixam claro que essas preocupações também estavam no horizonte de diversos outros atores de nossa elite médica.

A construção do câncer como problema médico de âmbito nacional, a partir dos anos 1920, se deu simultaneamente ao desenvolvimento de técnicas que ampliaram a capacidade da medicina frente à doença. No início dos anos 1920, a radioterapia começava a se mostrar uma importante aliada da medicina européia no tratamento dos cânceres epiteliais e ginecológicos. Esse processo ampliou o interesse dos médicos brasileiros na nova técnica, fazendo surgir institutos de radioterapia volta-



Brasão da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

dos para o tratamento de cânceres. Além disso, os gabinetes de diagnóstico radiológico passaram a atrair os médicos interessados em novas formas de tratamento do câncer. O Serviço de Radiologia da Faculdade de Medicina, criado em 1919, foi um deles; lá trabalhava o médico Antonio da Costa Junior, que começou utilizar o rádio com sucesso em casos de câncer de pele, escrevendo diversos artigos no *Brasil Médico*, enaltecendo a nova técnica (Carvalho, 2006). Dois anos depois, Firmino Doellinger da Graça – que há anos dirigia um serviço de diagnóstico radiológico na Beneficência Portuguesa, e tinha se especializado em radioterapia em instituições européias e americanas – criou e equipou um consultório particular para tratar os portadores de câncer. De maior amplitude foram o Instituto do Câncer de Belo Horizonte, fundado em 1922, e o Instituto do Câncer Dr. Arnaldo, inaugurado em 1929, já observados anteriormente.

Ao desenvolvimento da radiologia viria se juntar uma nova técnica cirúrgica que chegou ao Brasil, em meados dos anos 1920, pelas mãos do cirurgião Mario Kroeff. A eletrocirurgia ou diatermia era elaborada por



Mario Kroeff demonstrando a utilização do aparelho de eletrocirurgia

meio de um bisturi que transmitia intenso calor aos tecidos por meio de energia elétrica de alta frequência. Ela possibilitava incisões mais amplas com menor sangramento, por coagular os tecidos próximos à ação do bisturi. A técnica seria utilizada por diversos cirurgiões, inicialmente em retiradas de pequenos melanomas cutâneos e em cirurgias de cânceres da boca, ainda nos anos 1920 passaria a ser empregada nas mais variadas cirurgias de câncer. Um dos locais pioneiros na sua utilização foi a enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro chefiada pelo cirurgião Brandão Filho. Lá,

Mario Kroeff se especializaria em sua utilização e elaboraria, em 1929, uma tese de livre-docência, para o ingresso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, versando sobre a técnica na qual se transformaria em um grande divulgador. Em 1927, a Academia Nacional de Medicina abrigou um intenso debate sobre a utilização da nova forma de cirurgia que vinha despertando o interesse de diversos médicos. No ano seguinte, aportava no Rio de Janeiro o cirurgião Franz Keysser, responsável pelo aperfeiçoamento da eletrocirurgia. O alemão havia conseguido construir aparelhos muito mais potentes que

A cirurgia elétrica segundo Mario Kroeff, seu principal divulgador

“Tinha trazido da Europa um aparelho. O primeiro introduzido no Brasil. Assisti à sua aplicação na Europa por dermatologistas, contra pequenas lesões de pele, e pensei em aproveitá-lo, em escala maior, no tratamento do câncer, contra as grandes lesões externas. Com ele pratiquei no Serviço do prof. Brandão Filho, na Santa Casa, a primeira eletrocoagulação realizada entre nós, em 1926” (Kroeff, 1971:203).

“A diatermia ou destrói *in loco* um tumor, coagulando-o com a ponta do eletrodo na área doente, ou extirpa-o por inteiro pela dissecação elétrica. Não age, pois, pelo efeito da corrente para combater o elemento neoplásico, durante uma ou mais aplicações como podem supor os que não forem afeitos a cirurgia. É uma cirurgia armada, que corta pela eletricidade, por isso é dotada de qualidades especiais na terapêutica do câncer, em condições de produzir melhores resultados que o bisturi sangrento, quando procede a ablação de um órgão doente ou de toda uma região afetada.

Na sua ação destrutiva, ela influi também até certa distância, além do ponto de contato do eletrodo, por propagação do calor, cujo efeito cresce em proporção à intensidade de duração da corrente. (...) Assim, além da destruição propriamente coagulante local dos tecidos no ponto de contato do eletrodo, a diatermia possui um efeito anticanceroso, até certo limite, contra as células malignas que se acharem à pequena vizinhança da zona coagulada” (Kroeff, 1934).



Kroeff e equipe realizando uma eletrocirurgia

os já existentes e faria várias visitas ao Brasil para divulgar – e vender – seu equipamento, obtendo grande sucesso em seu empreendimento (Carvalho, 2006).

Esse momento também inaugura as primeiras ações voltadas à formação em cancerologia e para a divulgação da doença no meio médico e leigo. Ainda em 1927, o médico carioca Ugo Pinheiro Guimarães – que mais tarde dirigiria o Serviço Nacional de Câncer –, com uma bolsa da Fundação Rockefeller, obteve um estágio no Memorial Hospital de Nova York, centro mais importante de estudos sobre o câncer das Américas. No ano seguinte, seguiu para a Europa para ampliar ainda mais sua especialização no tema. De volta ao Brasil em 1929, empreendeu um ciclo de palestras sobre as diversas formas de câncer e os meios de combatê-las e passou a mi-



Ugo Pinheiro Guimarães, pioneiro do ensino de cancerologia no Brasil

nistrar um curso de especialização médica sobre cancerologia na Faculdade de Medicina. Outro que se voltou para o ensino da cancerologia foi o já citado Firmino Vonn Doellinger da Graça, que proferiu diversas palestras sobre o tema na Faculdade de Medicina. Em 1929, ele foi incumbido pelo então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Clementino Fraga, de se dedicar ao estudo do câncer, com o objetivo de dar subsídios ao Departamento. Logo elaborou um alentado trabalho sobre a doença. Seu estudo tinha a forma de uma grande resenha de divulgação científica para médicos, relacionando os conhecimentos mais modernos sobre o câncer existentes no período. Seu autor apresentou-o em diversas conferências públicas, muitas das quais transmitidas pelo Radio Club do Brasil e pela Rádio Sociedade (Graça, 1929).

Ainda em 1929, as principais sociedades médicas do Rio de Janeiro – Academia Nacional de Medicina e Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro – resolveram elaborar uma programação conjunta para pôr o câncer em maior evidência tanto para os médicos como para o público leigo. Entre 4 e 10 de novembro de 1929, teve lugar na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro a Semana do Câncer. O evento era composto de diversas atividades: duas seções especiais voltadas para a doença, nas quais reputados médicos da casa apresentariam trabalhos sobre o tema; reunião com os médicos de outras instituições para discussão do problema do câncer no País; e uma seção espacial da Academia Nacional de Medicina também inteiramente voltada para a doença. A Semana do Câncer contou com o apoio de Clementino Fraga, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e de Oscar Silva Araújo, então diretor da Inspetoria da Lepra, das Doenças Venéreas e Câncer. A Radio Club do Brasil também se voltou para o evento garantindo a sua propaganda.

No que tange às iniciativas concretas em relação à criação de um local exclusivo para o tratamento dos doentes no Distrito Federal, os primeiros passos foram dados por Mario Kroeff, que, em 1931, iniciou a construção de um pavilhão para o tratamento cirúrgico do

câncer anexo ao Hospital da Triagem, depois chamado Hospital Estácio de Sá. Kroeff tirava proveito da conjuntura favorável relacionada à chegada dos gaúchos ao poder, e assim conseguiu de seu conterrâneo, o ministro da fazenda Oswaldo Aranha, os recursos que necessitava para construir um pequeno pavilhão. Embora a obra tenha sido concluída em 1933, o prédio, na última hora, foi destinado à outra cadeira da Faculdade de Medicina, frustrando a iniciativa de Kroeff. Somente seis anos depois seu projeto de criação de uma instituição totalmente voltada ao tratamento do câncer no Rio de Janeiro começaria a se encaminhar, mas, antes disso, um grande evento ocorrido na capital federal chamaria a atenção para a necessidade de combate à doença e mostraria a existência de outros projetos nesse sentido.

Essas iniciativas mostram que, entre o final da década de 1920 e o início da seguinte, o câncer estava na ordem do dia. Tanto no que concerne à saúde pública, como em relação aos médicos e suas organizações profissionais, a doença assumia um caráter de centralidade. Toda essa movimentação se relacionou à construção da doença – primeiramente através de trabalhos que mostravam a amplitude de sua incidência no País, o desenvolvimento de novas técnicas para o seu tratamento e a necessidade da classe médica de vinculação a uma questão que no nível internacional tinha um forte destaque. Soma-se a tudo isso o fato de que, na época, a classe médica dormia acalentada pela possibilidade de surgimento de um grande centro de cancerologia na capital da República. Embora o sonho alimentado pela família Guinle, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e pelos médicos ligados à Fundação Oswaldo Cruz não chegasse a se realizar, aquele momento ele era o guarda-chuva que potencializava e dava sentido às iniciativas em relação à doença. Talvez por isso, em 1935, quando o projeto do hospital da Fundação Oswaldo Cruz estava prestes a naufragar, os médicos empenhados em sua realização mais uma vez buscaram reforçar a denúncia sobre a importância da doença e pôr em marcha novas iniciativas. Foi assim que no ano seguinte veio à luz o Primeiro Congresso Brasileiro do Câncer.



Mario Kroeff realizando uma eletrocirurgia



O I Congresso Brasileiro de Câncer e as propostas em jogo

Em meados dos anos 1930, o contexto nacional já era bastante diferente do observado na década anterior. A chegada de Getúlio Vargas à presidência, em outubro de 1930, havia mudado os rumos do pacto político dominado pelas oligarquias agrárias, levando ao aparelho de Estado novas demandas de diferentes grupos, até então distantes dos poderes decisórios. No campo da saúde pública, o primeiro governo de Getúlio Vargas atendeu ao antigo desejo dos sanitaristas de criação de um ministério para a área. Instituído, ainda em 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) unia saúde e educação. Sua criação também se relacionava às novas diretrizes centralizadoras do Estado, que previam a formação de uma burocracia central capaz de coordenar a ação das administrações locais.

48

Nesse cenário, realizou-se no Rio de Janeiro, em novembro de 1935, o I Congresso Brasileiro de Câncer. O encontro foi uma iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro como comemoração ao seu cinquentenário. Maurity Santos, então diretor da instituição, procurou organizá-lo de forma a dar-lhe um caráter oficial e garantir o comprometimento das principais autoridades relacionadas ao setor saúde com o problema do câncer. Assim convidou para a sua presidência de honra o ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, o prefeito do Distrito Federal, Pedro Ernesto e o filantropo Guilherme Guinle, que naquele momento ultimava os derradeiros esforços na tentativa de soerguer o projeto do hospital do câncer da Fundação Oswaldo Cruz, que ajudava a financiar.

O evento tinha como um dos principais objetivos chamar a atenção das autoridades públicas para o projeto do Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz, que estava em vias de naufragar em meio a dificuldades financeiras. Já no discurso de abertura do evento, o ministro Gustavo Capanema informava o interesse do Governo em apoiá-lo e tirava aplausos do plenário afirmando que em breve despenderia verbas para a sua finali-



Getúlio Vargas e outros no palácio do Catete no dia de sua chegada à capital federal

zação. O outro objetivo era potencializar a ação da saúde pública em relação ao câncer. Para tanto, o Congresso dedicou a sua primeira seção aos aspectos sociais da doença, convidando como um dos oradores oficiais o diretor do Departamento de Saúde do Ministério da Educação e Saúde Pública, o sanitarista João de Barros Barreto. Ao lado de Jansen de Mello, que dissertou sobre a mortalidade de câncer no País, Barros Barreto apresentou uma conferência chamada “Projeto de Luta Anticancerosa no Brasil” na qual expôs as diretrizes da saúde pública em relação ao câncer.



Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer, 1935

Em sua apresentação, Barros Barreto, herdeiro dos ideais de saúde pública que animaram os anos 1920, postulava que o controle ao câncer deveria ter como base principal a prevenção. Essa deveria se dar pela propaganda e educação sanitária, acompanhada de medidas compulsórias que possibilitassem afastar os trabalhadores dos riscos do câncer profissional. Alias, seu trabalho dava grande importância a esse aspecto, se mostrando como o primeiro a discutir a questão da necessidade de cuidados específicos com profissionais que lidavam com radioterapia. Acompanhando o pensamento da maioria dos médicos do período, Barros Barreto acentuava o valor do diagnóstico precoce para uma atuação médica bem-sucedida e a importância da atualização dos médicos nos conhecimentos básicos sobre a doença, como forma de alcançar esse objetivo. Também afirmava que o controle do câncer deveria ter como principais instituições os centros de cancerologia. Esses abrigariam uma média de 20 leitos e teriam o recurso de diferentes ambulatórios – ginecologia, urologia, oftalmologia etc. Para proceder aos diagnósticos, contariam com serviços de radiologia, histopatologia e outros laboratórios de exames. Para o tratamento, dispunham dos serviços de radioterapia e cirurgia.

Uma originalidade de seu projeto se colocava em relação ao que ele denominava de organizações subsidiárias. Barreto havia se especializado na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins e, seguindo as noções da moderna saúde pública, via no centro de saúde a alma do atendimento primário e o pilar da estrutura de saúde pública. A seu ver, estes centros, que começavam a se estruturar no país, teriam um papel fundamental na defesa contra a doença, se ocupando da propaganda e do primeiro diagnóstico dos casos suspeitos, que seriam enviados ao centro de cancerologia. Os centros de saúde também se ocupariam dos cuidados aos doentes através de suas enfermeiras visitadoras. A outra organização subsidiária aos centros de cancerologia seriam as instituições de cuidados paliativos. Barreto assinalava a importância da filantropia nesse campo e propunha a criação de instituições que pudessem garantir o

acolhimento dos enfermos incuráveis, ao estilo da Obra do Calvário, que, desde o final do século XIX, se ocupava dessa tarefa na França.

O ponto mais importante da comunicação de Barros Barreto dizia respeito à criação de um centro de cancerologia no Distrito Federal. A seu ver essa ação era fundamental e deveria ser posta em prática imediatamente, até para servir de ponta de lança à criação de outras instituições do mesmo tipo em outras regiões. Com base

na experiência paulista do Instituto Dr. Arnaldo e fazendo uso de uma lógica administrativa fundamentada na racionalização dos custos e na possibilidade imediata de implantação dos serviços, propunha a criação do primeiro centro de cancerologia do Rio de Janeiro junto ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia. A instituição seria dirigida por uma comissão composta por representantes da Santa Casa, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, do Ministério da Educação e Saúde



Gustavo Capanema e outros em seu gabinete

Pública, da Fundação Oswaldo Cruz e da Liga Brasileira Contra o Câncer – no caso, seu fundador Ugo Pinheiro Guimarães. Cada uma das instituições envolvidas colocaria à disposição do novo centro pessoal e equipamentos dos setores relacionados às necessidades da nova instituição. O ministério contribuiria com seus serviços de bioestatística e propaganda, com seus centros de saúde e serviço de enfermeiras visitadoras; a Santa Casa da Misericórdia facilitaria a instalação do serviço no Hospital

São Miguel, reservando os leitos para os doentes; e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro trabalharia com diversas clínicas e com o serviço de radiologia. A nova instituição também contaria com recursos do Governo federal para instalações e material. Barreto encerrava seu trabalho afirmando que a esse centro de cancerologia podiam se seguir outros em hospitais do Rio de Janeiro, como o Estácio de Sá e outros que a prefeitura viesse a construir.



Gustavo Capanema com funcionários do ministério. João de Barros Barreto está a sua esquerda, de terno branco

De acordo com a racionalidade que presidia a saúde pública no período em que Gustavo Capanema dirigiu o ministério, Barreto imaginava que o poder público federal seria responsável pela organização e normatização das ações contra o câncer, cabendo aos Estados e municípios, em concurso com a filantropia, a atuação nesse campo nas diversas regiões do país. A ação do Governo central se faria pela implantação do centro de cancerologia do Distrito Federal – que poderia ser montado sem grandes custos, a partir dos serviços já existentes – e seria acompanhada pelos estados e municípios com suas organizações próprias. O que se mostra mais interessante é o fato de a saúde pública, naquele momento, trazer a público um projeto de controle do câncer que não se limitava mais à propaganda e à verificação da incidência da doença, como o instituído pela Inspeção da Lepra, das Doenças Venéreas e Câncer, nos anos 1920. Nesse momento tratava-se da criação de uma instituição inteiramente voltada para o tratamento dos doentes no Distrito Federal, que era apresentada pelo seu organizador como a ponta de lança para uma atuação estatal mais ampliada que desse conta do problema em todo do território nacional.

Embora a proposta de Barros Barreto se situasse como a fala da saúde pública e se colocasse no Congresso como diretriz oficial, outras apresentações também mostrariam diferentes posições sobre a questão. O Trabalho de Mario Kroeff, por exemplo, apesar de estar inscrito numa seção voltada exclusivamente para a cirurgia, se caracterizava como uma proposta de organização médica para a intervenção contra a doença. Kroeff se centrava na sua especialidade, postulando que ela poderia ser o pilar desta intervenção. Ele partia do princípio de que a vastidão de nosso território e as grandes dificuldades econômicas existentes no interior do País inviabilizariam uma campanha contra o câncer centrada na criação de centros de cancerologia regionais. A seu ver, ela deveria ter como base a capacitação dos médicos das regiões mais distantes para a primeira ação contra a doença. Isso se faria pela divulgação da diatermia e habilitação dos médicos locais para o emprego dessa técnica em

casos mais simples, como os pequenos cânceres de pele. A utilização da diatermia seria acrescida do incentivo às práticas de utilização de exames laboratoriais, que poderiam ser enviados das regiões mais distantes aos centros maiores pelos correios. Para Kroeff, essas medidas levariam à cura precoce da maioria dos casos, evitando a evolução da lesão para estágios incuráveis. Além disso, favoreceriam a compreensão da possibilidade de cura do câncer quando tratado desde seu início. Nos casos mais complexos, os doentes seriam enviados aos municípios maiores, em que já houvesse hospitais de caridade ou clínicas particulares aparelhadas. Nesses locais, cirurgiões também trabalhariam com a eletrocirurgia, só que em âmbito mais complexo, procedendo a cirurgias, com base em noções fornecidas por especialistas em cirurgias anticancerosas. Somente nas maiores cidades do País seriam criados centros anticancerosos nos moldes dos institutos do câncer europeus, nos quais, além do emprego de diversas técnicas para o tratamento da doença, seriam realizados estudos experimentais e diversos tipos de diagnósticos mais sofisticados (Kroeff, 1935).

O trabalho de Kroeff no fundo era uma proposta de incentivo à utilização da diatermia como principal forma de controle da doença. Sua forma de pensar tinha como base a impossibilidade de levar às regiões mais distantes do País os meios mais complexos de tratamento da doença. Além disso, naquele momento, ele estava enamorado pela eletrocirurgia, o que o fazia pensar que essa técnica poderia definir uma estrutura de atuação médica contra a doença diferenciada da posta em prática em diversos países desenvolvidos, em particular na França, onde os centros anticancerosos voltados para o tratamento radiológico dominavam a cena.

Num congresso centrado em diversas discussões técnicas sobre o câncer, suas formas de tratamento e prevenção, as falas de Barros Barreto e Kroeff têm especial importância por propor duas formas diferenciadas de organização de ações públicas direcionadas à doença. Barros Barreto trouxe a público um projeto com a chancela de sua posição de liderança na administração da saúde pública nacional. Já Kroeff apresentou uma pro-



Mario Kroeff e seu aparelho de eletrocirurgia

posta baseada em sua experiência de cirurgião especializado em operações de casos de câncer. Apesar da disparidade do peso relativo dessas duas figuras no cenário nacional, a forte militância de Kroeff na busca de implantação de um centro de tratamento exclusivo do câncer na capital federal, favorecida pela chegada ao poder de uma elite gaúcha que mantinha com ele laços de amizade e solidariedade, fez com que a política de controle do câncer no País, estabelecida a partir do final da década de 1930, acabasse mesclando elementos dessas duas propostas.

Antonio Prudente e a proposta paulista de combate ao câncer

Os estudiosos que analisaram o desenvolvimento da saúde pública no País apontam a singularidade de São Paulo nesse processo, mostrando que, durante a República Velha, esse estado prescindiu da ajuda federal em relação à saúde, procurando pôr em prática um projeto autônomo para essa área (Castro Santos, 1993; Hochman, 1998). Em relação ao câncer não seria diferente; ainda em 1934 ele seria rascunhado pelo médico Antonio Prudente, que mais tarde viria a dirigir o Serviço Nacional de Câncer. Antonio Prudente era neto de Prudente de Moraes, nosso primeiro presidente civil, estudou medicina na Faculdade de Medicina de São Paulo e esteve na Alemanha se especializando em eletrocirurgia com o médico Franz Keysser. De volta ao País passou a se dedicar às cirurgias de reconstituição.

O interesse de Antonio Prudente pelo câncer levou-o a escrever, em 1933, uma série de cinco artigos sobre o tema no jornal *O Estado de S. Paulo*. Seus escritos analisavam a frequência do câncer no país e as várias configurações da doença, propondo uma política estadual para o seu controle. Sua proposta seria apresentada no I Congresso de Câncer de 1935, como a diretriz dos cancerologistas paulistas para o controle da doença. Prudente postulava que o papel do Governo central no controle do câncer devia se limitar à coordenação das atividades estaduais e ao controle estatístico, aos estados ficaria a

organização e manutenção de suas estruturas de controle da doença. Nesse sentido, ele postulava que a organização dos serviços de saúde paulistas deveria ter como base quatro diferentes requisitos: a facilitação do diagnóstico precoce, a possibilidade de tratamento dos tumores segundo as técnicas mais adequadas a cada caso, a disponibilidade de tratamento hospitalar e social aos cancerosos, a pesquisa e o controle estatístico da doença nos diversos ramos da cancerologia (Prudente, 1939). Para alcançar esses objetivos, ele propunha a instauração de uma rede de nove postos voltados para o diagnóstico – de acordo com a distribuição populacional do Estado – centralizados por um instituto de oncologia na capital. Orientado para o tratamento, o centro manteria um número de leitos definido pelas estatísticas dos casos existentes no Estado. Segundo seus cálculos, naquele momento, seria necessário implantar 240 leitos para os doentes tratáveis e 60 para abrigar os incuráveis. Caso o sistema utilizasse o trabalho das enfermeiras visitadoras na orientação e tratamento domiciliar, esses leitos seriam suficientes para garantir o tratamento de todos os doentes do estado. O instituto de oncologia deveria se compor de um dispensário, com serviços de consultas, laboratório clínico e tratamento ambulatorial; serviços de cirurgia, eletrocirurgia, radiodiagnóstico, radioterapia, fisioterapia e quimioterapia; laboratórios de pesquisa com serviços de biologia, físico-química, fotografia e desenho; um museu; e um anfiteatro para a implementação de cursos de oncologia dedicados aos médicos e de palestras voltadas ao público leigo e de seções de estatística, propaganda e administração.

O serviço idealizado por Antonio Prudente estava baseado no que havia de mais moderno na Europa. Para geri-lo, ele imaginava a criação de uma inspetoria de combate ao câncer no âmbito do Serviço Sanitário do Estado. Tal qual a Inspetoria da Lepra, naquele momento muito ativa no Estado, essa inspetoria deveria coordenar as ações dos postos de diagnóstico com as do centro de cancerologia. Na impossibilidade de criação dessa nova inspetoria, Prudente propunha que as ações contra o câncer fossem dirigidas por uma sociedade composta de

médicos e leigos. Uma liga que se voltaria principalmente para as ações de educação e propaganda contra a doença.

A partir de 1934, Antonio Prudente se convenceu que uma liga contra o câncer seria o melhor caminho para potencializar o combate à doença no Estado. Nesse sentido, ele se dedicou a obter aliados para a fundação da nova instituição. No ano seguinte atingiu seu objetivo fundando a Associação Paulista de Combate ao Câncer, que passou a ser dirigida por Antônio Cândido de Camargo, seu antigo professor da Faculdade de Medicina de São Paulo. A associação tinha como objetivo arrecadar fundos para a construção de um Instituto de Câncer na cidade de São Paulo com as finalidades principais de diagnosticar e tratar cancerosos. Também buscava desenvolver campanhas de educação, potencializar o desenvolvimento da especialização médica em relação à doença e manter intercâmbio de programas com organizações similares no Brasil e exterior. Seus estatutos também indicavam o ideal de fundar centros e postos anticancerosos em diversas localidades do Estado, para atuar

em conjunto com o Instituto do Câncer da Cidade de São Paulo (*Estatutos da Liga Paulista de Combate ao Câncer*, 1936).

Após passar um longo período elaborando campanhas de arrecadação de fundos junto às elites econômicas do estado, em 1953, a Associação Paulista de Combate ao Câncer, em parceria com a Rede Feminina de Combate ao Câncer, criada em 1946 por Carmem Prudente – esposa de Antonio Prudente –, conseguiu fundar um hospital para o tratamento do câncer, o Hospital Antônio Camargo que, em 1961, passou a ser considerado Instituto Complementar da USP. No ano de 1973, a Associação Paulista de Combate ao Câncer passou a denominar-se Fundação Antonio Prudente, caracterizando-se como uma entidade filantrópica reconhecida oficialmente pelo estado de São Paulo. Antonio Prudente viria a ser por duas vezes diretor do Serviço Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. Ele faleceu em 17 de setembro de 1965, na cidade do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 4



Mario Kroeff e a criação de um espaço para o tratamento do câncer no Distrito Federal

Se a ciência nacional, e em particular a medicina, tem em Oswaldo Cruz o seu principal símbolo, a cancerologia tem em Mario Kroeff um personagem do mesmo quilate. Personagem de estatura mitológica, pela capacidade de engendrar iniciativas de amplo alcance social, Kroeff ficou na memória de seus contemporâneos e na história da medicina brasileira como o principal artífice na transformação do câncer em problema de saúde pública e na implantação de ações médicas para o seu controle. Para além de sua atuação na criação de instituições voltadas para a doença, seu cuidado na guarda de documentos e informações sobre a história da cancerologia no País foi de fundamental importância para o resgate da história social desta doença no País.

Mário Kroeff nasceu em 13 de outubro de 1891, na pequena cidade de São Francisco de Paula de Cima da Serra, no Rio Grande do Sul. Após terminar o ensino médio, matriculou-se no curso de medicina em Porto Alegre, em 1910, transferindo-se dois anos mais tarde para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na qual se formou em 1915. Em suas memórias, contadas no livro *Imagens do Meu Rio Grande*, ele relembra que iniciou sua vida profissional em Campos Novos, em Santa Catarina, onde foi clinicar para pagar as dívidas adquiridas nos anos de formação universitária. No pequeno vilarejo exerceu a clínica por um curto período, transferindo-se em 1917 para a cidade de Brusque, em Santa

Catarina. Em Brusque passou a clinicar para a colônia alemã, dando consultas na língua nativa de sua clientela. Ansioso de voltar à efervescência cultural da capital gaúcha, Kroeff retornou para Porto Alegre já no ano seguinte, ingressando na Assistência Municipal, onde trabalhou como médico por alguns anos.

Em 1917, Kroeff voltou ao Rio de Janeiro, com o objetivo de se alistar no Corpo de Saúde da Armada. Naquele momento a Primeira Guerra Mundial incendiava a Europa, e o Brasil, vivendo uma onda nacionalista, amplificada pelo torpedeamento de navios nacionais por submarinos alemães, se preparava para entrar no conflito em apoio aos aliados. Na Europa as tropas brasileiras, participariam principalmente de missões de apoio médico e fornecimento de matérias-primas aos batalhões aliados. Em um de seus batalhões estava o 1º tenente médico Mario Kroeff, encarregado inicialmente da missão de manter um hospital de campanha no interior da França. Posteriormente Kroeff seria deslocado para Tours, onde trabalhou no serviço de cirurgia, atendendo a prisioneiros alemães, e para Paris, onde chefiou uma enfermaria no “Hôpital Brésilien”.

Com o fim da guerra, Mario Kroeff retornou ao Rio de Janeiro, onde foi admitido por concurso para o cargo de subinspetor sanitário, sendo logo designado diretor do Dispensário Central de Doenças Venéreas. Seu interesse pelo tema o fez retornar à Europa em 1924, numa

comissão governamental para estudar a Organização da Luta contra a Sífilis e as Doenças Venéreas. Foi nesta viagem que Kroeff voltou seu interesse para o tratamento cirúrgico do câncer, em particular para as cirurgias feitas com uma nova tecnologia que utilizava a eletricidade para aquecer o bisturi e cauterizar os tumores e tecidos afetados. Trabalhando na enfermaria do Cirurgião Brandão Filho, na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Kroeff se especializaria na eletrocirurgia, obtendo sucesso em complicadas cirurgias de tumores que dificilmente chegariam a bom termo com a utilização de outras técnicas cirúrgicas. Depois de publicar diversos trabalhos sobre o tema, Kroeff fez concurso para livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com uma tese intitulada “Diatermo Coa-

gulação no Tratamento do Câncer”. Aprovado, continuou a trabalhar com o tema na Clínica Cirúrgica.

Na década de 1930, Mario Kroeff estava imbuído da importância do diagnóstico precoce do câncer, do papel positivo da cirurgia em grande parte dos casos e dos ascendentes sucessos da radioterapia. Com o objetivo de reunir esses recursos em uma mesma instituição, ele lutaria firmemente pela implantação de um hospital contra câncer no Rio de Janeiro. Depois de um intenso trabalho de convencimento das autoridades políticas e de diversos avanços e reveses, o então presidente Getúlio Vargas criou um centro de cancerologia no então Distrito Federal e convidou Kroeff para dirigi-lo em 1937. À frente do centro, Kroeff colocaria em marcha uma verdadeira cruzada contra o câncer baseada no atendimento



Mario Kroeff na ambulância do pronto-socorro, como interno em 1915

aos doentes, na busca de amparo social aos incuráveis e principalmente na propaganda para o diagnóstico precoce da doença.

A ação de Kroeff na busca de uma resolução para o problema do câncer no País e, em particular, sua atuação na criação do Instituto de Cancerologia fizeram com que a Academia Nacional de Medicina o recebesse como membro em 1940. No ano seguinte, o Governo federal tornaria o grande sonho de Kroeff em realidade ao transformar o Centro de Cancerologia em um serviço de âmbito nacional a ser por ele dirigido. O Serviço Nacional de Câncer (SNC) era o órgão central da política de controle da doença, cabendo-lhe o papel de organizar, orientar, fiscalizar e executar, em todo o país, as atividades relacionadas ao Câncer. Na direção do SNC, Kroeff se

transformaria em um arauto da prevenção como a atividade central em relação à doença, sendo responsável pela elaboração de diversas exposições, programações radiofônicas e mesmo um filme que buscava levar ao público as informações necessárias sobre as formas de se proteger da doença.

Em suas preocupações somavam-se à prevenção e ao tratamento a atenção social aos incuráveis. Com esse objetivo, reuniu fundos e conseguiu criar um Hospital Asilo para os Cancerosos Incuráveis, inaugurado no bairro da Penha em 1944 – hoje Hospital Mario Kroeff – e trabalhou continuamente para a melhoria das condições do Hospital do Câncer.

Kroeff dirigiu o SNC até 1954. Mesmo afastado do cargo administrativo, continuou a atender às solicita-



Corpo clínico e auxiliares da 15ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, 1934

ções dos serviços que necessitavam de seus conhecimentos sobre a doença. Mario Kroeff faleceu em 23 de dezembro de 1983, em Vassouras, no Estado do Rio de Janeiro, tendo sido sepultado nessa mesma cidade.

A criação do Instituto de Cancerologia

O I Congresso Brasileiro de Câncer, ocorrido na capital federal, em novembro de 1935, havia deixado a doença ainda mais em evidência no meio médico, entre as autoridades e na imprensa; afinal uma grande quantidade de especialistas havia vindo à cidade discutir o novo problema nacional e as possíveis formas de combatê-lo. O próprio ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, tinha aberto o Congresso, no qual seu escudeiro, João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, apresentou o projeto oficial de combate à doença. No ano seguinte, esse clima permaneceria vivo no Distrito Federal, principalmente em virtude de dois acontecimentos, o primeiro deles foi mais uma visita do cirurgião alemão Franz Keysser à cidade. Como já observamos, Keysser tinha

desenvolvido potentes máquinas de eletrocirurgia e aperfeiçoado suas formas de utilização. Em 1931, ele havia escrito o livro *Die Elektrochirurgie*, sobre a nova técnica, e corria o mundo divulgando seus saberes e vendendo seus instrumentos. Embora ele já tivesse vindo ao País outras vezes, o clima pró- germânico vivenciado no período fez com que sua visita – ocorrida em agosto de 1936 – fosse tratada como um grande acontecimento; o médico foi notícia em diversos jornais e chegou a ser condecorado pelo próprio Getúlio Vargas com a Ordem do Cruzeiro (Kroeff, 1947).

A visita do alemão virava os holofotes da mídia também em direção a Kroeff, já apontado pela imprensa como seu continuador. Na verdade, Keysser tinha em Kroeff seu principal aliado na propaganda de sua aparelhagem de eletrocirurgia. Assim suas declarações à imprensa sempre colocavam em primeiro plano o colega brasileiro, que, por seu turno, também elogiava o trabalho do alemão num processo de valorização recíproca que favorecia o alcance dos objetivos de ambos. Poucos meses depois da visita de Keysser, Kroeff voltava a ser manchete na imprensa em virtude do lançamento de seu livro sobre a eletrocirurgia. *Tratamento do Câncer pela*

- Idealizador, Fundador e 1º Diretor do Serviço Nacional de Câncer (1938 -1954)
- Membro Titular da Academia Nacional de Medicina - ocupando a cadeira nº 27
- Fundador e Ex-Presidente da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos
- Diretor-Executivo da Fundação Napoleão Laureano
- Fundador e Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Cancerologia
- Fundador e Ex-Diretor da *Revista Brasileira de Cancerologia*
- Ex-Presidente do Conselho Administrativo do Hospital dos Servidores do Estado
- Co-Fundador do Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- Livre-Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Comendador da Ordem do Mérito



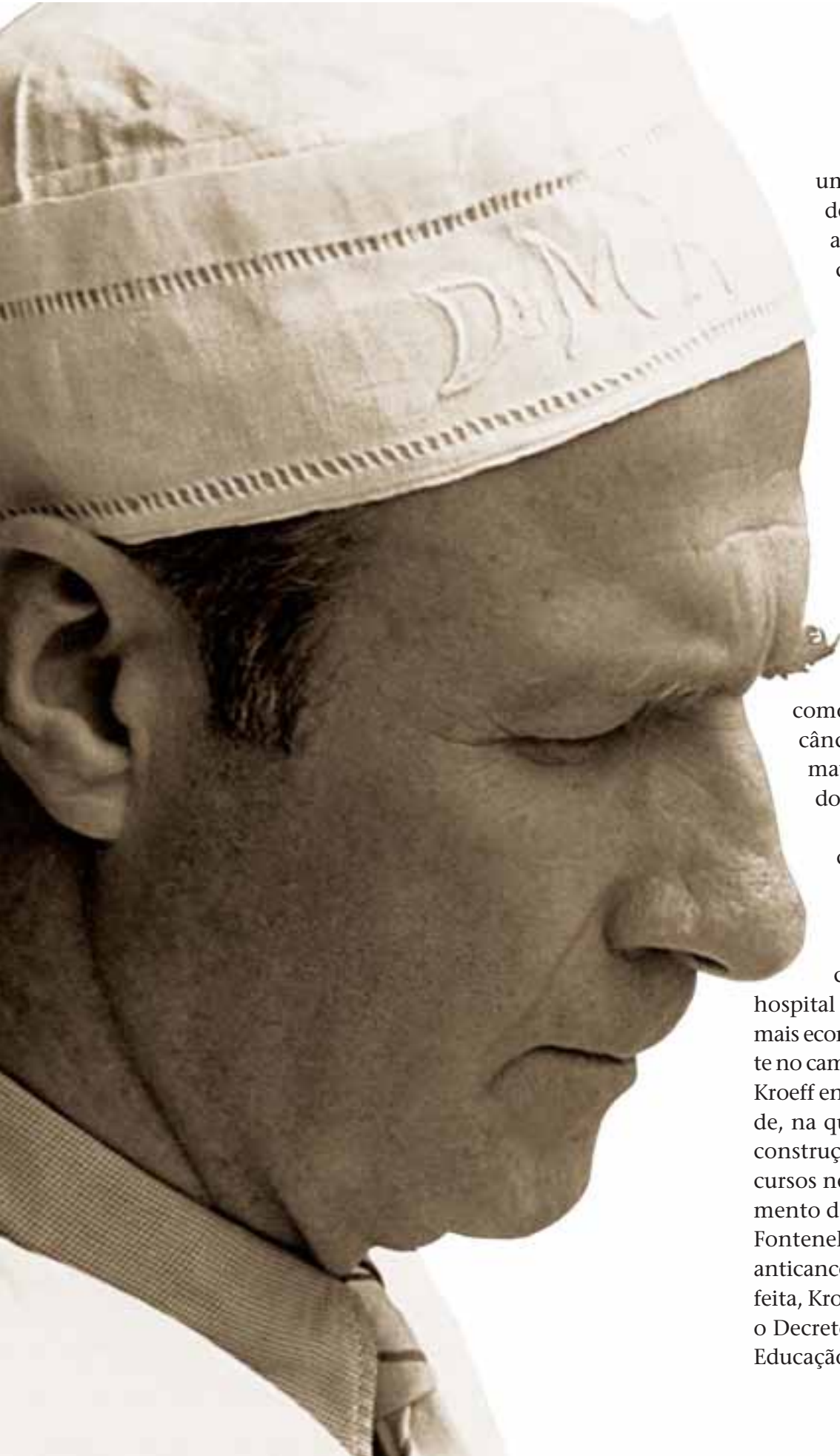
Eletro-cirurgia era uma obra de divulgação baseada em sua tese de livre-docência, que explanava diversos aspectos desse tipo de cirurgia e sua importância nos tratamentos de câncer. Tal qual a visita do alemão, o livro de Kroeff fez grande sucesso, sendo comentado em diversos jornais e merecendo grandes elogios da classe médica em seus periódicos.

O sucesso da eletrocirurgia e o reconhecimento de Kroeff chamaram a atenção do inspetor dos centros de saúde do Distrito Federal, José Paranhos Fontenelle, que resolveu aproximar a profilaxia do câncer ao rol de ativi-

dades executadas nos postos de saúde. Da mesma forma que Barros Barreto, Fontenelle tinha se especializado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, se tornando apóstolo do modelo americano de saúde pública. Sua formação o transformara num dos principais defensores do sistema distrital baseado em postos de saúde descentralizados e direcionados a uma ação preventiva, educativa e multiprofissional. Como inspetor destes centros no Distrito Federal, ele se empenhava em ampliar e tornar eficiente a ação destas unidades. Com esse objetivo, convidou Kroeff para elaborar



Primeira sede do Centro de Cancerologia, 1938



um plano para a instalação de um ambulatório de cancerologia para funcionar como um anexo ao posto de saúde de nº4, na rua Camerino, no centro do Rio.

Kroeff, aproveitando a chance que se apresentava, formatou sua proposta como um libelo em favor da luta contra o câncer no País, mostrando que a criação de um serviço anexo ao posto de saúde só faria sentido se fosse relacionada à criação de um centro de cancerologia bem equipado, no qual os doentes, após o diagnóstico, pudessem ser tratados de forma adequada. Com astúcia e perspicácia, Kroeff aproximava sua proposta dos anseios dos líderes da saúde pública. Em lugar de postular somente a ampliação da técnica cirúrgica que o notabilizara, agora ele apostava na criação de um centro de cancerologia que também tivesse como base a radioterapia e a propaganda contra o câncer. Na verdade, era esse fator que mais aproximava sua proposta à da liderança da saúde pública do período.

Sua estratégia surtiu algum efeito, pois em dezembro de 1936 já estava em construção um novo pavilhão, no Hospital Estácio de Sá, para hospitalização de cancerosos. Seguindo a diretriz apontada por Barros Barreto, em 1935, o centro deveria fazer uso dos diversos serviços do hospital e de outras instituições, se instituindo da forma mais econômica possível, com serviços exclusivos somente no campo da radioterapia e cirurgia. Nesse mesmo mês, Kroeff enviaria uma carta ao ministro de educação e saúde, na qual já previa a transformação do pavilhão em construção num centro de cancerologia dotado dos recursos necessários para profilaxia, diagnóstico e tratamento da doença. Sua missiva relatava a solicitação de Fontenelle e trazia em anexo sua proposta para a ação anticancerosa em comum com os postos de saúde. Desta feita, Kroeff alcançaria seu objetivo. Em janeiro de 1937, o Decreto-Lei nº 378, que reformulava o Ministério da Educação e Saúde Pública, criava um instituto de câncer

no âmbito do Distrito Federal. Surgia o Centro de Cancerologia, embrião formador do atual Instituto Nacional de Câncer.

O pleito de Kroeff se frutificaria num solo adubado pelo processo de mudanças que vinha ocorrendo no âmbito da saúde pública. Os primeiros anos do governo de Getúlio Vargas haviam sido de inoperância nesse campo. As dificuldades econômicas derivadas da crise mundial deflagrada com a queda da bolsa em 1929 e a instabilidade política relacionada a diversidade de interesses a serem acomodados no Governo fizeram que em todo o período do governo provisório pouco fosse feito em re-

lação à saúde pública. A partir de 1935, essa situação havia mudado com a retomada das campanhas que tinham sido paralisadas e a implantação de novas ações. O auge desse processo se daria em janeiro de 1937, com a reforma do ministério, promovida pelo ministro Gustavo Capanema. Com a reformulação, o Ministério da Educação e Saúde Pública passou a chamar-se simplesmente Ministério da Educação e Saúde (MES) e teve modificados sua estrutura e funcionamento. Uma das marcas dessa reforma foi a busca de maior controle central das atividades de saúde. A outra novidade era a maior atenção aos serviços hospitalares do Distrito Federal. Num con-



Edificação que abrigou o Centro de Cancerologia entre 1943 e 1946

texto de valorização das camadas médias urbanas e dos trabalhadores do mercado formal, o Governo criava no Distrito Federal um serviço de assistência hospitalar congregando os hospitais Estácio de Sá, São Francisco de Assis e Pedro II. Foi justamente no âmbito desse serviço que a lei previa a criação de um centro de cancerologia destinado à profilaxia e ao tratamento do câncer anexo ao Hospital Estácio de Sá, no Distrito Federal.

A criação do Centro de Cancerologia não se enquadraria nas diretrizes do projeto da saúde pública em relação à doença, esboçado por Barros Barreto, diretor do DNSP, no I Congresso Brasileiro de Câncer em 1935. Naquele momento, Barreto previa a criação de um instituto do câncer pela articulação de vários serviços existentes em diversas instituições do Distrito Federal. No entanto, o empenho de Kroeff junto aos membros do governo, sua estratégia de mostrar a importância de criação de um centro anticanceroso como suporte à ação profilática contra a doença a ser efetuada nos postos de saúde e a necessidade de leitos para os acometidos modificaram a proposta inicial da saúde pública.

Após a publicação da lei criando o Centro de Cancerologia, o pavilhão em construção no Hospital Estácio de Sá recebeu novos recursos que permitiram o término das obras em maio de 1937. Seu serviço técnico contaria com 40 leitos, um ambulatório, salas de cirurgia, de curativos e esterilização, aparelhagem de radio-diagnóstico de radioterapia, se caracterizando como um pequeno centro de tratamento (Kroeff, 1947). Em dezembro de 1937, em meio às tensões sociais e políticas que cercaram a instauração da ditadura do Estado Novo por Getúlio Vargas, a Portaria nº 158, do Ministério da Educação e Saúde, designou Kroeff para a diretoria do Centro de Cancerologia. O Centro foi inaugurado em 14 de maio de 1938, pelo presidente Getúlio Vargas, com a presença de Gustavo Capanema, ministro da Educação e Saúde, e de Barros Barreto, diretor de seu Departamento de Saúde.

O discurso de Kroeff na solenidade de inauguração informava o perfil que ele daria à instituição. Ele começava afirmando que o Centro não era um depósito de

incuráveis, mas sim um espaço de cura em consonância com os avanços médicos no conhecimento sobre o câncer. Nesse sentido, os trabalhos a serem desenvolvidos na nova instituição teriam como lema a idéia de que o câncer é curável, desde que tratado precocemente. No seu jargão de antigo combatente, agora apropriado ao Estado ditatorial recém-instaurado, informava que as armas a serem usadas contra a doença seriam a eletrocirurgia, a radiologia e a radioterapia, permanecendo essa última no aguardo da aquisição de maiores quantidades de rádio para o tratamento simultâneo de um maior número de doentes. Também citava seus principais colaboradores na nova empreitada, entre eles destacava-se o cirurgião Alberto Coutinho, professor da Faculdade de Medicina e antigo colega de Kroeff na enfermaria de Brandão Filho na Santa Casa da Misericórdia. A parte mais interessante de sua peça de oratória mostrava que a unidade inaugurada estava muito aquém dos objetivos de seu criador, mas era o primeiro passo no sentido de criação de uma estrutura hospitalar contra a doença. De forma profética, Kroeff afirmava:

“Somos acanhados em face da grandeza da missão a cumprir. Mas, este pequeno hospital, pequenino mesmo, crescerá por certo pelos benefícios que há de prestar. É a primeira pedra lançada, na construção do grande edifício; será o núcleo em torno do qual virão se juntar novas ampliações. Os trabalhadores desta casa serão, por certo, substituídos por outros de amanhã, dotados talvez de maiores aptidões.

Compreendemos bem que uma organização dessa natureza, só pelo nome que traz, assume graves compromissos, até fora da nossa vida interna. Pesa-lhe a responsabilidade patriótica de manter acesa e profícua a colaboração internacional e corresponder no intercâmbio científico às suas congêneres estrangeiras” (Kroeff, 1947:68).

Após a inauguração, o Instituto não começou logo a funcionar, mas, mesmo antes de entrar em atividade, Kroeff saiu a campo para formatar sua proposta de atuação e obter recursos suplementares para colocá-la em prática. Uma de suas primeiras iniciativas foi reunir a imprensa da capital federal para divulgar o trabalho a ser desenvolvido no centro e pedir a colaboração para



Mario Kroeff
e equipe de
enfermagem
do Centro de
Cancerologia

uma campanha de propaganda contra a doença. Tirando proveito do interesse da imprensa pela fundação do Centro, ele pretendia usar o poder de fogo dos jornalistas em favor da propaganda pelo diagnóstico precoce. Uma outra importante iniciativa foi dirigir-se ao grupo de médicos que liderava a fundação que pretendeu criar um hospital contra o câncer no Rio de Janeiro para homenagear a memória de Oswaldo Cruz, e lhes solicitar os terrenos que a fundação tinha obtido para a construção do hospital. Os recursos provenientes da alienação desses terrenos seriam usados por Kroeff numa viagem de estudos aos Estados Unidos e na compra de rádio para Centro de Cancerologia.

Reuni os jornalistas, numa entrevista coletiva, pra pedir a colaboração da imprensa na campanha contra o câncer, ora iniciada pelo governo, com a criação do Instituto de cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. O papel da imprensa pode ser nesse sentido de capital importância (...)

Como o grande público nada sabe a respeito da doença, cumpre-nos a tarefa de difundir largamente certas noções práticas de cancerologia, por meio de conselhos e pequenas notícias publicadas em jornais, em cartazes sugestivos, pregados pelos muros, em folhetos, distribuídos a granel, em conferências populares, em palestras pelo rádio, etc., etc., para assim, atrair os doentes a exame e tratamento.(...)

A profilaxia do câncer fica sendo assim, em última análise uma questão de propaganda. A imprensa poderá desempenhar relevante serviço educacional e sanitário, se quiser colaborar conosco, com o Centro de Cancerologia, onde se encontram agora reunidos, os meios clássicos de tratamento, para a grande massa popular. (Kroeff, 1947: 285).

O Centro de Cancerologia do Hospital Estácio de Sá começaria a funcionar efetivamente no segundo semestre de 1938, após a obtenção de um crédito especial do ministério para atender às suas necessidades mais prementes e à contratação de pessoal técnico. Logo seus leitos foram ocupados, foi dado início às cirurgias e implementadas atividades de capacitação dos profissionais. Ainda em 1938, Kroeff traria ao Centro de Cancerologia o médico alemão Wisswange, especialista em radioterapia, que estava na Argentina proferindo pales-

tras sobre sua especialidade. Sua vinda fazia parte de um projeto de Kroeff de estreitar os laços com a comunidade científica alemã que na época vinha se notabilizando no desenvolvimento de técnicas de tratamento da doença. No Centro de Cancerologia, Wisswange ministrou um curso sobre radioterapia aberto a todos os profissionais interessados no assunto. O novo espaço institucional também funcionaria como vitrine da atuação anticancerosa e como ponta de lança para a colocação em marcha de outras iniciativas voltadas para o combate à doença. Um bom exemplo disso foi a criação da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos e seu hospital para cuidados paliativos no subúrbio carioca da Penha Circular, posta em marcha por Kroeff e seus colaboradores a partir de uma visita da primeira-dama Darcy Vargas ao Centro de Cancerologia (Kroeff, 1947).

Figura central na criação do Centro de Cancerologia e, de forma mais ampla, em todo o processo de desenvolvimento de uma política de controle do câncer no País entre o final dos anos 1920 e a década de 1950, Mario Kroeff foi bastante perspicaz para compreender as mudanças que vinham ocorrendo em relação à prevenção e ao tratamento do câncer no período, e para reformular suas concepções iniciais sobre o tema. Se, no início de sua carreira de cancerologista, suas propostas para o controle do câncer no País apregoavam quase que exclusivamente a maior utilização da eletrocirurgia, com o passar dos anos elas passaram a ter como base a criação de uma rede de instituições que tratassem os doentes com o conjunto de tecnologias que a medicina oferecia, implementassem campanhas publicitárias em relação à necessidade de diagnóstico precoce e que também pudessem oferecer cuidados paliativos para os desprovidos de recursos. Com esse propósito, ele moveu uma luta particular para ampliar as iniciativas de controle da doença, tanto no âmbito da instituição que dirigia como fora dela. No entanto, nem sempre suas iniciativas frutificaram rapidamente, muitas vezes injunções diversas fizeram com elas tivessem de ser adiadas ou reformuladas. Assim seria com o próprio Centro de Cancerologia.

Pouco tempo depois de iniciadas as atividades do

Centro de Cancerologia, ele sairia da órbita do Ministério da Educação e Saúde. Em 11 de janeiro de 1939, um contrato efetivava a transferência dos hospitais que compunham a Diretoria de Assistência Hospitalar do Distrito Federal para os serviços de saúde da prefeitura do Distrito Federal. Embora essa mudança se inscrevesse no âmbito mais geral de acertos políticos entre o executivo federal e a prefeitura do Distrito Federal, e objetivasse principalmente descentralizar a ação do poder público nessa área, a medida atingia diretamente o Centro de Cancerologia. Ele havia sido pensado por seu diretor como um projeto de âmbito nacional, ponta de lança para um controle mais efetivo da doença no País, e repentinamente transformava-se numa instituição oficialmente voltada para o atendimento dos acometidos por câncer na capital da República. Esse contratempo, no en-

tanto, não poria abaixo a formulação inicialmente pensada; em pouco tempo o projeto nacional se tornaria uma realidade com a criação do Serviço Nacional de Câncer.

A Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos

No discurso de inauguração do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1938, Mario Kroeff já assinalava a importância de criação de um novo estabelecimento voltado para os doentes incuráveis:

“Um asilo destinado a atenuar as penas dos desenganos, proporcionando-lhes uma morte suavizada com assistência afetiva na dor física e moral, há de surgir naturalmente à margem desse centro, talvez pela iniciativa privada, que entre nós sempre encontra quem se compadeça



Assembléia de fundação da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, sob a presidência de Darcy Vargas (ao centro) 27-06-1939

dos náufragos da sorte. (...) Por menos de meia dúzia de contos mensais, quem quisesse ter um gesto de caridade evangélica proporcionaria hospitalização para 30 desses desenganados pela ciência, que não requerem mais do que assistência afetiva e alívio para o sofrimento” (Kroeff, 1947:73).

Sua preocupação com os incuráveis vinha de longa data, pois, segundo ele, doía no coração ter que rejeitar pacientes por estarem em estágio tão avançado que não permitia um tratamento médico eficaz. Menos de um ano depois de criado o Centro de Cancerologia, Kroeff saíria em campo para tornar seu objetivo realidade. Para tanto deu a maior publicidade possível a sua causa, passando a mencioná-la em todas as entrevistas que dava aos jornais. Aproveitando-se de uma visita da primeira-dama, Sra. Darcy Vargas, ao Instituto, convenceu-a a prestar

apoio à sua iniciativa. Logo estava na Sociedade Sul-Riograndense, cercado de senhoras dispostas a auxiliá-lo em sua empreitada, sendo que a Sra. Vargas, no seu papel de patronesse mor da República, tornou-se presidente de honra da associação criada para angariar fundos para a nova instituição.

Organizada como as outras instituições filantrópicas do período, a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos era composta por vários sócios, que, mensalmente, contribuía financeiramente para a consecução do objetivo da associação. Sua especificidade era a colaboração com o Centro de Cancerologia, prevista como sua principal atividade em seus estatutos. Com a ajuda de Darcy Vargas e, principalmente, de Antonio de Almeida Gonzaga, a associação conseguiu adquirir um antigo prédio no subúrbio da Penha Circular que foi adap-



Edificação primitiva do asilo de incuráveis da Penha

tado para receber os doentes incuráveis desprovidos de recursos. As palavras de nosso empreendedor mostram como foi finalizada a aquisição do imóvel que viria a ser o asilo e posteriormente abrigar o novo hospital.

“O acaso aproximou-me do primeiro benfeitor, Antonio Almeida Gonzaga Jr. Pedi-lhe uma casa apropriada para os cancerosos que não tinham teto onde morrer. Ofereceu-me prontamente um prédio na Rua André Cavalcante. Julgando-o inadequado às finalidades previstas, propus vendê-lo ao próprio doador. A resposta foi curiosa: – ‘Quanto você quer por minha casa?’ – ‘Cem contos’, respondi. – ‘Está fechado o negócio, não precisa de escritura, porque a propriedade se acha em meu nome’. E deu-me um cheque sem pechinchar. Com esse dinheiro, a Associação comprou, em agosto de 1943 um velho casarão isolado, no centro de vasto terreno, à Rua Magé 326, na Penha Circular. Ali, em 2 de fevereiro de 1944 foram inter-

nados os primeiros asilados” (Kroeff, 1971:274).

Inaugurado o asilo, a direção técnica foi confiada a Kroeff, que passou a acumular essa função com a de diretor do Serviço Nacional de Câncer (SNC). Era uma instituição privada e filantrópica, destinada a auxiliar o sistema de saúde, recebendo doentes incuráveis e, assim, desfogando os hospitais gerais. Inicialmente o asilo ocupou uma antiga construção já existente, que foi reformada para abrigar 15 leitos. Acabadas as festividades, o incansável Kroeff se voltou para uma nova empreitada. Agora objetivava obter rapidamente financiamento da prefeitura do Distrito Federal, da Legião Brasileira de Assistência e do próprio SNC para a manutenção do asilo, que até então, era feita somente com os donativos privados. A partir de 1945, seus objetivos começam a



Construção do Hospital dos Cancerosos, anexo ao Asilo da Penha, 1954.

serem encaminhados, mas ainda por meio da iniciativa filantrópica. Com a ajuda financeira do comendador José Martinelli, Kroeff consegue erguer dois pavilhões ao lado do prédio principal e um necrotério. No ano seguinte, com a morte do industrial, a fundação herda novos recursos, que lhe permitem ir aos poucos ampliando o número de internações.

Tanto Kroeff, como Alberto Coutinho, que o substituiria na direção do asilo a partir de 1949, achavam que a instituição deveria se complementar com um hospital para cancerosos erguido na mesma propriedade. Assim, com as rendas da associação e auxílios governamentais do SNC, começou-se, ainda em 1949 a construção do novo hospital. Em 1952, a associação moveria uma grande campanha para a sua finalização, que contou com o apoio da imprensa, de diversas instituições filantrópicas, de representantes de nossa elite econômica e, também, da população. A soma dos recursos auferidos permitiu que dois anos depois fosse inaugurado o novo hospital, agora voltado para o tratamento mais geral da doença.

Em 1954, o hospital passou a denominar-se Hospital Mario Kroeff. Em tom de brincadeira, Kroeff atribuiu a homenagem ao fato de ele ter precisado fazer uma repentina viagem aos Estados para tratar de um grave problema de saúde. Na sua ausência, os dirigentes da Associação, querendo homenageá-lo e vislumbrando seu possível desenlace, resolveram rebatizar o hospital com seu nome (Kroeff, 1971). A partir da década de 1970, o Hospital Mario Kroeff passou a ter parte de suas rendas provenientes das internações pagas pela previdência social. Hoje ele se volta para diversos campos das atividades médicas, mas se mantém fiel a sua especialidade de centro de referência no tratamento do câncer. Ainda mantido pela Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos (ABAC), atende diariamente entre 150 e 200 pessoas, provenientes em sua maior parte das regiões mais carentes da cidade e de cidades próximas ao Rio de Janeiro. A grande maioria de seus leitos está voltada a atendimento ao SUS, que garante grande parte dos seus recursos, ainda complementados pela iniciativa filantrópica (<http://www.mariokroeff.org.br>).

70



Mario Kroeff mostrando o aparelho de eletrocirurgia à primeira dama, Sra. Darcy Vargas



Mario Kroeff em visita ao Hospital dos Cancerosos da Penha

MARIO KROEFF E A CRIAÇÃO DE UM ESPAÇO PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER NO DISTRITO FEDERAL



Visita ao Hospital dos Cancerosos da Penha, 1943



Natal no Asilo da Penha, 1953



"Ao despedir-se, o Presidente acaricia meus filhos; Marina e Mariozinho".
No fundo, João Pinheiro Filho (Mario Kroeff, sd)



CAPÍTULO

5

O Serviço Nacional de Câncer e a institucionalização da política de controle do câncer no Brasil (1940-1960)

Os primeiros passos do Serviço Nacional de Câncer

Em novembro de 1937, pouco antes da criação do Instituto de Cancerologia, a pretexto de um pretenso golpe planejado por comunistas, o então presidente Getúlio Vargas fechou o Congresso Nacional e iniciou um período ditatorial que ficou conhecido como Estado Novo. O País começaria a viver um momento autoritário em que as aspirações republicanas de caráter liberal e federativo foram abafadas pelo ideal de um poder central forte, no qual o Governo, amparado por interventores estaduais, colocava em prática uma política centralizada com pinceladas fascistas. Seguindo essa diretriz, foi concebido um perfil centralizado para a saúde pública, que tomava por base a intensificação do poder normativo do ministério em relação às ações estaduais (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

A centralização da política de saúde era o pré-requisito para pôr em prática de um segundo objetivo: a ampliação de seu raio de ação. Agora, elas deveriam ultrapassar os limites das grandes cidades e favorecer a maior integração das diversas regiões do País. A implantação desse novo modelo era justificada pela demanda de agências internacionais – como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – que começavam a ampliar suas atividades na América Latina e pregavam a maior norma-

tividade das ações de saúde como garantia de sua maior eficiência (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Nesse contexto, a demanda pela ampliação das iniciativas de combate ao câncer para o âmbito nacional postulada por dirigentes da saúde pública, desde meados dos anos 1930, tomaria um novo rumo. Ainda em 1939, Kroeff reforçava essa idéia, ao sugerir a transformação do Centro de Cancerologia que criara na capital federal numa instituição nacional.

“Figurando a profilaxia e o tratamento do câncer entre as capitais questões sanitárias do País, como o impaludismo, a lepra, a febre amarela, é imprescindível que esteja à sua frente um organismo centralizador do Governo federal, destinado a estabelecer normas gerais de natureza teórica e prática, para orientar a campanha contra o câncer, promover a educação popular, formar técnicos, realizar cursos e extensão universitária, purgar pela obtenção dos custosos aparelhos fisioterápicos, raios x, rádio etc., que, ao lado da cirurgia, constituem o recurso necessário à luta anticancerosa” (Kroeff, 1947:115).

Apesar do empenho de Kroeff e de seus seguidores para a implantação de um serviço de atuação nacional contra o câncer, o Governo por muito tempo relutou em criá-lo. Para o Ministério da Educação e Saúde, o problema do câncer podia ser tratado em três esferas diferenciadas, e nenhuma delas demandava a criação de uma instituição nos moldes de um centro de cancerologia de

abrangência nacional. No entender do ministro Capanema, se o problema do câncer estava relacionado à pesquisa científica, deveria ser sanado com a criação de uma seção no Instituto Oswaldo Cruz, voltada prioritariamente para pesquisas nessa área. Se estivesse afeito à formação de pessoal técnico, o ideal seria a criação de cursos de cancerologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Se a questão tivesse como principal aspecto a assistência, a orientação do Governo era deixar esse setor nas mãos dos governos estaduais e das instituições filantrópicas.

No entanto, a resistência do governo na criação de um instituto para o câncer seria ultrapassada pelo processo de transformações das políticas do setor saúde, possibilitando uma solução de consenso que recolocariam a doença no âmbito federal. Em 1941, uma nova reforma da saúde, de cunho ainda mais centralizador, reorganizava o Departamento Nacional de Saúde instalando 13 serviços nacionais, todos relacionados ao controle de doenças específicas que na época se mostravam prioritárias (Decreto lei nº 3.643, de 23 de setembro). Todos os Serviços Nacionais, então instituídos, tinham sua equipe exclusiva nos estados, normas e orientações específicas, e disputavam entre si os recursos financeiros que, dependendo da conjuntura sanitária, eram mais ou menos concentrados nas ações de erradicação ou controle de uma determinada doença. Os serviços deveriam atuar em conjunto com as delegacias federais e com os órgãos locais, mas, em verdade, cada um deles era uma instância de poder burocrático em disputa permanente com os demais (Fonseca, 2007). Entre esses serviços, estava o Serviço Nacional de Câncer. A criação de um serviço nacional voltado para o controle da doença, embora gerasse um perfil institucional diferenciado do previsto por Kroeff, à medida que buscava ações locais – governamentais e filantrópicas –, em detrimento da maior valorização de um instituto central para a realização de ações contra a doença, acabaria por lhe permitir pôr em prática seu projeto de ampliação das ações contra a doença.

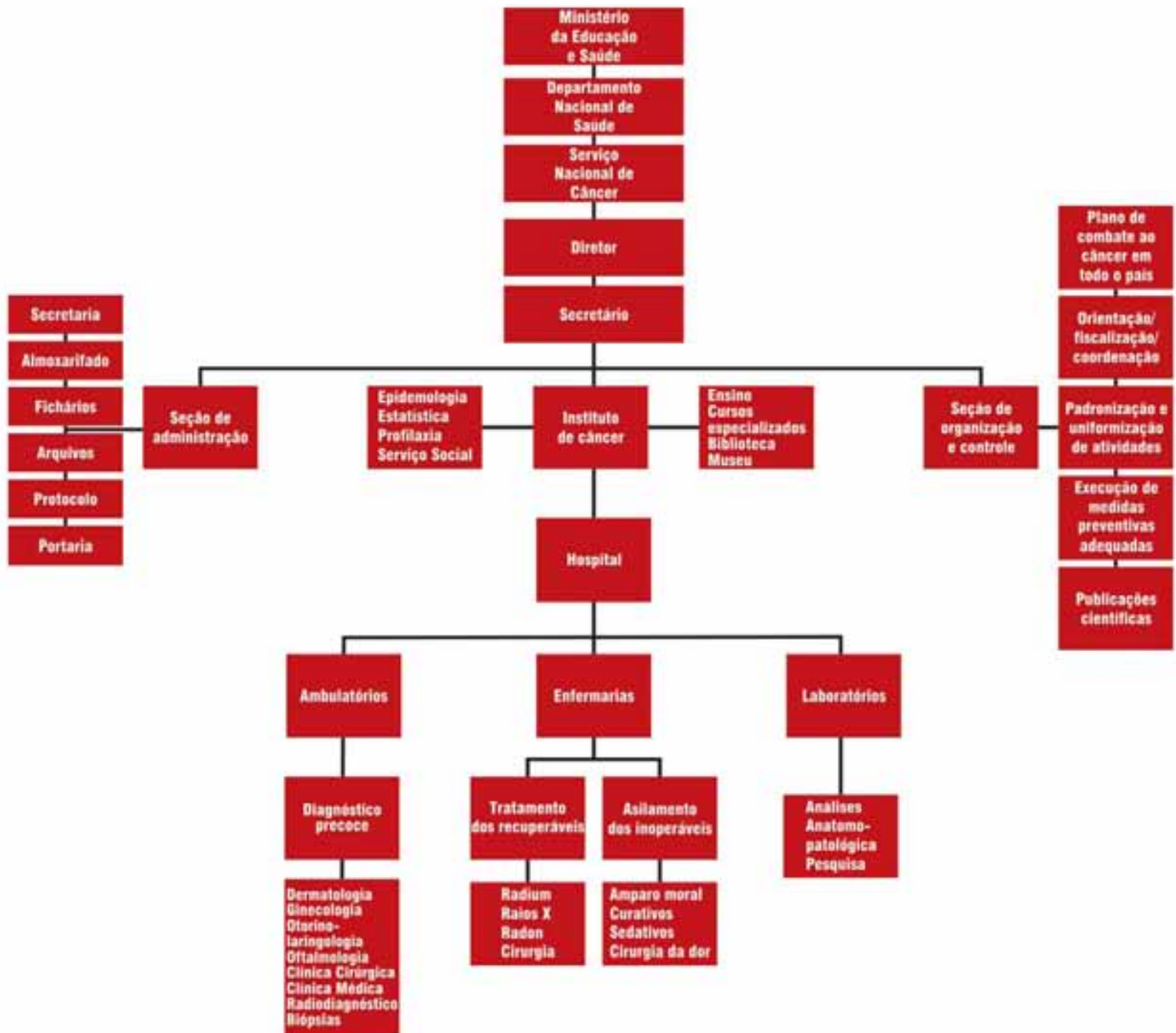
O Serviço Nacional de Câncer incorporava definitivamente o câncer na pauta das ações de saúde pública.

Com poderes normativos e supletivos em todo o território nacional, o Serviço era mais uma das ações da política centralizadora do Estado Novo. Muito mais do que a idéia de um centro de pesquisas clínicas e assistência aos doentes, o Ministério lhe atribuiu um perfil de ponta de lança de uma campanha permanente contra o câncer, voltada prioritariamente para os estudos epidemiológicos, para a prevenção, baseada na propaganda dirigida ao diagnóstico precoce e para o auxílio federal a iniciativas locais de criação de unidades de tratamento de doentes (Capanema, 1941).

O Decreto que criou o Serviço Nacional de Câncer em seu artigo 2º dispunha que ele teria como objetivo orientar e controlar em todo o País a campanha contra o câncer, tendo suas ações centradas em cinco pontos principais: a investigação sobre a etiologia, a epidemiologia, a profilaxia, o diagnóstico e a terapêutica da doença; a execução de ações preventivas de natureza individual e coletiva; a propaganda das práticas dos exames periódicos de saúde para obtenção do diagnóstico precoce; o tratamento e vigilância dos recuperados; e o internamento dos cancerosos necessitados de amparo (Brasil, 1941). Essas medidas não ficariam a cargo da ação direta do Serviço; a ele cabia somente coordenar as ações das repartições estaduais, municipais e privadas que atuassem no setor, além de patrocinar a criação de novas instituições voltadas para o câncer. Para efetivar essas ações, a nova legislação estabelecia a criação de um centro de cancerologia no Distrito Federal e também objetivava a cooperação com a Faculdade de Medicina na formação de profissionais para a área, por meio de cursos de especialização em cancerologia. O Decreto ainda fazia menção à criação de uma revista de cancerologia a ser publicada pelo novo serviço.

Na semana seguinte à criação do Serviço Nacional de Câncer, Mario Kroeff foi nomeado seu diretor. Para chefes de serviço foram convidados os médicos Sérgio Lima de Barros Azevedo e Alberto Lima de Moraes Coutinho. O novo serviço foi organizando no Centro de Cancerologia que Kroeff dirigia no Hospital da Estácio de Sá, e contava com 11 médicos assistentes: Luis Carlos

Estrutura do Serviço Nacional de Câncer, 1944



de Oliveira Junior, Jorge Marsilac Motta, Egberto Penido Burnier, Osolano Machado, João Brancroft Vianna, Evaristo Netto Jr., Turíbio Braz, Francisco Fialho, Moacir dos Santos Silva, Antonio Pinto Vieira, Amador Correia Campos. Muitos desses pioneiros cumpriram uma longa carreira no campo da cancerologia, vindo a se transformar nos principais atores do processo de institucionalização dessa área, tanto no que concerne ao seu lado acadêmico, como em relação às políticas de saúde.

Embora instituído com pompa e circunstância, o Serviço Nacional de Câncer (SNC) não teve como iniciar rapidamente o grande conjunto de atividades que seu diretor apregoava como centrais. Em seu primeiro ano de atuação, limitou-se à elaboração de um inquérito epidemiológico sobre a doença nas principais capitais do País e dar continuidade às atividades que já vinham sendo realizadas no Centro de Cancerologia. Apesar da abrangência da legislação que agora sustentava o controle do



“Membros do Corpo Clínico, técnico, de Enfermagem e Administrativo do SNC em 1953” (Mario Kroeff)

câncer, o poder central não atribuiu recursos para uma real expansão das atividades no setor. Na verdade, o Instituto de Câncer, único órgão em funcionamento nessa engrenagem, sofria grandes dificuldades pela falta de recursos e instalações adequadas para desenvolver seus trabalhos.

Em 11 de junho de 1942, Kroeff viajou para os Estados Unidos com o objetivo de estudar a organização contra o câncer daquele país e adquirir rádio para final-



mente dar início às atividades de radiologia no SNC. Neste período, seu assistente Sérgio Barros Azevedo, o substituiu na direção do SNC. A viagem de Kroeff deixaria um vazio em relação à política de câncer, diminuindo a capacidade de seus seguidores em pôr em prática suas demandas frente ao Estado. Dois aspectos ressaltam essa fragilidade: a perda da sede da instituição e a disputa com São Paulo pela elaboração de um projeto nacional de controle do câncer.

Ainda em 1942, o chefe de polícia do Distrito Federal solicitou ao gabinete de Getúlio Vargas um novo hospital para sua corporação. Com seu poder fortalecido em virtude do estado policialesco instaurado pela ditadura, ele não teve dificuldades em conseguir seu pleito. Logo, lhe foram oferecidos os hospitais Pedro Ernesto, em Vila Isabel, e o Hospital Estácio de Sá, que ele achou mais adequado às suas necessidades. A doação do hospital à polícia militar implicava a retirada do SNC do Hospital Estácio de Sá. Para tentar dar uma solução parcial ao problema, o Ministério da Educação e Saúde arrendou um sobrado no centro do Rio para instalação provisória do SNC. O problema é que o velho casarão não era compatível com os serviços a serem instalados e, além do mais, estava caindo aos pedaços. Feita a mudança, muitos aparelhos deixaram de ser utilizados por não terem como ser instalados e o número de leitos teve de ser reduzido. Para complicar ainda mais a situação, as chuvas do verão de 1943 fizeram desabar uma parte da varanda do casarão, dificultando ainda mais os serviços ali realizados. O SNC ficaria por alguns anos nesse estado de penúria, sem ter como ampliar suas funções, de acordo com sua nova missão institucional.

O outro aspecto que mostra a fragilidade do SNC em seus primeiros anos diz respeito ao processo de criação da política nacional de controle do câncer. Criado o Serviço, era necessário um plano para sua atuação, no entanto, ele não foi prontamente demandado ao SNC. Num gesto inesperado – talvez relacionado à tentativa de agradar os paulistas após a demissão do interventor Adhemar de Barros por suspeita de corrupção –, Getúlio Vargas solicitou a Antonio Prudente, fundador da Asso-

ciação Paulista de Combate ao Câncer, a elaboração de um projeto de ação contra a doença em nível nacional. Prudente rapidamente elaborou documento nesse sentido, tomando por base suas propostas, que vinham sendo publicadas em jornais e periódicos científicos desde 1934. O projeto intitulado de Rede Nacional Contra o Câncer previa a criação de 2.352 leitos inteiramente voltados para doentes de câncer, aproveitando a capacidade instalada de diversas instituições do território nacional, os quais ficariam sob a coordenação das faculdades de medicina dos diversos estados. Além disso, previa a criação de um instituto nacional de câncer e de outros centros anticancer nas principais cidades, também ligados às faculdades de medicina. Todo esse aparato teria autonomia administrativa, mas estaria sob controle e fiscalização do SNC.

De pronto, a aparição do projeto de Antonio Prudente criaria um grande mal-estar entre a direção do SNC e o Ministério da Educação e Saúde. Sérgio Azevedo, que substituía Kroeff na direção do Serviço, se apressou em mostrar ao ministro Capanema que grande parte das propostas de Antonio Prudente já estava nos planos dele e de Kroeff. Em pouco ele também elaboraria um projeto de organização para o SNC. Sua proposta, apresentada ao diretor do Departamento Nacional de Saúde, em 5 de janeiro de 1943, tinha como foco a utilização imediata das instituições de combate ao câncer já existentes em São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Bahia e, também, as que estavam em vias de serem inauguradas em Pernambuco e no Ceará. Elas conformariam as bases de uma campanha de controle da doença que, com o tempo, iria se expandindo. Em São Paulo, Sérgio Azevedo apontava a Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho e o Hospital Humberto Primo como instituições aptas a participar dessa rede. Elas deveriam ser complementadas com um instituto de câncer a ser criado com o concurso de verbas estaduais e federais. No Rio Grande do Sul, a ação seria liderada pela Associação Médica de Combate ao Câncer e complementada por postos anexos a hospitais e Santas Casas, a serem criados no interior do Estado. Em Minas, o Instituto do Rádium faria esse papel aglu-

tinador. Na Bahia, a Liga Baiana de Combate ao Câncer estava em vias de criar um centro anticanceroso que deveria fazer parte da campanha. Também nesse estado o Serviço de Radiologia do Hospital Sanatório Espanhol seria utilizado. No Ceará e em Pernambuco, seriam utilizadas instituições hospitalares privadas que se dedicavam ao tratamento da doença.

No que tange à ação a ser desenvolvida, a proposta de Sérgio Azevedo se dividia em três partes, a primeira dedicada à profilaxia; a segunda, ao tratamento; e a última, a estudos e pesquisas. Em relação à profilaxia, seguiam-se os preceitos médicos da época, postulando uma intensa propaganda de esclarecimento sobre a doença. Propunha, também, a capacitação de outros profissionais da saúde para que pudessem auxiliar os médicos no reconhecimento precoce do câncer e a capacitação dos médicos não especializados. Todas essas ações teriam como pano de fundo a criação de cursos de aperfeiçoamento e a concessão de bolsas para médicos que se interessassem em estudar a doença em centros estrangeiros. No que concerne às pesquisas e aos estudos epidemiológicos, previa-se a ação dos institutos, que, além de produzirem trabalhos científicos em seus laboratórios, deveriam se dedicar ao ensino da cancerologia. Por fim, os cuidados paliativos aos desprovidos de recursos deveriam ser efetuados quando possível nos próprios domicílios ou em asilos onde os doentes pudessem ter amparo médico e religioso.

As duas propostas de organização de uma rede de controle do câncer no País eram frutos do desejo da classe médica de implantar uma estrutura adequada de vigilância, prevenção e tratamento aos acometidos. No entanto, o Ministério da Educação e Saúde, naquele momento tinha suas atenções voltadas para outros serviços nacionais dedicados a doenças de maior incidência, como a febre amarela e a malária, e supunha que o combate ao câncer estava relacionado exclusivamente à propaganda e à ação dos estados na hospitalização dos doentes. Por isso, não moveu muitos esforços para viabilizar muitos dos pontos das novas propostas. A criação de um grande número de centros anticancerosos em diversas

localidades e de institutos mais aparelhados nos grandes centros não foi à frente. De forma semelhante, as poucas verbas do Serviço impediram a rápida ampliação das atividades do instituto sede do SNC no Distrito Federal.

O movimento que marcou esse início de atuação do SNC foi a progressiva vinculação de instituições voltadas para a doença existente nos principais estados da federação ao novo serviço, num processo que conformou a então denominada Campanha Nacional contra o Câncer. Em novembro de 1942, a Sociedade de Combate o

Câncer do Rio Grande do Sul se vinculou à Campanha, no ano seguinte foi a vez da Associação Paulista de Combate ao Câncer, em 1944, a Liga Baiana de Combate ao Câncer e o Instituto do Radium de Belo Horizonte também seguiram o mesmo caminho. A incorporação dessas instituições à Campanha Nacional contra o Câncer seria um passo importante na ação nacional integrada contra a doença. A seu modo, cada uma delas desempenhava ações contra a doença: o Instituto de Belo Horizonte, além do tratamento cirúrgico, fazia tratamentos



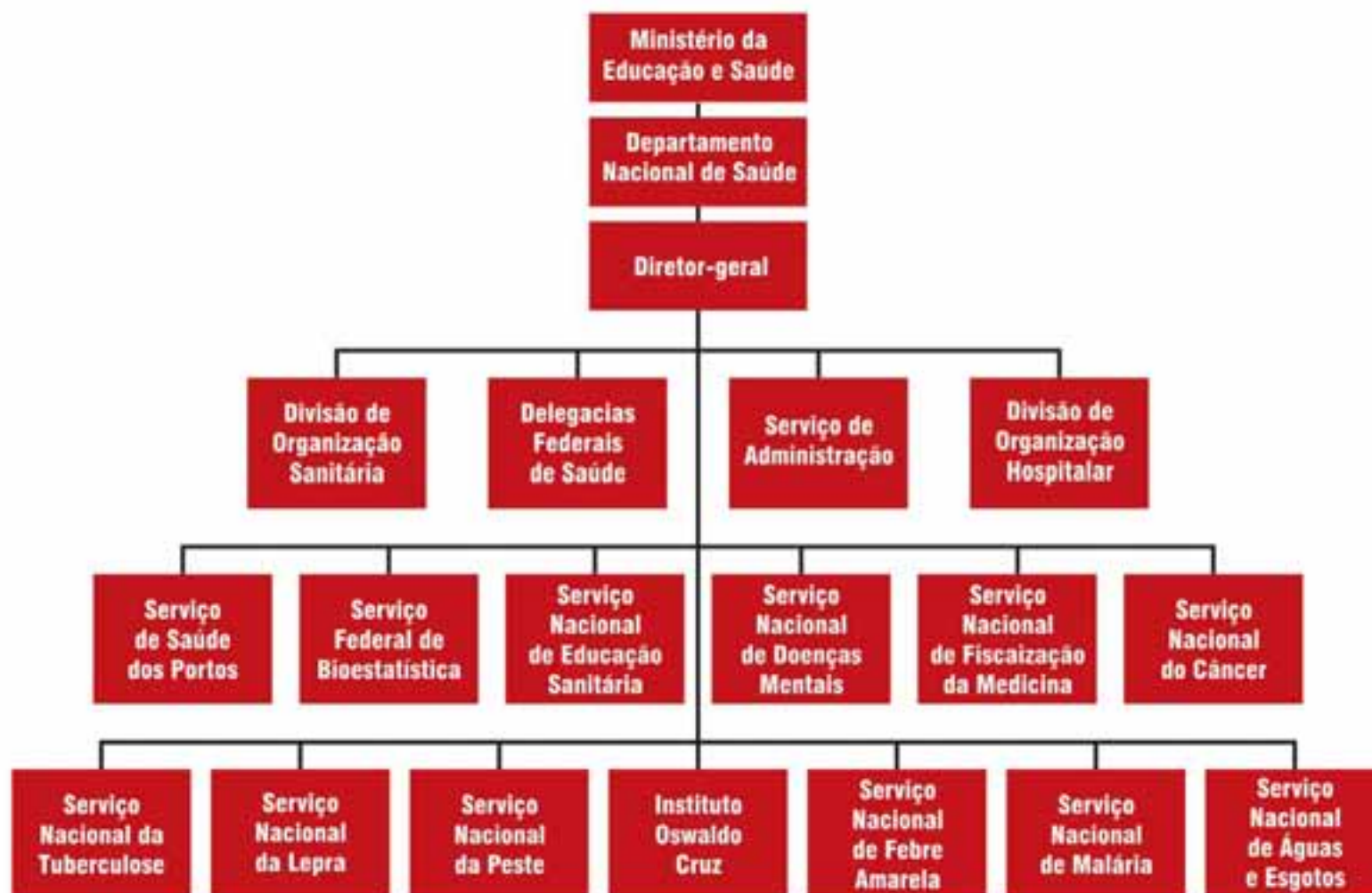
Sala de radioterapia comum aos hospitais da época

radioterápicos e mantinha leitos para os pacientes, já as ligas gaúcha, paulista e baiana se voltavam prioritariamente para a propaganda de prevenção e buscavam fundos para a construção futura de centros ou hospitais de cuidados paliativos. Vinculadas à Campanha contra o Câncer, elas teriam acesso a recursos federais o que lhes possibilitavam a ampliação de seu raio de ação.

Em 1944, o SNC teve seu funcionamento regulamentado por um regimento que detalhava sua estrutura, objetivos e formas de atuação (Decreto nº15971 de 14/07/1944). Ele previa que o Serviço seria composto de três

seções, uma administrativa e duas outras voltadas para as atividades fins: o Instituto de Câncer e a Seção de Organização e Controle. O primeiro nada mais era que o Centro criado por Kroeff no Hospital Estácio de Sá, que, embora seguisse efetuando importante ação de diagnóstico e tratamento, atendendo a mais de mil pessoas a cada ano, vivia uma verdadeira via-crucis na busca de uma sede definitiva na qual pudesse efetuar seus trabalhos em instalações adequadas. A Seção de Organização e Controle deveria estabelecer e ser responsável pelo plano – ou campanha – de controle da doença em todo o País.

Estrutura do Departamento Nacional de Saúde em 1941



Seguindo o espírito normatizador da política de saúde então vigente, deveria orientar, padronizar e uniformizar as atividades das instituições públicas e privadas em nível nacional. Também prestaria consultoria ao Ministério em relação à subvenção federal a instituições privadas. Esta se faria através de convênios tripartidos, envolvendo recursos do Ministério através do SNC, do estado no qual estava organizada e das próprias instituições. Além dessas atividades, a Seção de Organização e Controle era responsável pela execução das medidas preventivas necessárias em relação à doença. Ou seja, cabia a ela a elaboração e a execução da política nacional contra ao câncer.

Apesar da amplitude das incumbências atribuídas ao SNC, durante todo o Estado Novo sua ação foi bastante tímida, tendo como principais atividades os tratamentos clínicos e as primeiras ações de educação sanitária desenvolvidas pelo Instituto de Câncer. Os relatórios do Serviço mostram que até 1945 havia sido iniciado um inquérito epidemiológico e começavam a ser postas em marcha algumas iniciativas de educação sanitária centradas na distribuição de panfletos educativos sobre a doença e em palestras radiofônicas. No campo da formação de pessoal técnico, o Instituto de Câncer tinha dado início a um curso de capacitação voltado para os médicos. Visando ampliar a clientela e alcançar os médicos das diferentes regiões do país, esse curso oferecia bolsas para os médicos de outras regiões interessados no tema. Fora as atividades atinentes ao Instituto de Câncer, postas em marcha inicialmente por Kroeff e, em seguida, por Alberto Coutinho, que em 1944 passou a dirigi-lo, muito restava a ser feito no que concernia à execução de uma política consistente contra a doença.

Consolidando um projeto

O ano de 1945 marca a derrocada da ditadura de Getúlio Vargas e o início do processo de democratização do País. No campo da saúde pública, essa mudança não implicou de pronto grandes alterações organizacionais, pois a estrutura criada no Estado Novo, com a reforma

Capanema, permaneceria quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953. Em relação ao câncer observamos o mesmo processo, no entanto, o período marca a consolidação da forma de atuação do Estado em relação à doença, em que o papel governamental se centrava na normatização, no auxílio técnico e financeiro e na fiscalização da iniciativa privada filantrópica ou estadual conjugada a uma atuação direta centrada no Distrito Federal. Em relação ao SNC, o período também marca o início da institucionalização de suas duas vertentes, representadas pela Seção de Controle e pelo Instituto de Câncer. A primeira, aos poucos, foi ampliando sua capacidade propositiva no campo das políticas de saúde, já o Instituto de Câncer, instalado em nova sede, começou a pôr em marcha um processo de ampliação e modernização de suas atividades que o transformaria no mais importante centro de tratamento e pesquisa sobre o câncer na América Latina.

Todo esse processo, em alguma medida, se relacionou à capacidade dos cancerologistas de garantir o monopólio em relação às propostas de políticas públicas para combate à doença e de mostrar ao Estado a importância de sua atuação profissional no controle de um problema cada vez mais valorizado socialmente. Para tanto, foi fundamental a criação de espaços institucionais e regulamentações profissionais que os auxiliassem na legitimação de suas proposições. A Sociedade Brasileira de Cancerologia, fundada em 25 de junho de 1946, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, foi central nesse projeto. Mantendo em seus quadros – e mesmo em sua presidência – médicos do SNC, ela atuou no reforço das demandas desses especialistas frente ao Estado, se caracterizando como o seu principal espaço de afirmação. No que tange ao controle profissional de seu campo de atuação, os cancerologistas conseguiram em 1949 alterar o regimento do SNC, restringindo as chefias do Instituto de Câncer e da Seção de Organização e Controle somente a funcionários da carreira de médico sanitário ou por médicos extranumerários que possuíssem certificados do Curso de Cancerologia do Departamento Nacional de Saúde, minis-

trado pelo Instituto de Câncer desde 1942 (Decreto Nº 26.313, de 04/02/1949).

Ainda visando à afirmação dos cancerologistas, Kroeff e sua equipe permaneceram investindo na formação de profissionais nessa área, através dos cursos ministrados no Instituto de Câncer. Além disso, buscaram impulsionar ainda mais a capacidade institucional do SNC, levando para estágios no instituto sanitaristas estrangeiros com experiência na elaboração de políticas bem-sucedidas contra o câncer em seus países de origem. Assim, desenvolveram atividades temporárias no SNC o cancerologista argentino Angel Roffo, em 1945; o francês Antoine Lacassagne, em 1948; a inglesa Margaret Todd, em 1948; o austríaco Paul Werner, em 1950; e o americano J. Meredith, em 1953 (Carvalho, 2006).

No seu âmbito mais geral de atuação, o SNC continuou coordenando e estimulando as ligas e outras instituições que paulatinamente iam se incorporando à Campanha contra o Câncer. Em 1950 já existiam 16 instituições vinculadas à Campanha, totalizando a cifra de 530 leitos inteiramente voltados para os doentes em todo o País. Embora a vinculação dessas instituições ao SNC mostre sua progressiva institucionalização e ampliação geográfica, a quantidade era ainda considerada muito baixa para um País onde o próprio diretor do serviço de câncer estimava existirem 109 mil doentes, estipulando a necessidade de 6 mil leitos para suprir essa demanda (Kroeff, 1951).

O maior desenvolvimento das atividades de combate à doença teria por base o Instituto de Câncer do Distrito Federal. Em 1945, após a deposição de Vargas, ele seria transferido para um setor do Hospital Gafreé Guinle na rua Mariz e Barros, no bairro da Tijuca, que fora arrendado para instalá-lo em melhores condições. No Gafreé Guinle, o Instituto instalou laboratórios de análise clínica e anatomia patológica e construiu um pavilhão de radioterapia, além disso, passou a dispor de 80 leitos para seus doentes – capacidade logo aumentada para 120 leitos. No mesmo ano em que o Instituto ocupou o Hospital Gafreé Guinle, o então prefeito do Distrito Federal, Filadélfio de Azevedo, empreendeu uma

negociação com o Executivo Federal com o objetivo de passar à União um terreno da prefeitura, na praça da Cruz vermelha, a ser utilizado para a construção de uma sede definitiva para o SNC. Por trás de seu bonito gesto estava o fato de ele ser irmão de Sérgio de Azevedo, chefe da seção de pesquisas do SNC. O importante é que finalmente o Instituto teria uma sede própria para abrigar seus serviços.

Os 11 anos em que o Instituto de Câncer permaneceu no Hospital Gafreé Guinle marcam um período de grande desenvolvimento de suas atividades. Sob a batuta de Mario Kroeff, aos poucos foram se ampliando o número de leitos dedicados aos doentes, criando-se novas seções e expandindo-se os cursos de especialização voltados para os médicos das mais diversas partes do país. Um importante momento desse processo de expansão institucional do SNC se localiza no início da década de 1950, quando o Instituto de Câncer conseguiu ampliar seu orçamento e seu pessoal técnico, dando início a novas atividades que o desenvolvimento da medicina e a expansão de sua capacidade institucional tornavam imprescindíveis. Entre elas estava a organização de um Serviço Social para o Instituto – que ficou a cargo de Maria da Graça Silveira – e a criação de um novo bloco cirúrgico, inaugurado, ainda em agosto de 1950, pelo ministro da Educação e Saúde Pedro Calmon.

No ano seguinte, um acontecimento insólito aumentaria a visibilidade do Instituto, favorecendo o aporte de novos recursos e conseqüentemente seu fortalecimento institucional. O médico e vereador paraibano Napoleão Laureano, sofrendo de um câncer terminal e já desenganoado por uma junta médica americana foi em busca de acompanhamento no Instituto. Em meio a sua agonia, ele coordenou uma campanha para a criação de um hospital do câncer em sua região de origem. Sua iniciativa teve repercussão nacional por meio da imprensa, tendo como seu ponto alto um debate realizado na sede do jornal *Diário Carioca* sobre o problema do câncer no País. Com a presença do ministro da Educação e Saúde, representando o próprio Presidente da República, de Kroeff e de diversos médicos do Instituto de Câncer, o debate foi

Revista Brasileira de Cancerologia

O decreto que criou o Serviço Nacional de Câncer, em 1941, previa que uma de suas seções – o Instituto de Cancerologia – teria um centro de estudos e pesquisas responsável, entre outras atividades, por editar uma revista científica de cancerologia e cooperar com as faculdades de medicina no ensino da especialidade. A criação de uma revista voltada para as questões atinentes ao campo de atuação do SNC seguia uma diretriz mais geral do Ministério da Educação e Saúde, também posta em prática nos Serviços dedicados a outras doenças. A iniciativa tinha por objetivo difundir os conhecimentos específicos de cada serviço e, também, gerar um instrumento de difusão das normas técnicas que deveriam subjazer a atuação dos serviços locais.

Apesar do empenho de Kroeff e sua equipe em colocar à frente a iniciativa do Ministério, a revista científica só seria editada a partir de 1947. Entre as razões para o atraso estavam a escassez de técnicos especializados, as dificuldades financeiras do Instituto de Cancerologia e a precariedade de suas instalações, que impediam a consolidação de um núcleo de ensino e pesquisa.

Em setembro de 1947 foi finalmente lançado o periódico. Chamava-se *Revista Brasileira de Cancerologia* e foi inicialmente editada por Moacyr Santos Silva. Seu primeiro número trazia um editorial do chefe do Serviço Nacional de Câncer, Mario Kroeff. A RBV tinha o objetivo de divulgar à comunidade científica o campo da cancerologia, através de artigos que expunham casos clínicos. Os dois primeiros números continham uma seção cujo objetivo era informar tanto a população leiga quanto médicos do interior que não tinham acesso às pesquisas de ponta. A seção, intitulada “Perguntas e Respostas”, continha respostas de especialistas a perguntas elaboradas pela redação com vistas a possibilitar a apresentação dos aspectos principais da doença e de sua prevenção. No primeiro número, Mario Kroeff respondeu ao seguinte questionamento: “O Câncer é curável?”; no segundo exemplar, de dezembro de 1947, Sérgio Azevedo redigiu um artigo em resposta à pergunta: “O Câncer é hereditário?”.

A partir de sua criação, a RBC deu especial atenção à divulgação de pesquisas de médicos brasileiros e estrangeiros. O objetivo era levar os últimos avanços tecnológicos e científicos sobre o câncer aos técnicos do SNC e a outros médicos interessados no tema. Seguindo a diretriz do decreto que a criou, a revista buscava divulgar os cursos de especialização do Serviço, para isso criou a seção “Notícias”, que constantemente alertava para os novos cursos a serem ministrados. Os congressos internacionais também tiveram ampla cobertura, com destaque à edição de agosto de 1954 (Vol.8 nº 11), toda dedicada ao VI Congresso Internacional do Câncer, que foi realizado em São Paulo. Acontecimentos relevantes às instituições voltadas para o controle do câncer também mereceram destaque. A edição de 1958, por exemplo, foi inteiramente dedicada à inauguração do novo prédio do Instituto Nacional de Câncer na praça da Cruz Vermelha (Vol.14, nº17). A revista também abria espaço para as questões profissionais relacionadas à comunidade de cancerologistas, como a obrigatoriedade ou não de uma cadeira de cancerologia na formação geral dos médicos, muitas vezes debatidas em seus artigos.

A RBC nem sempre teve uma periodicidade regular, mas, mesmo com hiatos de anos, continuou a ser publicada. Embora desconheçamos sua tiragem, sabemos que, durante os anos 1940 e 1950, ela era distribuída a todas as instituições públicas e privadas integradas à campanha do câncer. Acompanhando os artigos publicados na revista, observamos sua progressiva especialização no campo da oncologia. Enquanto nos anos 40 e 50, artigos relacionados à organização dos serviços relacionados ao câncer e à política mais geral do Estado nesse campo eram frequentes, a partir dos anos 1960, 1970 e 1980, a preeminência de artigos científicos se consolidou. Mesmo assim ela continuou publicando alguns poucos estudos de caráter histórico, que tinham por objetivo reforçar a identidade dos técnicos do SNC através da glorificação de seus feitos iniciais. Já no século XXI, a revista revitalizou sua preocupação com a memória histórica da oncologia brasileira ao

criar uma seção intitulada *História do Instituto Nacional de Câncer*, que durou entre os anos de 2000 e 2003. A seção apresentava o histórico de diversas seções do Instituto Nacional do Câncer e mostrava sua atividade contemporânea

A *Revista Brasileira de Cancerologia* foi um projeto idealizado pelos médicos dos anos 1930 e 1940 especializados na oncologia. Acompanhando a história da revista, além de percebermos o desenvolvimento da medicina no campo do combate ao câncer, podemos acompanhar as diferentes concepções sobre as políticas acerca da doença defendidas pelos cancerologistas e as diversas representações sobre a doença, por eles estabelecidas no curso destes 60 anos.

Atualmente, a *Revista Brasileira de Cancerologia* é o órgão oficial de trabalhos técnico-científicos em oncologia do Ministério da Saúde. É permutada com as bibliotecas universitárias, Centros de Estudo das unidades assistenciais de oncologia, Sociedades Científicas, profissionais e ex-alunos do INCA. A revista também está disponível em versão on-line, no site do INCA e no portal da CAPES (www.periodicos.capes.gov.br). Está indexada à base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e, desde 2004, faz parte do acervo de títulos nacionais classificado pelo programa QUALIS.



transmitido pelas rádios Mayrink e Veiga e Nacional e publicado pelo *Diário Carioca* (Carvalho, 2006). A transmissão gerou uma forte comoção popular e, além de proporcionar um grande número de doações para a fundação do Hospital Laureano, deixou o Instituto de Câncer em grande evidência. Ainda em 1951, como consequência desse acontecimento, a Comissão de Saúde do Congresso Nacional chamaria Kroeff para proferir conferência numa seção exclusivamente voltada para o câncer. Presidida pelo médico Jandui Carneiro, conterrâneo e amigo de Laureano, a Comissão propôs um projeto de lei concedendo um crédito de 100 milhões de cruzeiros para o SNC. Recursos que seriam utilizados no apoio às instituições de combate ao câncer nos estados, na modernização do Instituto de Câncer principalmente na finalização de sua nova sede na praça da Cruz Vermelha (*idem*).

Com os novos aportes de recursos, o Instituto de Câncer conseguiu ampliar seu pessoal e reestruturar suas atividades. A partir de 1952, ele passaria a contar com várias áreas relacionadas às especialidades médicas e ci-

rúrgicas. Entre elas estavam a Seção de Cirurgia do Tórax, a Seção de Cirurgia da Cabeça e do Pescoço e um Laboratório de Citologia vinculado à Seção de Anatomia Patológica. Esse último era chefiado por Edésio Maesse, que havia se especializado em citologia esfoliativa no Medical College da Cornell University. Ainda em 1952, seria criado o primeiro ambulatório de prevenção do câncer ginecológico no Instituto (Marsillac, 1968). No ano seguinte, Sérgio Barros de Azevedo e Antoine Canteiro (diretor do “Institute du Cancer” de Montreal) dão os primeiros passos para a introdução da pesquisa básica na instituição, obtendo bolsas e enviando médicos para treinamento no Canadá.

Ampliando cada vez mais os convênios com instituições locais e intensificando suas ação de pesquisa e tratamento em seu Instituto de Câncer, o SNC foi cami-



Napoleão Laureano



Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle, fachada principal, projeto Porto d’Ave & Haering. Eng^a e Arch^{os}

nhando a passos largos em seu processo de institucionalização. A intensificação dos ideais desenvolvimentistas que marcam os anos 1950 reforçaria o interesse do Estado no controle do câncer, favorecendo a consolidação do SNC e de seu Instituto de Câncer. No entanto, esse novo momento da “luta contra o câncer” se daria sem a presença de Kroeff, que, em 1954, num processo mais geral de renovação dos quadros da saúde pública, deixaria a direção do SNC, sendo substituído por Antonio Prudente.

Desenvolvimentismo e políticas contra o câncer

Embora o segundo governo Vargas (1951-1954) tenha limitado sua ação em saúde pública à continuidade das atividades e arranjos institucionais forjados no Estado Novo, o período que se estende até o golpe de Estado de 1964 encerra importantes acontecimentos no campo da saúde pública com conseqüências para a política de controle do câncer. Um deles foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que, embora se constituísse como uma antiga demanda dos sanitaristas, não significou um grande avanço para saúde, uma vez que a ele foi destinado apenas um terço dos recursos alocados no antigo Ministério da Educação e Saúde Pública. No âmbito mais restrito da política de controle do câncer, a criação do Ministério veio determinar a substituição de Kroeff na direção do SNC em janeiro de 1954. Num processo de renovação de dirigentes, o então ministro Miguel Couto Filho o substituiu pelo cancerologista paulista Antonio Prudente de Moraes, que permaneceria à frente do SNC por menos de um ano, passando o cargo a Ugo Pinheiro Guimarães, em 1954. Em sua curta estada à frente do Serviço, Prudente separou fisicamente o SNC do Instituto de Câncer, transferindo a sede do Serviço para o prédio ocupado pelo Ministério da Saúde no centro do Rio.

Como pano de fundo dessa mudança institucional, vinha se fortalecendo uma nova forma de pensar a saúde que passou para a história com a denominação de sanitarismo desenvolvimentista. Essa concepção, surgida nos anos 1950, se contrapunha às idéias que tinham nas

grandes campanhas contra doenças específicas e no uso intensivo de tecnologias de alto custo com objetivos restritos a seus principais instrumentos. A idéia central de seus defensores era de que o nível de saúde de uma população estava relacionado diretamente ao grau de desenvolvimento econômico de sua região ou país. Assim, as medidas sanitárias só seriam efetivas quando acompanhadas de um processo mais amplo de desenvolvimento. Os sanitaristas desenvolvimentistas postulavam a criação de um modelo de saúde pública, apropriado às necessidades do País, com ampla cobertura e uma atuação horizontal rotinizada. Essa estrutura deveria ter como base a municipalização dos serviços, deixando no nível federal somente as ações de coordenação e controle. Embora grande parte dos sanitaristas compartilhasse esse diagnóstico, nem todos apostavam nas mesmas diretrizes para a saúde. Muitos deles continuaram apoiando as ações campanhistas – relacionadas prioritariamente a doenças transmissíveis e baseadas em atividades específicas de curta duração. Essas práticas ocupariam lugar de destaque nos anos 1950, incrementadas pelos promissores avanços científicos no campo da imunização e da destruição de vetores e pelo incentivo das agências internacionais de saúde como a OPS e posteriormente a OMS.

Em relação ao câncer, essas formas de pensar a saúde implicavam concebê-lo como um problema de saúde pública, passível de controle pela contínua prevenção associada a ações curativas de base local. Para os cancerologistas, esse encaminhamento seria muito mais factível e eficaz do que o simples investimento em tecnologia e em ações curativas pelo poder central. A ampla aceitação social dessa diretriz foi facilitada pelo processo de fortalecimento dos cancerologistas observado inicialmente com a criação do curso de cancerologia no Instituto de Câncer e, no período em tela, pela criação da Sociedade Brasileira de Cancerologia (1946) e pela reunião do Congresso Internacional do Câncer em São Paulo, em 1954. Essas instituições e eventos apontavam que o caminho do controle do câncer no país passava por uma forte ação do Estado na orientação e supervisão das ações da iniciativa privada, na suplementação de recursos a essas ins-



Construção do edifício que abrigaria o Instituto Nacional de Câncer, na praça Cruz Vermelha



tituições e na manutenção de centros de referência nos diversos aspectos relacionados ao controle da doença (Guimarães, 1959). Essa diretriz deu o tom à política do câncer durante todo esse período. Nas palavras de Ugo Pinheiro Guimarães:

“O entrosamento integral da ação oficial e da iniciativa privada, muito particularmente a de caráter filantrópico, não constitui, por certo, originalidade de organização anticancerosa brasileira [...] a ação isolada, digamos, monopolizadora, seria impraticável entre nós, dada a extensão da campanha e a reconhecida impossibilidade material do governo em arcar com todo o ônus inevitável. [...]

A ação oficial isolada, digamos monopolizadora, seria impraticável entre nós dada a extensão da campanha e a reconhecida impossibilidade material do governo em arcar com todo o ônus inevitável.

Um ou outro governo estadual considerou vantajoso constituir organismos locais próprios. Entretanto, a tendência geral foi a de prestigiar a obra das organizações privadas que se fundaram. Esta mesma ação oficial estadual, quando existente, procura, atuar em cooperação com a entidade privada filantrópica que funciona no Estado. [...]

Contam-se atualmente entidades privadas voltadas para a luta anticancerosa em todos os estados da federação complementando a ação governamental. A todos, o Ministério da Saúde através do SNC, fornece ajuda financeira e técnica” (Guimarães, 1959: 9-11).

O governo de Juscelino Kubitschek (1955-1960) foi um importante momento no cenário de mudanças que vinham ocorrendo na década de 1950. Resgatado pela história por sua política desenvolvimentista, ou seja, pelas grandes transformações econômicas e estruturais que promoveu a partir de seu plano de metas, no campo da saúde, o governo de Juscelino investiu no controle das então chamadas doenças de massas, como a malária, a varíola e a febre amarela, que foram objetos de grandes campanhas específicas patrocinadas pelo recém-criado Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). O controle dessas doenças ia ao encontro de sua proposta de governo, que se propunha a pôr o Estado a serviço da superação dos entraves para o desenvolvimento do País por meio de uma ação planejadora que encaminhasse soluções para os problemas das questões relativas à



Projeto para o Instituto Nacional de Câncer, 1957

pobreza e conseqüentemente à saúde. Em relação ao controle do câncer, Juscelino destinou maiores recursos ao SNC, possibilitando a ampliação das verbas destinadas às instituições privadas filantrópicas ou dos estados que se vinculavam ao Serviço. Essa iniciativa fazia parte de uma diretriz de aumento dos gastos com a medicina hospitalar, e com a previdenciária em geral, que foi posta em prática no final do seu governo com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social.

Juscelino Kubitschek ficaria identificado com o controle do câncer no País por ter inaugurado a sede própria do Instituto de Câncer na praça da Cruz Vermelha. Fruto de uma longa luta de Mario Kroeff e de seus colegas cancerologistas, o hospital da Cruz Vermelha, enfim, proporcionaria ao Instituto de Câncer instalações adequadas a suas atividades, que, desde a sua instalação nas dependências do Hospital Gafreé Guinle vinham se tornando mais complexas. Meses antes da inauguração, Juscelino já havia estado no Instituto pra inaugurar sua primeira bomba de cobalto, importante instrumento no tratamento do câncer. Em agosto de 1957, ele retornaria ao instituto para descerrar sua placa de inauguração. O discurso que proferiu na ocasião assinalava que a doença era uma ameaça ao desenvolvimento e reforçava a importância dada ao Instituto como elemento central da organização anticancerosa e a necessidade de ampliação da rede hospitalar de tratamento da doença (Kubitschek, 1958:12).

Com a inauguração do novo prédio, o Instituto passou a contar com instalações de primeira linha. Tratava-se de um monobloco de 11 andares com capacidade para 350 leitos, no qual seriam instalados os serviços especializados. Mais que uma mudança de endereço, a nova sede representava um reforço do compromisso dos cancerologistas do Instituto com seu projeto em relação ao câncer. O discurso de Ugo Pinheiro Guimarães na solenidade de inauguração do prédio deixa claro a diretriz que deveria ser perseguida nesse sentido.

“Nosso instituto dispõe de quanto existe de mais avançado para atingir essa finalidade. No âmbito da terapêutica, ao lado das seções cirúrgicas e odontológicas, dotadas de

todo o material, possuímos a bomba de cobalto 60, oito aparelhos de radioterapia de alta e baixa voltagem, três gramas de rádio bem distribuído. Agentes quimioterapêuticos de valor cientificamente comprovados são utilizados.

Cultivar-se-á, de mais em mais a experimentação clínica e experimental, para o que tenho distribuído crescentes recursos. Deste modo, não nos esquecemos que o problema do câncer não é apenas médico, mas de biologia, abrangendo as complexas cogitações da genética, da biofísica, da bioquímica, da hormonologia, da imunologia, entre outros.

Aplicaremos e refinaremos, pelo regime de bolsas de estudo e de residência o preparo dos técnicos, função que o SNC se orgulha de vir executando.

Esperamos que nosso Instituto, desempenhando sua missão, seja um foco de irradiação de conhecimentos, de padronizações técnicas, de progresso em múltiplo sentido, médico, de enfermagem e mesmo de administração hospitalar” (Guimarães, 1958).

Junto com a inauguração do novo prédio, o Instituto elaborou uma proposta de regimento para seu funcionamento. O documento procurava tornar legal uma organização já existente. Ele previa a divisão do Instituto em seis divisões: Conselho Técnico-Administrativo; Centro de Estudos e de Ensino; Serviço de Pesquisa e Experimentação; Divisão de Medicina e Cirurgia; Serviço de Administração e Manutenção e Secretaria. A Divisão de Medicina e Cirurgia era um dos espaços centrais da instituição, responsável pelos diagnósticos e tratamentos efetuados na parte hospitalar. Ela se subdividia nos serviços de clínica médica, cirurgia especializada, radioterapia, radiodiagnóstico, laboratório, enfermagem, reabilitação e assistência social e diretoria. Cada um desses serviços contava com diferentes seções especializadas, como as de oncologia pediátrica, de mastologia, de ginecologia e de citologia, criadas quando da inauguração do novo prédio e as de estatística e arquivo médico e a de tecidos conectivos, incorporadas no ano seguinte. A outra importante divisão, de Pesquisa e Experimentação se subdividia nos serviços de biologia e química e na seção de radiobiologia. Ela seria instituída, em 1958, pelo pesquisador Sérgio Barros de Azevedo.



O presidente Juscelino Kubitschek durante a inauguração do Instituto de Câncer. Ao lado, Ugo Pinheiro Guimarães



Serviço de Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer, em 1958

As novas instalações do Instituto de Câncer marcam o início de uma nova fase de sua história. Bem aparelhado e contando com uma equipe médica de mais de cem pessoas, o Instituto se caracterizava como a maior instituição do gênero na América Latina, exercendo múltiplas atividades no campo do controle, pesquisa e da formação profissional. Sua rápida consolidação se deu num período favorável, onde o orçamento para o Serviço Nacional de Câncer foi constantemente ampliado com o objetivo de controlar uma doença de índices preocupantes que chamava a atenção dos poderes públicos por ser considerada um entrave ao processo de desenvolvimento do País (Bodstein, 1987). No entanto, essa conjuntura promissora não impediu que na década seguinte o Instituto passasse por novos reveses.

As campanhas educativas como protagonistas da prevenção

Data do final da década de 1910 o surgimento das primeiras práticas educativas em saúde no País. Nesse momento, nossos sanitaristas, antenados com as concepções de saúde pública americanas, popularizadas pela Fundação Rockefeller, passaram a ter nessas atividades uma alternativa às autoritárias ações de saúde baseadas principalmente na imposição de medidas obrigatórias a uma população passiva. Inicialmente votadas para a popularização da prevenção de doenças evitáveis pela incorporação de hábitos simples, a educação em saúde logo se ampliaria em diversos campos, dando origem a profissões práticas e instituições de saúde específicas. Enfermeiras visitadoras, exames periódicos, postos de saúde passam a ser os novos instrumentos de uma saúde pública cada vez mais voltada para uma postura ativa da população pronta a assimilar os preceitos saudáveis pela educação.

Nesse contexto, Mario Kroeff fez sua entrada no mundo da saúde pública, ainda como inspetor sanitário da Inspetoria da Lepra, Doenças Venéreas e Câncer. Sua passagem nesta seção do Departamento Nacional de Saúde Pública, fortemente empenhada em ações educativas

A política de controle do câncer na visão do candidato à presidência da República Juscelino Kubitschek

(...) Desejo chamar-lhes a atenção para um novo problema de saúde que não é apenas nosso, mas de todos os povos civilizados – o problema do câncer. Basta pronunciar essa palavra para sentirmos uma verdadeira repulsão. É uma doença que ninguém gosta de ouvir falar e que enche o homem de pavor. Sendo, assim, implacável e amedrontadora, zombando em quase todos os casos dos poderes atuais da ciência, isso é mais um motivo para discuti-la e tratar da melhor maneira de combatê-la. É uma doença horrível, traiçoeira e quase sempre inapelável.

Parece que devemos olhar o câncer de frente, com decisão corajosa. Tratar de vencê-lo e não deixar que ele nos aterrorize e vença. Como podemos cruzar os braços sabendo que o Brasil deve ter cerca de 103 mil cancerosos, registrando-se anualmente cerca de 72 mil casos novos e 36 mil mortes. Para esses doentes, contamos apenas com 500 leitos prontos e 1.300 em construção, quando precisamos de 4 mil! Podemos cruzar os braços, podemos deixar de falar desse problema porque mete medo, porque é desagradável? De modo algum, sobretudo sabendo-se ser o câncer muitas vezes curável, quando sob diagnóstico precoce. Para combatê-lo, portanto, reduzindo seus efeitos, cumpre ao Governo promover inicialmente ampla campanha educativa, destinada a ensinar a todos noções fundamentais sobre o câncer. Ensinar ao povo que a descoberta do câncer ou da lesão pré-cancerosa é essencial na profilaxia da doença; que o tratamento do seu início é o principal fator para a prevenção da morte prematura; que a doença não é irremediável, nem incurável, mas a sua profilaxia requer ativa cooperação do paciente do seu médico particular e dos serviços centrais de diagnóstico precoce e tratamento. Essa campanha educativa intensa poderá particularizar certos aspectos – ensinar a reconhecer as primeiras manifestações das anormalidades que podem predispor ou já realmente constituem um câncer em princípio de evolução; fazer com que as pessoas aprendam a procurar competente orientação médica, logo que apareça o mais precoce dos sinais de câncer ou de lesão pré-cancerosa.

Para os bons resultados dessa campanha, será preciso dotar o Brasil do aparelhamento necessário. Deverá haver centros de diagnóstico, localizados em pontos estratégicos de fácil acesso. Na maior parte dos casos, esses dispensários exigirão o apoio financeiro do governo e deverão ser orientados por especialistas. Os pacientes serão encaminhados aos dispensários por seus médicos particulares, e os serviços prestados devem ser gratuitos. A hospitalização do canceroso é um condicional para o tratamento pronto e adequado. Devem ser previstos também os meios para que cada assistência seja gratuitamente prestada a pessoas que não possam arcar com as despesas. É também recomendável que os hospitais gerais disponham dos recursos necessários ao tratamento do câncer, compreendendo rádio, raios X e instalações cirúrgicas. Alguns hospitais localizados em centros estratégicos poderão ser equipados com aparelhamentos mais especializados, como por exemplo a radioterapia. Tudo isso visa aparelhar-nos convenientemente na luta contra o mal. Nossa rede hospitalar, os centros para diagnóstico e tratamento do câncer estão aumentando com o impulso dado pela Campanha Nacional do Câncer, que cada dia maior cooperação vem recebendo das classes e do povo. Mas estamos ainda longe de ter um aparelhamento à altura das nossas necessidades. (...)

O câncer será vencido no mundo e no Brasil, com tanto maior rapidez quanto maior a coragem e serenidade com que o enfrentarmos. O que um Governo não pode fazer é voltar-lhe as costas, por seus aspectos amedrontadores ou desagradáveis. Deve olhá-lo de frente, sem temor, certo de que, mais tarde ou mais cedo, mais cedo talvez do que se pensa, a ciência e o Brasil o possam vencer definitivamente”.

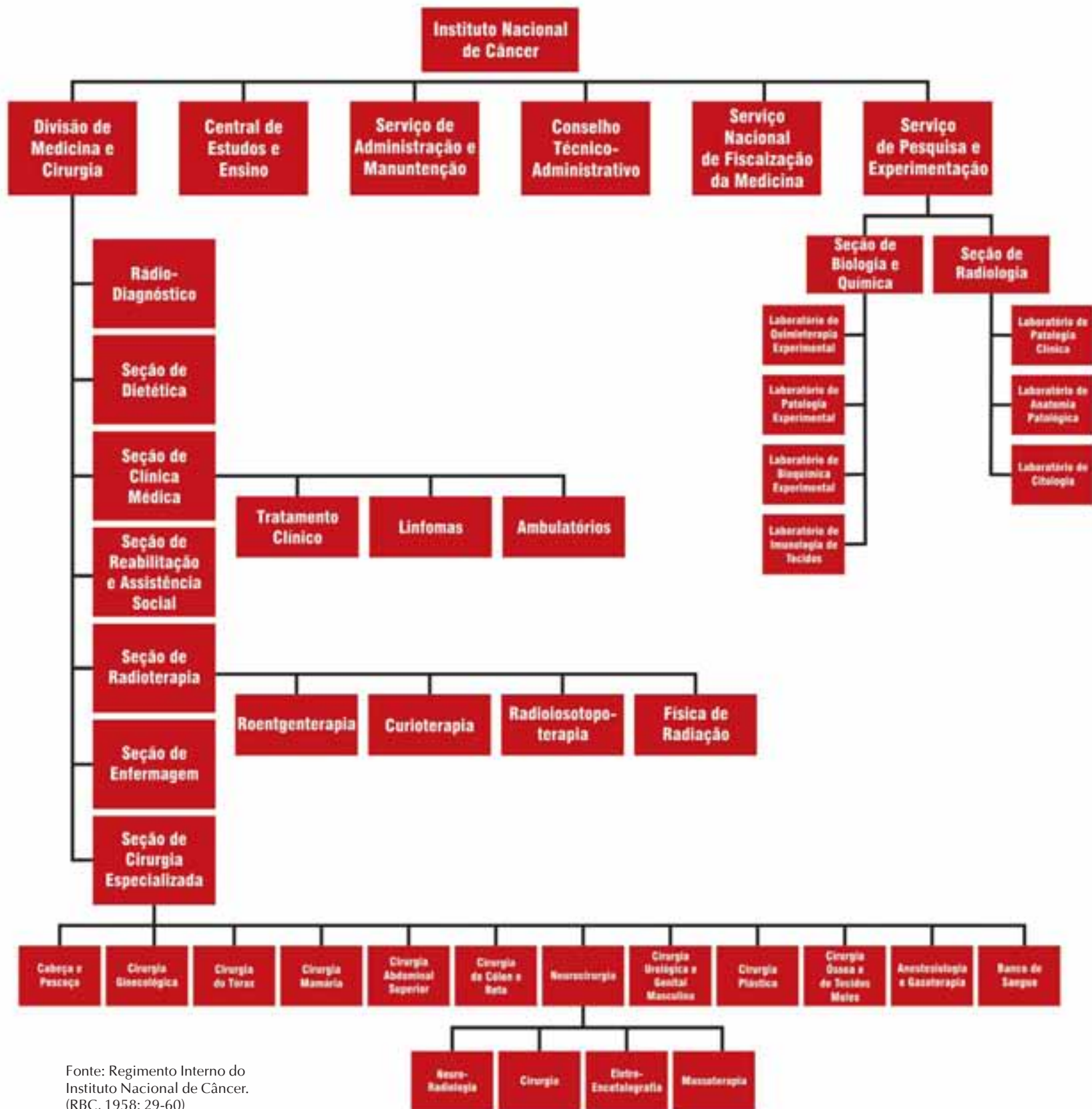
Programa de saúde pública do candidato à Presidência da República Juscelino Kubitschek 1955

Presidente Juscelino Kubitschek na inauguração do Instituto Nacional de Câncer, 1957



Presidente Juscelino Kubitschek discursando na solenidade de inauguração do Instituto Nacional de Câncer, 1957

Organização do Instituto Nacional de Câncer, em 1958



Fonte: Regimento Interno do Instituto Nacional de Câncer. (RBC, 1958: 29-60)

contra as doenças venéreas, certamente marcou-o, no sentido de transformá-lo em apóstolo da educação em saúde voltada para o câncer. Desde os primórdios de sua atuação nessa área, ele imputou importante papel às ações educativas que levassem à população a noção, tão cara à medicina da época, de que o câncer, se descoberto em sua fase inicial, poderia ser facilmente curado. Além disso, seu interesse pelas novas tecnologias, facilmente observável em relação à sua trajetória médica, também se verificava em relação à comunicação e à informação, em que pôs a serviço de sua causa o que havia de mais moderno, como o rádio e o cinema.

Seguindo a orientação já estabelecida por Kroeff em relação ao Centro de Cancerologia, a lei que criou o

SNC, em 1941, previa em seu artigo 2º que uma das atribuições do Serviço era a propaganda intensiva da prática dos exames periódicos de saúde para a obtenção do diagnóstico precoce da doença. Para dar início a essa atividade, Kroeff produziu material gráfico que passou a distribuir a consultórios médicos, escolas e outras instituições, e se empenhou em proferir palestras públicas sobre o tema, muitas vezes transmitidas pelo rádio. A partir de 1942, a Rádio Ministério da Educação e Saúde começou a transmitir diversas conferências proferidas pelos médicos do SNC, com o objetivo de informar os médicos das mais distantes regiões do país sobre a prevenção e tratamento do câncer (Carvalho, 2006). É também dessa época a produção de um filme sobre o câncer



Cartazes das campanhas educativas da Associação Paulista de Combate ao Câncer

COMO O POBRE, NAO POUANDO RAÇA, SEXO, IDADE EM QUALQUER PARTE DO MUNDO...

FAZE-VOS EXAMINAR...

NA APARENCIA TUDO CORRE NORMALMENTE...

...DE REPENTE O MOTOR DÁ SINAL DE ENGUICO...

...COAGANDO O MOTORISTA NA O 1º PÓSTO...

...QUE REMOVA ANTIGUIDADE...

OS PAPIRUS DO EGITO FAZEM REFERENCIAS

OS SARCÓFAGOS TRAZEM INSCRIÇÕES A RESPEITO...

O CÂNCER É DOENÇA UNIVER- ACOMETE TODOS O



O CÂNCER PODE SER PRODUZIDO ARTIFICIALMENTE EM ANIMAIS DE LABORATORIO POR MEIO DE SUBSTÂNCIAS IRRITATIVAS



O ALCATRÃO PINCELADO CONTINUAMENTE NA ORELHA DO COELHO, PRODUZ CÂNCER CUTÂNEO

INALADO PRODUZ, CÂNCER PULMONAR...



CANCEROFOBIA!

PROPAGANDA ACUSADA DE USAR PÂNICO!



M.E.S. - D.N.S.

O CÂNCER É CURÁVEL

ENCRUZILHADA

ATENÇÃO À QUALQUER SINAL DE PERIGO!

NA VIDA HABITA SUJEITO À IRRITAÇÃO



O CÂNCER É DOENÇA CELULAR

TODA CONSTRUÇÃO É COMPOSTA DE MATÉRIA PRIMA



O ORGANISMO É FORMADO DE CÉLULAS DISPOSTAS DE MODO REGULAR

O CHAMADO CÂNCER PROFSSIONAL OBSERVA-SE NOS OPERÁRIOS DAS INDUSTRIAS QUE LIDAM COM DERIVADOS DO ALCATRÃO (ANILINAS, etc.)

AS CÉLULAS REAGEM ANTE O AGENTE AGRESSIVO - IRRITAÇÃO MULTIPLICANDO-SE INTENSAMENTE



O FUMO É TÓXICO PARA OS INDIVÍDUOS

PERSISTINDO A IRRITAÇÃO, FORMA-SE UM AGLOMERADO DE CÉLULAS...

ROMPIDA A MEMBRANA, AS CÉLULAS INVADEM OS TECIDOS VISANDO FORMAR O TUMOR CÂNCER

MUITAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS OU IRRITANTES SÃO CONSIDERADAS...

LUTA CONTRA O CÂNCER

EXPOSIÇÃO EDUCATIVA





Propaganda americana de prevenção do câncer. Nova York, década de 1940
 À esquerda, cartazes educativos do SNC da década de 1940

pelo próprio Mario Kroeff. Também voltado para a divulgação dos diversos aspectos da doença, visando à promoção do seu diagnóstico precoce, a película seria apresentada em seções especiais de alguns cinemas do Distrito Federal, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul (*idem*).

Mas Kroeff não estava sozinho, nem era pioneiro nas ações de educação em saúde em relação ao câncer. Muito em voga nos Estados Unidos nos anos 1930, essas iniciativas, no Brasil foram fortemente incentivadas por Antonio Prudente, que, através da Associação Paulista de Combate ao Câncer, criou diversas atividades educativas voltadas para o câncer, que também funcionavam como formas de incentivar a arrecadação de fundos para a fundação de um hospital para a Associação. Ainda em 1946, Prudente instituiu em São Paulo a “Campanha contra o Câncer” visando ampliar a propaganda sobre a doença. Nesse momento, além de uma grande distribuição de panfletos explicando a doença e as formas de prevenção, foi montada uma exposição sobre a doença no centro da cidade de São Paulo, que obteve grande sucesso de público.

Seguindo os passos de Prudente, em novembro de 1948, Kroeff inauguraria a primeira campanha educativa contra do SNC. Ele tinha em mente criar uma programação nos moldes do mês do câncer – evento realizado a cada mês de abril pela American Cancer Society, que patrocinava ações educativas voltadas para a doença em todos os Estados Unidos. Há muito querendo investir nessa atividade, mas sem ter recursos governamentais para implantá-la, ele conseguiu obter auxílio do Jockey Club e alugou uma loja na região central do Distrito Federal para montar uma exposição. A mostra era composta de fotografias e desenhos elaborados pelo artista gráfico John Rabong especialmente para esse fim. Em diversos painéis eram apresentadas imagens sobre os diversos tipos de cânceres, localização no corpo, regiões geográficas de maior incidência etc. Um alto-falante escondido explicava ao público os temas abordados nos painéis. No centro do salão foi instalada uma barrica destinada a receber doações do público em favor do asilo da Penha.

CÂNCER
RAIOS X

CÂNCER do LÁBIO



NO PRIMEIRO DIA DE ENFERMIDADE



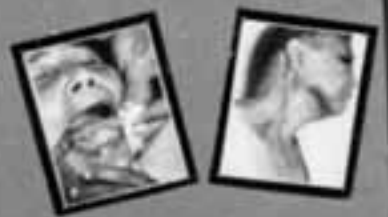
INICIAÇÃO DO TRATAMENTO
COM RÁDIO E QUÍMICA
EM ESTAB. DE ESPECIALIDADE



O CÂNCER DO LÁBIO NÃO TRAZIDA A
TEMPO, TRAZIDA OS CASOS DE RECÍDIVO
OPORTUNO A REALIZAÇÃO DE CURA



UA





À esquerda freiras dominicanas visitam a exposição educativa, 1948. Acima, o Presidente Eurico Gaspar Dutra visita a exposição educativa de 1948, acompanhado por Mario Kroeff

Kroeff queria causar impacto na opinião pública, que, a seu ver, estava alheia ao problema do câncer e dele queria se afastar por acreditar na sua incurabilidade. Seu objetivo era educar impressionando, pois imaginava que a força dos símbolos pictóricos de sua exposição complementar as ações educativas baseadas em informações verbais veiculadas pelo rádio. Por isso, uma das principais mensagens apresentadas era a possibilidade de cura da doença se diagnosticada em seu início. A inauguração da exposição contou com a presença do Presidente Dutra e foi visitada por mais de 200 mil pessoas. Nos anos seguintes, várias remontagens foram feitas criando uma tradição nesse campo.

Na década de 1950, quando Kroeff já havia deixado a direção do SNC, o mês do câncer passou a ser comemorado em abril e aos poucos foi se institucionalizando como o período de realização de campanhas em todo o País. As campanhas eram realizadas em colaboração com as entidades filiadas e permanentemente incentivadas. A cada abril, instalavam-se nas capitais dos estados e em algumas grandes cidades várias exposições educativas realizadas pelas instituições associadas ao SNC, que fornecia o material a ser exposto. Agora a diretriz do SNC

previa que as campanhas buscassem alertar para os perigos da doença sem, no entanto, gerar uma cancerofobia. Eram cartazes, mapas de distribuição da doença, impressos e fotografias de diversos tipos. A partir de 1958, o Distrito Federal passou a elaborar exposições volantes utilizando como suporte um caminhão do serviço, que ficava estacionado em diversas regiões da cidade, em particular nos subúrbios, onde era maior o desconhecimento sobre a doença. Em conjunto com as exposições, era efetuada uma campanha educativa sobre a doença difundida pela imprensa escrita e radiofônica. Em várias delas, foi feito uso de um filme cinematográfico especialmente elaborado pelo SNC para difundir noções básicas sobre a doença e articular a necessidade de seu diagnóstico precoce. Em maio de 1959, o SNC conseguiu o recorde de executar 30 campanhas simultâneas nas diversas cidades do País (Guimarães, 1959).

O jornalista Alexandre Octávio, em recente trabalho sobre o desenvolvimento da cancerologia no Brasil, revela uma outra faceta das ações educativas posta em marcha por Kroeff e seguida por seus continuadores. A seu ver, essa utilização dos meios de comunicação, ao mesmo tempo em que buscava levar à população informa-

98



Veículos adaptados para utilização na campanha contra o câncer

ções sobre a doença se caracterizava também como uma forma de afirmação da cancerologia no País, num contexto de pouco interesse do Estado no combate a doença.

“Relações frágeis, política incerta, pouco interesse e empenho caracterizariam historicamente a aproximação entre a atenção ao câncer e o Estado. Nesta marcha de indefinições, o aperfeiçoamento dessa relação, a princípio, restrita ao círculo e entidades médicas públicas e privadas, teria como novidade, no início da década de 1940, a entrada em cena do envolvimento da população através dos meios de comunicação e da propaganda (...)” (Carvalho, 2006:79)

Ampliando seu comentário, podemos afirmar que possivelmente, o maior legado do interesse de Kroeff e seus continuadores pela educação em saúde e, em particular pelas ações educativas em relação ao câncer, está no fato de essas atividades terem criado uma tradição nas instituições brasileira e nas gerações posteriores de cancerologistas gerando o “saber fazer” necessário ao desen-



O SÉLO DE UM CRUZEIRO, APOSTO EM SUAS COMPRAS, DURANTE O MÊS DE NOVEMBRO, AUMENTARÁ A COLUNA DE PROTEÇÃO AOS CANCEROSOS DESVALIDOS.

VISITE A EXPOSIÇÃO EDUCATIVA DE COMBATE AO CÂNCER, SOB O PATROCÍNIO DO JOCKEY CLUB BRASILEIRO E ORIENTAÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER - EDIFÍCIO DARKE (LOJA) R.13 de MAIO, 23 -

Propaganda da exposição educativa e do selo beneficente do Asilo dos Cancerosos da Penha

volvimento das grandes ações educativas de prevenção à doença elaboradas a partir da década de 1990.

O ensino da cancerologia no Brasil

O maior interesse de medicina pelo câncer a partir das primeiras décadas do século XX foi acompanhado da ampliação das preocupações com a formação de profissionais com conhecimentos e habilidades específicas para lidar com a doença. Entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX, as preocupações se voltavam para as possibilidades de divulgação de conhecimentos sobre tratamentos específicos de tumores malignos. Um exemplo dessas preocupações foi o curso ministrado por Antônio Augusto de Azevedo Sodré (1864-1929), professor da cátedra de Patologia Interna, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sobre “Moléstias do Estômago”, no qual sobressaía o tema dos “tumores do estômago”, em que o médico ensinava como tratar a enfermidade.

Posteriormente, com o acúmulo de conhecimentos sobre as diversas formas da doença e os diferentes meios de tratá-las, as idéias sobre a melhor maneira de promover o ensino da cancerologia passaram a se centrar em duas posições antagônicas, que dividiam o campo dos especialistas em cancerologia: para alguns, o ensino das matérias relacionadas ao câncer deveria se diluir no currículo médico, se inserindo nos espaços dirigidos às diversas matérias médicas. Assim, o estudo do câncer de estômago deveria se enquadrar no campo mais vasto da gastroenterologia, os cânceres de pele deveriam ter seus estudos vinculados às cadeiras de dermatologia, e assim por diante. Para outros cancerologistas, o estudo do câncer deveria ser feito em bloco em cursos de especialização, o que garantiria o desenvolvimento desse conhecimento como uma especialidade médica.

Até hoje, a cadeira de oncologia não é obrigatória no currículo médico, no entanto, os estudos sobre o câncer deram origem a várias iniciativas voltadas para a especialização dos profissionais após a faculdade. A primeira delas deveu-se a Ugo Pinheiro de Guimarães, que, em 1928, ministrou na Universidade do Brasil o primeiro

curso de extensão universitária sobre cancerologia. Em 1939, Alberto Lima de Moraes Coutinho, em conjunto com Amadeu Fialho, ministrou o 1º Curso sobre Câncer Bucal no então Centro de Cancerologia do Distrito Federal, tendo a primeira turma formada em 1942. Com o apoio de Abelardo de Brito e Chryso Fontes, ex-diretores da Faculdade Nacional de Odontologia, Coutinho organizaria, entre 1941 e 1953, cursos da mesma natureza para dentistas e estudantes de odontologia da mesma faculdade. Coutinho foi o pioneiro na luta pela implantação do ensino da cancerologia no Brasil, no entanto, ele nunca conseguiu ver concretizada a sua idéia. Porém, suas iniciativas nesse campo possibilitaram a formação de um grande número de especialistas que vieram a ocupar cargos centrais na luta contra a doença nas diversas instituições criadas no País a partir da década de 1940.

A preocupação em formar profissionais voltados para a cancerologia relacionava-se a um contexto amplo de especializações das áreas médicas, observado inicialmente nos Estados Unidos a partir das reformas da educação médica ocorridas no início do século XX. Conhecida como Reforma Flexner, as transformações da educação médica estadunidense foi, aos poucos, difundida nas mais diversas regiões do ocidente pelas ações da Fundação Rockefeller. A filosofia que subjazia a reforma Flexner defendia que a formação médica deveria estar centrada no ensino das disciplinas biológicas e nas práticas de laboratório, incorporando-se o método científico à prática clínica. Nesse sentido, o modelo biológico na medicina se consolidaria por meio da educação médica. Desse ponto de vista, tanto os professores de ciências básicas quanto os de ensino clínico deveriam ser especializados e dedicar-se exclusivamente ao ensino e à pesquisa. Sob tal orientação, as escolas médicas procuravam pautar a formação em um “sólido” conhecimento científico, incentivando o estudo ‘desinteressado’ das ciências biológicas em geral e criando homens de ciência capazes de agir em consonância com o incessante progresso da medicina.

Na década de 1940, essa forma de pensar a educação médica era hegemônica entre nossos médicos. Em

1942, uma reforma nos serviços de saúde regulamentou os cursos de aperfeiçoamento e especialização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), para diversas áreas, incluindo o câncer. Seguindo a diretriz citada, ela procurou formar especialistas no estudo da etiopatogenia da doença, no diagnóstico e tratamento, na profilaxia e na organização da luta contra o câncer. Mas, a meta de muitos cancerologistas era a aprovação da cadeira de cancerologia nas faculdades de medicina

Em 1947, Alberto Coutinho enviou ao Congresso Nacional um memorial solicitando a criação do ensino regular de cancerologia nas faculdades federais de medicina, no entanto, seu pleito não foi atendido. Em 1952, Mario Kroeff afirmava que só com o ensino técnico se poderiam formar os cancerologistas. Com a ampliação da tecnologia envolvida no tratamento da doença e o aparente aumento dos índices mundiais de mortalidade de câncer, os médicos passavam a considerar vital a especialização na doença. Em 1962, ocorreu a criação do Comitê Nacional de Ensino de Cancerologia (CNEC) que teria como objetivo incentivar o ensino da cancerologia, favorecendo a participação e a cooperação dos médicos e de outros profissionais da saúde no combate à doença. A criação do CNEC seria um esforço para implementar de vez um programa de ensino de cancerologia nas universidades e faculdades públicas e privadas.

A movimentação em torno da implantação do ensino de cancerologia na década de 1960 fez com que viessem a público várias iniciativas nesse sentido. Em 1969, o então diretor do Serviço Nacional de Câncer, Adayr Eiras de Araújo propôs que o ensino da cancerologia se deveria se dar de três maneiras diferenciadas: por meio de cursos destinados a dar noções de cancerologia aos estudantes nas faculdades, inserindo-se assim a inclusão da cancerologia no curso médico; por meio de cursos destinados a dar aos médicos noções intensivas de atualização; e, finalmente, por meio de cursos de pós-graduação, destinados a formar especialistas, que deveriam ser ministrados por intermédio de convênios dos grandes hospitais especializados com as universidades. Em 1976, o deputado Inocêncio de Oliveira propôs a criação da

cátedra obrigatória de oncologia nas faculdades de medicina. Mas os esforços em criar a cadeira obrigatória de cancerologia não tiveram resultado efetivo.

Em 1980, Jorge Marsillac apontava que poucas faculdades médicas e de odontologia tinham uma disciplina de oncologia, pois a opinião predominante entre os órgãos oficiais de ensino era de que não havia necessidade de criar uma cátedra específica, pois a matéria se-

ria melhor ensinada por meio de outras especialidades médicas e cirúrgicas, como a anatomia patológica, biofísica, bioquímica e terapêutica das irradiações. O debate sobre a cadeira obrigatória de oncologia persiste até hoje, haja vista que não é unanimidade entre as instituições públicas e particulares de ensino a presença dessa disciplina, sendo mais comum encontrá-la em cursos de residência e de pós-graduação.



Curso de cancerologia — 1953



CAPÍTULO

6

Saúde: bem público ou privado? O INCA e a política de controle do câncer no período autoritário (1964 – 1979)

Os anos 1960 marcam um período de grandes transformações para a saúde pública brasileira, para o SNC e para seu Instituto de Câncer. No contexto de instabilidade política e social e da progressiva perda dos direitos civis iniciada com o golpe militar de abril de 1964, as propostas dos cancerologistas para uma nova política para a doença que vinham se configurando na década anterior passariam por grandes reveses. De forma semelhante, o Instituto Nacional de Câncer atravessaria uma forte crise determinada pelo encaminhamento mais geral da política de saúde do período que, navegando na rota contrária de grande parte dos nossos sanitaristas, via na privatização dos serviços o caminho adequado para melhoria das condições de saúde da população.

Os primeiros anos desta década caracterizam um período marcado pela instabilidade política, decorrente de um contexto de transição para um regime autoritário de Governo, que gradativamente acentuou seu caráter repressor ao longo da década de 1960. Um conjunto de alterações nas orientações econômicas adotadas no País reconfiguraram a participação brasileira no mercado internacional. Essas transformações se refletiram na dinâmica interna da economia, acentuando o crescimento do país com base em crescente concentração de renda. Foi no decorrer dessa década também que assistimos à intensificação do processo de urbanização da sociedade brasileira, com grande deslocamento da população ru-

ral para as grandes cidades, transformando o quadro do início dos anos 1960, quando o Brasil ainda era definido como um país de população predominantemente rural (Santos, 1985). Esse momento de transição política, acompanhado pelas transformações sociais e econômicas que ocorreram, repercutiu sobre as condições de saúde da população e sobre o desenho institucional do setor, que passaria por mudanças significativas em diversos segmentos.

No decorrer dos primeiros anos da década de 1960, que antecederam ao golpe de 1964, dois eventos importantes marcariam a história política da saúde pública no País. O primeiro deles foi a reunião do XV Congresso de Higiene, realizado em dezembro de 1962, em Recife. No evento, o então ministro da Saúde, Souto Maior, trouxe a público uma nova visão sobre a saúde que deveria formatar as novas políticas para o setor. Partindo das postulações dos sanitaristas desenvolvimentistas, ele argumentava que as condições de saúde da população estavam vinculadas às suas condições de vida e trabalho. Também reconhecia a relação entre pobreza e doença, subordinando a interrupção desse círculo a um projeto de desenvolvimento nacional baseado em reformas estruturais da sociedade com melhoria da distribuição da riqueza nacional. No ano seguinte, sob o impacto das recomendações surgidas no Congresso de Higiene, seria realizada a III Conferência Nacional de Saúde (CNS). Lide-

rada pelo então ministro da Saúde Wilson Fadul, a III CNS contou com a participação de gestores, médicos e demais profissionais do campo, além de lideranças políticas da área da saúde. Foi palco de caloroso debate acerca do formato institucional até então imposto aos serviços de saúde, que, subordinados às diretrizes do Ministério da Saúde, eram marcados pelo viés centralizador que havia originado sua configuração, quando da época de criação da estrutura institucional existente durante os anos 1930.

O foco prioritário dos debates no decorrer deste evento foi o caráter centralizador da estrutura institucional do Ministério e a necessidade de se adotar uma forma mais descentralizada de gestão na área da saúde, fortalecendo o papel dos municípios na gestão dos serviços. A III CNS é considerada um marco institucional na política de saúde pública brasileira, por ter assegurado um espaço político para a formalização de novas propostas para o setor. As idéias preconizadas neste evento, bem como o próprio evento, constituiriam referência para aqueles que, no decorrer dos anos seguintes, seguiriam propondo mudanças para a área da saúde e lutariam por uma gestão mais democrática na saúde, acompanhada por um sistema de saúde mais universal e igualitário. Apesar do período autoritário que viria em seguida, as idéias e propostas ali debatidas semeariam e gerariam frutos algumas décadas depois. Nesse sentido, a III CNS deve ser lembrada por seu papel no contexto político daquela época, e pela importância que teria como norteador de propostas para a política pública de saúde nas décadas seguintes.

Após 1964, com a instauração do governo militar, as propostas de mudança vocalizadas no decorrer da III CNS não encontraram eco na nova conjuntura, tornando-se incompatíveis com as propostas e diretrizes do Governo para o setor.

Nesse sentido, observa-se uma série de transformações e alterações institucionais, amparadas em reformas legislativas, que alteraram gradativamente o perfil das instituições públicas e privadas no âmbito da assistência médica e da saúde pública. Entre elas, podemos des-



“Golpe militar de 1964: soldados montam barricadas no Palácio Guanabara”



tacar: o desenho e formato de prestação de serviços, com o crescimento da demanda por assistência médica no âmbito dos institutos de aposentadoria e pensões (que culminaria com a criação do INPS em 1966/67); a ampliação e fortalecimento da indústria farmacêutica que replicou sobre o fortalecimento da medicina curativa/hospitalar; o crescimento da especialização no âmbito da prática médica, com a fragmentação do ato clínico, acompanhada da sofisticação do processo de diagnóstico, do tratamento e das ações terapêuticas; e a expansão do trabalho assalariado dos profissionais da saúde (Braga e Paula, 1986; Bodstein, 1987).

As estratégias do novo governo para enfrentar os problemas de saúde que se apresentavam naquele contexto apontavam para o fortalecimento da prática médico-hospitalar e da compra de serviços privados por meio de convênios com a previdência social. Nessa lógica, uma importante alteração institucional daria suporte a essas diretrizes: a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou todos os institutos de Aposentadoria e Pensões. Com isso os recursos ficaram concentrados no INPS, sob a justificativa de facilitar a ampliação da cobertura dos serviços médicos; extinguindo dessa forma a representação classista que havia anteriormente, quando os institutos eram organizados por categorias profissionais. Como conseqüência, no decorrer dos anos seguintes o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços médicos privados. O Estado atuou, portanto, segundo uma lógica de prestação de serviços públicos, que favorecia interesses privados e fortalecia o mercado privado de saúde, que, como veremos adiante, se consolidaria com o passar dos anos.

Essas mudanças tiveram início na gestão do ministro Raimundo de Britto (que assumiu em 15 de abril de 1964, nomeado por Castello Branco, passando assim da pasta estadual – RJ, para o Governo Federal) e repercutiram sobre a estrutura organizacional da saúde pública de forma gradativa, colocando a pique as propostas dos sanitaristas desenvolvimentistas e construindo um novo modelo para a saúde no País.

Ação social sistemática, controle e pesquisa

[O câncer] é um problema que, devido a sua natureza e extensão, só pode ser resolvido por uma ação social sistemática do mesmo gênero da que foi aplicada com sucesso na luta contra as moléstias infecciosas e contagiosas, no passado. (Heller, J. apud: Prudente, 1960:259)

No campo da política para o controle do câncer, ocorria o mesmo processo observado em relação à política nacional de saúde, com os cancerologistas navegando na contramão do projeto que começava a ser gestado pelo Estado. As divergências que marcariam esse período se relacionariam tanto à visão mais geral da política do setor como em relação ao Instituto de Câncer. Nesse primeiro campo, os cancerologistas continuavam a perseverar na proposta surgida no âmbito do desenvolvimentismo que postulava a vinculação das condições de saúde às condições econômicas e propunha a busca de soluções para os problemas de saúde relacionada à realidade econômica social do país. O discurso de Jorge Marsillac, diretor da Seção de Organização e Controle do SNC, na VII Conferência Internacional do Câncer, realizada em 1958, demonstra de forma precisa essa forma de pensar:

“Nos países em baixo desenvolvimento econômico, as características nosológicas e demográficas são, correspondentemente, diversas. Neles, a mortalidade de doenças transmissíveis é ainda elevada, embora os novos recursos de tratamento tenham concorrido notavelmente que pudesse ser rebaixada. Por motivos econômicos, sociais e administrativos, esses recursos não produzem efeitos tão intensos nesses países quanto nos que são economicamente desenvolvidos [...] As endemias que os acometem atingem extensamente o avultado número de pessoas, mostrando-se como doenças de massa e exigindo, para seu atendimento, métodos de medicina de massa, que se apliquem extensiva e descentralizadamente a toda a população a ser beneficiada. Os recursos indicados para este fim pertencem à medicina de quantidade, que não exige o aprimoramento da medicina de qualidade dos países desenvolvidos (Marsillac, 1960:43)”.

Para os cancerologistas do Serviço Nacional de Câncer (SNC), era indiscutível que o problema do cân-

cer havia ultrapassado os limites dos hospitais, enfermarias e consultórios médicos, se constituindo, de fato, numa questão de saúde pública e, como tal, deveria ser enfrentado. A luta contra a doença também não poderia se restringir ao aspecto do tratamento hospitalar, pois seus crescentes índices de incidência mostravam a



Jorge Marsillac e Mario Kroeff em solenidade da Academia Nacional de Medicina

inviabilidade de uma política prioritariamente voltada para o aspecto curativo. Além disso, a detecção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a pesquisa do câncer demandavam especialistas altamente treinados, além da instalação de equipamentos custosos. Ao Governo federal, com o apoio dos estados e municípios, deveria



As Pioneiras Sociais e o INCA III

Em 1956, o Presidente Juscelino Kubitschek perdeu sua sogra em virtude de um câncer ginecológico. A partir de então ele procurou incentivar a ação preventiva contra a doença. Assessorado pelo professor Arthur Fernandes Campos da Paz Filho criou o Centro de Pesquisa Luíza Gomes de Lemos (CPLGL), no âmbito da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro. Como a cidade já contava com dois grandes centros de referência no tratamento do câncer – o Instituto Nacional de Câncer e o Hospital Mário Kroeff, o centro especializou-se na prevenção da doença, especificamente em mulheres (câncer de mama e do aparelho genital) (Guimarães *et alii*, 2002).

Em 1977, o CPLGL expandiu-se com a construção do Hospital Santa Rita, que posteriormente passou a ser denominado Instituto Nacional de Ginecologia Preventiva e de Reprodução Humana. Com a extinção desse Instituto, em 1982, todo o conjunto (ambulatório e hospital) passou a chamar-se Centro de Ginecologia Luíza Gomes de Lemos, com atividades ambulatoriais e cirúrgicas, de ginecologia e mastologia.

Após a extinção da Fundação das Pioneiras Sociais, decretada pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991 – a mesma que instituiu o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, o Centro Ginecológico foi incorporado ao INCA, por intermédio da Portaria Ministerial nº 968, de 10 de setembro de 1992. Posteriormente, com o novo regimento do Ministério da Saúde, estabelecido pelo Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998, recebeu a atual denominação de Hospital de Câncer III do INCA (*idem*).



cabem a maior responsabilidade e participação, pois, os recursos provenientes de campanhas populares ou de doações não seriam capazes de suprir os meios necessários para o controle da doença (Araújo e Marsillac, 1969). Neste sentido, somente o Estado teria condições de assumir uma estrutura capaz de conduzir, com mais rigor, a luta contra o câncer em esfera nacional.

Em maio de 1965, durante as comemorações anuais do mês do câncer, seria realizada a primeira reunião anual dos presidentes e diretores das entidades participantes da rede de instituições vinculadas ao SNC. Esse fórum – tal qual a III Conferência Nacional de Saúde – vocalizava o projeto dos sanitaristas da área em relação ao câncer. Suas propostas se relacionavam à maior autonomia econômica e financeira para o SNC, à criação de um detalhado cadastro – relacionando as instituições vinculadas, suas atividades e número de atendimentos – e à necessidade de ampliação dos recursos para o Serviço. Nesse sentido, os dirigentes apelavam ao Executivo que o SNC não fizesse parte do plano de economia de recursos do Governo federal (Bodstein, 1987). Além desses temas, as reuniões do grupo geralmente se voltavam para os meios de manutenção de todos os centros voltados para o tratamento e controle da doença, a promoção de campanhas efetivamente nacionais, a organização de novos programas de atendimento e de pesquisa e, para as estratégias de formação de técnicos e especialistas. (Araújo e Marsillac, 1969).

Nas duas primeiras reuniões do grupo, a estrutura do SNC e a relação entre suas diversas instituições foi um aspecto intensamente discutido. Para muitos cancerologistas, a organização em forma de rede dificultava a conjugação dos esforços para a melhoria do sistema como um todo. Esse diagnóstico levou a proposições de unificação operacional das instituições que compunham o Serviço, sob a égide de uma entidade que deveria orientar e coordenar nos estados o plano geral estabelecido pelo SNC (Bodstein, 1987). Tais propostas aproximariam a política pensada para o câncer das campanhas nacionais contra diversas doenças que seriam instituídas, em 1966, pelo Ministério da Saúde, sem a inclusão do câncer.

Na verdade, os cancerologistas já tinham em mente uma atuação nacional nesse modelo. Para isso, propunham a criação de um Fundo Nacional de Câncer destinado a financiar a Campanha Nacional. Os recursos seriam buscados com a criação de taxas e impostos sobre produtos considerados cancerígenos, em virtude da notória exigüidade de verbas federais destinadas ao combate ao câncer.

A Campanha Nacional de Combate ao Câncer

Na época em que dirigiu o Serviço Nacional do Câncer – 1963-1967, Moacyr Alves dos Santos Silva – clínico, cancerologista e um dos fundadores do Centro de Cancerologia, embrião do INCA – tentou dinamizar as atividades por meio da organização de uma Campanha Nacional de Combate ao Câncer, nos moldes da Campanha contra a Tuberculose. A institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, regulamentada pelo Presidente Costa e Silva e pelo Ministro Leonel Miranda, sempre fora uma aspiração dos cancerologistas desde a criação dos Serviços Nacionais de Saúde, em 1941.

Em dezembro de 1967, quando Leonel Tavares Miranda ocupava o Ministério da Saúde, e Arthur da Costa e Silva a Presidência da República, foi finalmente publicado o Decreto nº 61.968, que instituiu no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

“Artigo 1º. Fica instituída no Serviço Nacional de Câncer, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, nos termos dos artigos 1º e 2º da Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) (Decreto 61.9688, de 22/12/1967)”.

Para impulsionar a luta contra a doença em todo o País, várias instituições, em diversos estados vieram a constituir a Campanha Nacional. Algumas dessas instituições já existiam, outras foram criadas para esse fim, entre as primeiras estavam: a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos (fundada por Mario Kroeff); a Associação Paulista de Combate ao Câncer (por Antonio Prudente); a Liga Baiana contra o Câncer (por Aristides Maltez); a Liga Paranaense contra o Câncer (por



Campanha de Combate ao Câncer 1961. Doação

Erasto Gaertner); o Núcleo de Combate ao Câncer de Maceió (por Ib Gatto Falcão); e a Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central (por Mário Palmério).

A CNCC, como seria chamada, foi inaugurada oficialmente em 06 de maio de 1968, em sessão solene no INCA, e juridicamente institucionalizada. Se destinaria a

“intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados, de pesquisa, de educação, ação social e de recuperação relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência (Decreto 61.9688, de 22/12/1967)”.

Previa ainda medidas para ampliação e aparelhamento de unidades médico-hospitalares especializadas, formação de pessoal técnico em diagnóstico e ensino sobre detecção e profilaxia da doença. Apesar das metas ambiciosas que a Campanha se propunha e da amplitude e importância do programa, ela se viu seriamente ameaçada pela política governamental de contenção de despesas na área da saúde.

Dispondo de um orçamento pequeno, a Campanha deu início aos trabalhos em quase todos os estados. Várias entidades privadas de combate ao câncer receberam auxílio, entre elas: Núcleo de Combate ao Câncer da Santa Casa de Misericórdia de Alagoas; Associação Feminina de Combate ao Câncer do Espírito Santo; Hospital Mario Kroeff (mantido pela Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos); Associação Mato-Grossense de Combate ao Câncer; Hospital Borges da Costa de Minas Gerais; Instituto Ofir Loyola do Pará; Sociedade Paraibana de Combate ao Câncer; Hospital Erasto Gaertner do Paraná; Clínica de Câncer da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer; Hospital Luiz Antonio da Liga Norte Rio-Grandense contra o Câncer; Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho de São Paulo; Hospital Álvaro Alvim do Rio de Janeiro; entre outras instituições. Vale a pena ressaltar que os recursos consignados pelo do Serviço Nacional de Câncer para manutenção dessas instituições, praticamente duplicaram entre 1968 e 1969 (Araújo e Marsillac, 1969).

Campanhas educativas e formação de especialistas

Diferentemente da tônica dada às ações educativas nas décadas anteriores à criação da CNCC, cujo enfoque era o de alertar a população da possibilidade de contrair a doença por meio do “pavor” e da “morte anunciada”, a CNCC chamaria a atenção para os recursos disponíveis e para os avanços no tratamento da doença. O objetivo era divulgar, por “atitudes de alerta e não de alarme”, uma nova forma de diagnosticar e tratar a doença.

Entre as metas propostas, estava a de incentivar a Campanha Educativa Social quanto ao valor da prevenção e detecção do câncer, entre médicos e leigos. A preocupação com a prevenção por meio da educação higiê-



Aparelho utilizado no diagnóstico de câncer, 1961

nica veio a ser a pedra de toque da política pública em saúde. O objetivo, portanto, era fornecer elementos aos médicos para que pudessem diagnosticar a doença logo no seu início e alertar a população para os primeiros sintomas, uma vez que, quando diagnosticada precocemente, poderia ser curada. Daí a ênfase na junção entre propaganda e educação higiênica para detecção e tratamento profilático dos doentes em hospitais de câncer.

Para Adayr Eiras de Araújo, as campanhas teriam um caráter esclarecedor e seriam realizadas em moldes diversos das campanhas anteriores. Para tanto, dizia ele,

“(…) serão contratados técnicos especializados em propaganda que, através dos meios modernos de divulgação, levarão ao povo em caráter constante mensagens de ensinamento e esperança, destinadas a fazer desaparecer o grande espantinho que representa a palavra câncer, mos-



Exame radiográfico. Hospital das Pioneiras Sociais, 1965

Metas da Campanha Nacional de Combate ao Câncer para 1968

- 1 – Incentivar a Campanha Educativa Social quanto ao valor da prevenção e detecção do câncer, entre médicos e leigos.
- 2 – Dar divulgação ampla do valor da residência em hospitais de câncer através da Campanha dirigida às faculdades de medicina do território nacional, para a formação de especialistas em cancerologia.
- 3 – Divulgar a necessidade das entidades de combate ao câncer, incentivar a formação de técnicos especializados, mediante estágio em hospitais de câncer credenciados pela Campanha.
- 4 – Estudar e propor as medidas legais para incluir a cancerologia na fase curricular e ou na fase de pós-graduação do ensino médico.
- 5 – Procurar incentivar a instituição de registro de câncer nas diversas regiões do Território Nacional.
- 6 – Promover uma reunião anual, com os dirigentes de entidades públicas ou privadas participantes da CNCC, para a fixação e determinação de diretrizes ao combate ao câncer no país.
- 7 – Estudar normas que deverão reger o funcionamento educacional e técnico administrativo das coordenadorias educacionais.
- 8 – Iniciar estudo para preparo de material especializado em divulgação e propaganda da CNCC.
- 9 – Lançar as bases de um levantamento minucioso (pessoal, material e técnico) da situação atual das entidades públicas e privadas que participam do combate ao câncer em nosso país contando com a participação da SOC do Serviço Nacional de Câncer.
- 10 – Estudar plano para a instituição de uma campanha financeira com finalidade levantar fundos para a CNCC.

(RBC, 1968)



Campanha de Combate ao Câncer do ano de 1964, organizada no Aeroporto Santos Dumont

trando como reconhecer o mal em seus primeiros sintomas e as medidas a serem tomadas quando estes se manifestarem (Araújo, 1967: 22)”.

A Campanha Educativa Social procurava, portanto, ensinar a população a reconhecer anormalidades e tomar as medidas necessárias para combatê-las. Além disso, incentivava a realização de exames periódicos sistemáticos em pessoas com mais de 40 anos de idade, uma vez que o aumento da incidência de câncer acompanhava a idade (Marsillac, 1968).

O sucesso da Campanha demandava a formação de novos quadros. A questão do ensino da cancerologia nas faculdades de medicina era um problema enfrentado na formação de profissionais. Havia, segundo Prudente, uma resistência entre os médicos de não se aceitar a cancerologia como uma especialidade clínica. E, desinteresse pelos estudantes de medicina no problema dos tumores, pois o mesmo lhes é apresentado sob aspectos os mais diversos, fragmentariamente, por professores que quase sempre têm opiniões diferentes, senão antagônicas, sobre as questões fundamentais referentes aos tumores (Prudente, 1959: 65).

O problema da educação profissional vinha sendo debatido em vários trabalhos publicados na *Revista Brasileira de Cancerologia*, na *Revista Brasileira de Cirurgia*, etc. Discutia-se a criação de cursos formais, especializados, e, ao mesmo tempo, a intensificação do ensino da cancerologia no meio médico. Para os cancerologistas do Instituto Nacional de Câncer, uma vez que o câncer era visto como um problema de saúde pública, fazia-se indispensável a junção entre formação profissional e campanhas educativas mais generalistas. Acreditavam que a cancerologia como cadeira, tinha tanta importância quanto a dermatologia, a fisiologia, a urologia ou outras especialidades. Diziam eles que, na maioria dos casos, um diagnóstico tardio impossibilitava a realização de cirurgias, radioterapia e quimioterapia, e que isso se devia em grande parte à falta de conhecimento sobre a doença.

Na luta organizada contra o câncer, três setores deveriam ganhar destaque: a pesquisa em cancerologia, destinada a estabelecer novos conhecimentos e fornecer informações inéditas a respeito dos tumores e os meios

eficazes para combatê-los; o controle, visando à aplicação de medidas e métodos de combate ao câncer (tanto de caráter coletivo quanto individual), e a educação profissional, funcionando com um elo entre pesquisa e controle. Em trabalhos publicados na *Revista Brasileira de Cirurgia*, Antonio Prudente dizia que, muito mais importante do que estabelecer se a cancerologia é especialidade ou não, seria procurar preparar “indivíduos capazes de dirigir a luta, num âmbito médico-social muito amplo. [...] médicos que possuam todos os conhecimentos necessários para essa tarefa” (Prudente, 1960: 217).

O Instituto e suas áreas de atuação

Com a institucionalização da Campanha, o Instituto Nacional de Câncer deixou de ser o principal formulador das políticas de combate à doença no País. Mas, apesar disso, manteve um papel de destaque por meio da prestação de serviços médicos, ensino, pesquisa e elaboração de programas educativos. No período que precedeu a crise que se abateria sobre a instituição a partir de 1968, o Instituto funcionava a todo vapor, mantendo o entusiasmo que a inauguração da nova sede proporcionara a seus técnicos.

No início de 1968, quando começou a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, o Instituto, instalado na praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, tinha capacidade para 331 leitos. Havia cerca de 120 médicos e 830 funcionários atuando na instituição. O bloco cirúrgico, construído anexo ao prédio principal, tinha oito andares com salas de operação e de recuperação de tratamento intensivo, bem como um Centro de Anestesiologia. Esse bloco, criado e equipado durante a gestão de Francisco Fialho no INCA e de Moacyr Alves dos Santos no Serviço Nacional de Câncer, constituía um ponto de apoio para algumas seções do prédio principal, que funcionavam precariamente. Ao terminar as obras, essas seções mudaram-se, em caráter definitivo, para o novo bloco.

Outras sessões importantes do Instituto e que ampliaram seu campo de atuação nos anos 1960 e 1970



Tomografia para diagnóstico de câncer

foram: o Laboratório de Anatomia Patológica, na época, chefiado por Francisco Filho e que, com a inauguração do prédio anexo, passou a funcionar em todo o 5º andar; a Seção de Radiodiagnóstico, com sete aparelhos; os Laboratórios de Análises e de Citologia; as Seções de Radioisótopos e de Experimentação e Pesquisa; a Seção de Fisioterapia; e o Departamento de Medicina, a cargo de Moacyr Santos Silva, no qual estavam incluídos a Seção de Linfomas e a Unidade de Pediatria. O Instituto contava, ainda, com um Banco de Sangue, uma Biblioteca, um Auditório com capacidade para 270 pessoas, uma Tipografia e uma Seção de Fotografia. Continha doze ambulatórios, com dezenas de salas e boxes. Do ponto de vista da medicina preventiva, havia os Serviços de Prevenção e Detecção do Câncer Ginecológico, da Boca e do Pulmão.

A Seção de Radioterapia, uma das mais atuantes e equipadas do INCA, recebeu novos investimentos, passando a contar com aparelho de roentgenterapia, além de produtos específicos para esse fim, como cobalto-60 e rádio em tubos e agulhas, dois aparelhos de radioterapia superficial e quatro para radioterapia profunda convencional. Em 1964, havia sido criado o Setor de Física de Irradiação Aplicada à Medicina. Para chefiá-lo, foi convidada a física Esther Nunes Pereira. Até esse período, haviam sido formados, em estágio especializado, 40 radioterapeutas, que tiveram sua formação técnica na Seção de Radioterapia do Instituto Nacional de Câncer. Posteriormente, durante a gestão de Adayr Eiras de Araújo (1974-78), novos equipamentos foram adquiridos na área de Medicina Nuclear, Radiologia e Radioterapia (Marsillac, 1988; Araújo e Marsillac, 1969).

No Instituto, havia o Centro de Estudos e Ensino Amadeu Filho, responsável, entre outras atividades, pela publicação de um boletim com todas as realizações do INCA, pelo patrocínio de cursos de especialização em Radioterapia, Cirurgia de Pescoço e Cabeça e Ginecologia e pela colaboração nas campanhas de educação popular, programadas pelo Serviço Nacional de Câncer. Este aspecto, de educação em saúde, era um programa pioneiro no País. O Centro atuava ainda na promoção de

intercâmbios com entidades congêneres, nacionais e estrangeiras, bem como na formação técnico-auxiliar, nas funções destinadas à cancerologia e, finalmente, na orientação e coordenação da residência no Instituto Nacional de Câncer.

Após desmembrar-se da Seção de Cabeça e Pescoço (a primeira dessa especialidade a ser criada no País, em 1952), a Seção de Cirurgia Plástica tornou-se uma especialidade no INCA. Foi o primeiro serviço a realizar, no Brasil, a reconstrução mamária com retalhos miocutâneos do reto-abdominal. Introduziu no serviço público a microcirurgia como técnica cirúrgica, formou vários cirurgiões plásticos no País e organizou vários cursos nacionais e internacionais em cirurgia plástica reconstrutora. Ressalta-se ainda que inúmeros médicos ocuparam cargos importantes na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (Kogut, *et. alii*, 2000).

Com o aumento das atribuições do Instituto, a antiga Seção de Estatística e Epidemiologia foi desmembrada em duas seções: Seção de Estatística e Arquivo Médico e Seção de Epidemiologia e Estatística, com o objetivo de realizar análise, codificação, auditoria e arquivamento dos prontuários do INCA.

A Seção de Experimentação e Pesquisa do Instituto ocupava todo um pavimento. Nela realizavam-se pesquisas básicas e o estudo do efeito terapêutico de alguns medicamentos para o tratamento do câncer. O Instituto instalou no Serviço de Hemoterapia a Unidade de Separação Celular Emil J. Freireich, sendo o primeiro serviço do País a executar aférese em equipamento de fluxo contínuo. Nessa mesma época, foi instalado o laboratório de Imuno-Sorologia, pioneiro na implantação de testes para doença de chagas, sífilis e hepatite B.

Em 1967, durante as comemorações do 30º aniversário do Instituto, inaugurou-se o primeiro ambulatório preventivo de câncer oral. Outra Seção de destaque do Instituto era a de Ginecologia, que também continha um Ambulatório de Prevenção ao Câncer Ginecológico. Na seção de Cirurgia Urológica e Genital Masculina, organizada em 1953, haviam sido praticadas até o momento 1.728 operações urológicas.



Fotografia aérea da atual Praça da Cruz Vermelha onde estão localizadas diversas seções do INCA, inclusive seu prédio principal, em destaque

As dificuldades institucionais que atingiram o INCA a partir de 1968 causaram uma interrupção em seu processo de expansão institucional. A transferência para o Ministério da Educação e a restrição das atividades principalmente ao campo do ensino fizeram que o Instituto, entre o final da década de 1960 e o início da década seguinte, passasse por encolhimento de suas áreas de atuação.

De volta à saúde pública

As transformações da saúde pública iniciadas com o Governo Castelo Branco repercutiram sobre a estrutura organizacional da saúde pública de forma gradativa. Foram consolidadas na gestão de Leonel Miranda no Ministério da Saúde, destacando-se o ano de 1970 como um importante momento de reformulação nos princípios orientadores da política de saúde pública, com repercussões na estrutura administrativa do Ministério da Saúde.

O novo ministro acompanhando as proposições em vigor naquele período – que observavam a melhoria das condições de saúde da população como essenciais para o desenvolvimento do País – se dedicou a formulação de um amplo Programa de Ação, que elaborou para implementar no Ministério da Saúde, no período 1967-71. Nele apresentava um diagnóstico das condições de saúde e procurava definir ações voltadas para a prevenção e controle dos problemas de saúde, orientadas por técnicas de planejamento (Bodstein, 1987:102). Entretanto, não obteve tempo para executá-lo, pois foi substituído por Leonel Miranda no próprio ano de 1967. Diante disso, podemos apontar a aprovação da Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias como um dos principais eventos institucionais promovidos durante sua gestão.

A Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, estabeleceu normas gerais para a instituição e execução de campanhas de saúde pública, exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde. Seu objetivo era o de intensificar e coordenar em todo o País as atividades públicas e particulares destinadas à prevenção e combate de doenças que

constituíssem problema coletivo. Essa proposta procurava centralizar as ações de saúde e enfraquecia os serviços locais. O texto legislativo que a normatizou reforçava a idéia de campanhas conjunturais, para atender à epidemias, com colaboração de instituições particulares, sem indicar um caráter de permanência nas atividades de prevenção. Havia também uma excessiva preocupação com os custos e a contratação de terceiros para as atividades temporárias, explicável se considerarmos que as campanhas proporcionaram uma alternativa de gestão de recursos no setor da saúde. Tendo em vista o contexto político conturbado, a lei orgânica das campanhas sanitárias representou mais uma tentativa de redirecionar a atuação pública na saúde, abrindo espaço para que instituições particulares aumentassem sua participação na gestão dos serviços de saúde (Fonseca, 2001).

Com a posse de Leonel Miranda e a instituição do Plano Nacional de Saúde (PNS), um novo momento se iniciou na esfera da saúde no País, trazendo repercussões diretas sobre o Instituto Nacional de Câncer. A aprovação do Decreto-Lei nº 200 em 25/02/1967, que dispunha sobre a organização da administração federal, criou um importante respaldo jurídico para as alterações administrativas que ocorreriam nos próximos anos.

O PNS procurou traduzir para a esfera da saúde as diretrizes indicadas pelo Decreto-Lei nº 200, estimulando a ação no campo da saúde como um campo de investimento econômico. Nesse sentido, *previa como um dos mecanismos de descentralização, a passagem de órgãos públicos para a órbita privada mediante concessões e contratos. Por isso mesmo, o PNS deve ser visto como o instrumento político que tentou adequar o setor saúde à nova política de desenvolvimento nacional, respaldado na retomada do dinamismo da iniciativa privada* (Bodstein, 1987).

Em 1968 era bastante estreita a relação entre o Governo federal e os produtores privados de serviços de saúde, na medida em que o INPS passou a ser o grande comprador de serviços médicos privados organizados em moldes empresariais (Koch, *et alii*, 1986). Para o sanitário Carlos Gentile de Melo, *o Plano Nacional de Saúde, além de representar os interesses desses produtores privados de*

serviços médicos e das empresas médicas, trazia imbuído em seus princípios a privatização integral das atividades médico-hospitalares. O argumento principal do PNS era a da ineficiência comprovada dos serviços públicos (Gentile, 1977: 65).

Por outro lado, o PNS procurava canalizar exclusivamente para o Ministério da Saúde as ações de assistência médico-hospitalar, até então principalmente sob a órbita da Previdência Social, priorizando a área da medicina assistencial em detrimento da saúde pública especificamente.

Com relação a esta última ocorreria também uma importante reformulação institucional, traduzindo também os princípios que estavam sendo priorizados para este setor. Dois anos depois da aprovação do Decreto-Lei nº 200, foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (Decreto nº 65.253, de 01/10/1969). Com esta nova organização institucional as Campanhas Sanitárias, sob responsabilidade do novo órgão, ficaram subordinadas à Secretaria de Saúde Pública que passou a ser integrada pelos seguintes órgãos: a) Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças (composto pelas Divisões Nacionais de Educação Sanitária, Engenharia Sanitária, Epidemiologia e Estatística da Saúde, Tuberculose e de Lepra); b) SUCAM; c) Divisão Nacional de Fiscalização; e d) Divisão Nacional de Organização Sanitária.

A criação da SUCAM – resultante da fusão do Departamento de Endemias Rurais (DNERu), da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária – apontava para um novo contexto no âmbito da saúde pública, expressando um viés de ação pública, um formato de gestão e uma visão política para esse campo. Com autonomia administrativa e financeira, ficou com a responsabilidade pela execução direta das atividades de erradicação e controle de endemias nas áreas em que havia transmissão atual ou potencial. As antigas circunscrições do DNERu desapareceram e foram incorporadas pelas novas Delegacias Federais de Saúde.

Este processo de alteração institucional no âmbito da saúde continuou em curso na década seguinte, mantendo uma orientação que favorecia e fortalecia a assis-

tência médica e sua gradativa privatização. Dois importantes eventos que ocorreram no mesmo ano de 1974 atestam esse movimento: a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a aprovação do Plano de Pronta Ação (PPA). Três anos depois em 1977 seria também criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

Esta trajetória institucional fortalecia a separação entre o Ministério da Saúde e sua área de abrangência, – a saúde pública – e a área da previdência que ganhava peso e relevância como política pública prioritária de saúde. A criação do MPAS evidenciava esses parâmetros e retirava da órbita original do Ministério do Trabalho a regulação sobre a assistência médica dos trabalhadores. Segundo Escorel (1999), após sua criação, o MPAS passou a deter o segundo maior orçamento da União.

O PPA, instituído pela Portaria nº MPAS-39, de 05 de setembro de 1974, tinha como objetivo facilitar o acesso dos beneficiários da Previdência Social aos serviços de saúde, criando, dessa forma, as condições legislativas necessárias à consolidação das ações preconizadas pelo novo MPAS. O resultado de sua aplicação evidencia um aumento vertiginoso dos custos da Previdência com assistência médica, viabilizado pelos contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado, por intermédio de convênios com hospitais e clínicas particulares. (Braga e Paula, 1986). Segundo dados apresentados por Escorel (*op. cit*) foram realizados 33.585 convênios em 1975. Deste total, 3.191 foram com empresas, 390 com sindicatos, 30 com governos estaduais, 24 com prefeituras e 17 com universidades, dados que, na interpretação da autora, evidenciam o modelo privatizante em curso.

Já na segunda metade da década de 1970, começam a surgir as primeiras propostas voltadas para a reformulação desse modelo de gestão que havia sido implantado a partir de 1964. O debate relativo à descentralização dos serviços de saúde, iniciado nos anos 1960, durante a III CNS, ressurge em propostas como a do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), elaborado em 1976, já sob a gestão do ministro Paulo de Almeida Machado.

Começaram também a ter repercussão as diretrizes internacionais de fortalecer a atenção primária de saúde e a participação comunitária, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde a partir da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, cujo objetivo se expressava no slogan *Saúde Para Todos no Ano 2000*. Nessa linha, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que, apesar de não ter sido implantado, alimentou o debate em torno desses temas.

Esse panorama geral de alterações políticas e institucionais na saúde repercutiu diretamente sobre o campo de ação viabilizado nas estruturas institucionais dedicadas ao controle do câncer no Brasil. As ações nessa área tiveram que se adaptar e acompanhar as mudanças institucionais, adequando suas necessidades e prioridades, e as dificuldades enfrentadas às diretrizes ditadas pelo novo contexto político. O INCA, em particular, passaria por mudanças significativas, que deixariam marcas significativas em sua história institucional.

O combate ao câncer na mira da privatização

A reorientação da política de saúde, a partir da década de 1960, originaria mudanças que beneficiavam a medicina assistencial e reduziram drasticamente o orçamento do Ministério da Saúde. As medidas tomadas resultaram em muitas modificações estruturais e funcionais para o Instituto Nacional de Câncer num processo de declínio institucional que, por algum motivo impediu o instituto de cumprir sua missão institucional como instituição de referência no controle do câncer.

O ingresso de Leonel Tavares (1967-69) no Ministério da Saúde e, posteriormente, a formulação do chamado “Plano Nacional de Saúde” (PNS) deixaram os cancerologistas do INCA extremamente preocupados, pois o plano era uma decorrência da política expressa pelo Decreto-Lei nº 200 (de 25/02/1967), que previa a passagem de órgãos públicos para a órbita privada, mediante concessões e contratos. Nesse momento, os altos

escalões do Ministério colocavam em dúvida a premissa dos cancerologistas de que o câncer era uma questão de saúde pública, argumentando que ele poderia também ser classificado como um problema de saúde individual a ser tratado pela medicina assistencial. Essas discussões giravam em torno de questões como: O câncer é endemia? O câncer é epidêmico? O câncer é contagioso? Existem vetores transmissores? Na visão de Leonel Miranda, o câncer estaria diretamente relacionado às doenças que não tinham um caráter de saúde pública.

Para os cancerologistas do INCA, essas discussões visavam, entre outros pontos, conter os gastos do Ministério da Saúde em relação ao câncer, em virtude da perda de prestígio político e do empobrecimento do Ministério, tornando explícita a dicotomia entre medicina assistencial e saúde pública. Não restavam dúvidas de que o câncer deveria ser entendido como uma questão de saúde pública. A própria Organização Mundial de Saúde e a Associação Latino-Americana de Academias Nacionais de Medicina, diziam eles, já haviam reconhecido o câncer como um problema de saúde pública. Além disso, as cifras de morte pela doença, em 1969, eram alarmantes, não só no Brasil, mas em vários países. No Brasil, nas capitais de alguns estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Belo Horizonte), o câncer ocupava o primeiro lugar como causa de morte, superando as doenças de coração (Araújo e Marsillac, 1969).

Na Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, ficou explicitada a nova diretriz do ministro Leonel Miranda para o setor saúde. Nas suas palavras, *a saúde não pode mais ser considerada somente como fator de bem-estar, mas como investimento da mais alta rentabilidade e fundamental a infra-estrutura do processo de desenvolvimento* (BRASIL – Ministério da Saúde, s/d). Apesar da valorização da saúde para o processo de desenvolvimento nacional nesse período, enfatizou-se a importância da constituição do setor saúde como campo de investimentos altamente rentáveis. Ou seja, o bem-estar da população dependeria, nas palavras do ministro, *da capacidade do setor saúde em transformar-se num campo atraente para o capital privado* (Bodstein, 1987: 112).

As preocupações dos técnicos do INCA não eram sem sentido. A nova política de assistência médica consubstanciada no Plano Nacional de Saúde foi posta em prática durante a gestão de Leonel Miranda, afetando profundamente os rumos do Instituto Nacional de Câncer.

O movimento dos cancerologistas do INCA contou com o apoio de várias entidades de saúde e da imprensa em geral. Em nota intitulada “Hospital e Automóveis”, o *Jornal do Brasil* denunciava a concorrência pública que o Governo realizaria para arrendamento do Hospital do Câncer; *a medida é coerente com a orientação adotada pelo Ministro Leonel Miranda de transferir a terceiros, sempre que possível a concessão de serviços médicos originariamente realizadas pelo governo (Jornal do Brasil, 30 de abril de 1969).*

O período em que Leonel Miranda ocupou a direção do Ministério trouxe grandes dificuldades para o Instituto Nacional de Câncer. Segundo as palavras do médico Ary Frauzino, que vivenciou as dificuldades do período colocando-se ao lado dos que resistiam as propostas de mudança:

“Leonel Miranda modificou a filosofia da política de saúde do Governo [...]. Todos os serviços criados sob a égide da estatização foram privatizados, ficando extremamente ociosos.

(...) instalamos um estado de beligerância dentro da instituição. Fazíamos assembleias permanentes e publicações nos jornais combatendo o Ministro. [...]. Foi sem dúvida uma fase negra para a instituição, pois não havia verba para sua manutenção nem por parte do Ministério da Saúde nem, tampouco, do Ministério da Educação e Cultura (Frauzino, sd)”.



Publicação comemorativa dos 30 anos do INCA, 1968

Em setembro de 1968, os cancerologistas do INCA lançaram um memorial de descontentamento em relação à atitude do Governo. O memorial coincidiu com o 30º aniversário da instituição. Dizia o Memorial:

Considerando

1. que o primeiro direito do homem é o DIREITO À VIDA, que implica DIREITO À SAÚDE;
2. que as populações brasileiras estão assoladas por múltiplas, extensas e graves endemias;
3. que faltam, de modo geral, às cidades, grandes e pequenas, condições de saneamento básico;
4. que é alarmante o índice de mortalidade infantil;
5. que o câncer, na esmagadora maioria dos casos, atinge o homem na fase máxima de sua produção;
6. que o combate ao câncer tem ainda âmbito e armas muito limitados;
7. que a assistência médica é precária, não alcançando o homem do campo e sendo limitada nas cidades;

8. que o desenvolvimento do País só pode ser conseguido como empresa de homem sadio;

9. que os serviços de saúde públicos e privados sofrem falta de recursos até para o essencial;

10. que os hospitais privados dedicados ao câncer lutam para sobreviver, tendo inclusive diminuído o número de seus leitos;

11. que a dotação global do Ministério da Saúde é inexpressiva diante do vulto das tarefas a enfrentar;

12. que tal dotação, ao invés de crescer, reduziu-se à metade, em termos reais, nos últimos dez anos;

13. que, além disso, ela sofre no seu emprego, cortes profundos e adiantamentos perturbadores.

Formula o mais veemente e enérgico apelo para ser enviado aos Excelentíssimos Senhores Presidente da República e ministros de Estado da Saúde, da Fazenda, do Interior e do Planejamento e Coordenação Geral, no sentido de se adotar uma política nacional de saúde mais vigorosa (RBC, outubro, 1968, v. 24, n. 38).

A tentativa de privatização do Instituto Nacional de Câncer na visão de Jorge Marsillac

Marsillac pertencia à primeira geração de técnicos do Instituto Nacional de Câncer, onde ingressou ainda em 1938, como médico recém-formado. Chegou à direção em 1967 e foi um dos que mais lutou contra a privatização do Instituto e mesmo contra a sua vinculação à FEFIEG. Sua opinião, embora eivada de forte repulsa a qualquer mudança no projeto original da instituição, moldado por seu grupo, sob a liderança de Mario Kroeff, é bastante reveladora sobre o processo que vinha se desenrolando.

“Estava em marcha a privatização do Instituto Nacional de Câncer, já então confirmada por largo noticiário da imprensa.

Porém, somente no dia 6 de maio de 1969, o diretor do Serviço Nacional de Câncer, professor Adayr Eiras de Araújo e eu mesmo fomos convocados ao gabinete ministerial. Não para opinar a respeito de tão importante matéria, mas apenas para ouvir do Senhor ministro da Saúde, Dr. Leonel Miranda, a decisão já tomada de entregar o Instituto Nacional de Câncer à iniciativa privada, não confirmando a palavra que empenhara comigo na presença daquele ilustre colega, de que nenhuma decisão definitiva seria tomada a respeito do destino do Instituto Nacional de Câncer sem primeiro ouvir-nos. Era a repetição do que já ocorrera com os demais diretores.

Em face das ocorrências que se seguiram, enviei no mesmo dia pelo correio, mediante registro, já que seu gabinete se recusara a aceitá-lo, o meu pedido de demissão de diretor do Instituto Nacional de Câncer, vazado nos seguintes termos:

Ofício nº 264-1969, de 6 de maio de 1969
Do diretor do Instituto Nacional de Câncer
Ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde
Assunto: Pedido de demissão.
Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Estou no mais completo desacordo com o anteprojeto da reforma administrativa a ser aplicada no Instituto Nacional de Câncer e cujos termos, hoje, V. Exa. revelou em seu gabinete. Tendo sido ele elaborado a revelia e, principalmente, sem o concurso de qualquer cancerologista do Instituto Nacional de Câncer, que está repleto dos mais ilustres e experientes do país, faltaram-lhe as bases necessárias para garantir o progresso e a vida do Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, órgão que, sem modéstia, enriquece os meios médicos brasileiros e coloca o País entre os vanguardeiros da luta contra o câncer em todo o mundo.

Nesses termos venho, solicitar a V. Exa. a demissão do cargo em comissão de diretor do Instituto Nacional de Câncer. Faço-o movido pelos mesmos sentimentos do austero general Anápio Gomes, que, ao pedir demissão do alto cargo de presidente do Banco do Brasil, disse “que o fazia para não ver malbaratados 40 anos de fiel dedicação à causa pública”.

Respeitosamente, prof. Jorge Sampaio de Marsillac Motta,
Diretor do Instituto Nacional de Câncer

Em face da nossa vigorosa reação e que foi logo referendada pelas mais representativas associações da classe, pela esmagadora maioria dos médicos do Instituto Nacional de Câncer, por inúmeros colegas, pela imprensa e por muitos outros cidadãos que têm acompanhado a luta contra o câncer no País, o Senhor Ministro da Saúde, viu-se compelido a voltar atrás de sua decisão. Num clima emocional de ira mal contida, ordenou a entrega imediata do Instituto Nacional de Câncer à Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, mediante a assinatura de um contrato apressadamente redigido. Tal foi a urgência, que até o inventário dos bens públicos lá existentes sucedeu à entrega.

Na realidade, a nova solução foi uma fuga, pois a repulsa pela privatização fora total. Não querendo reestudar nossa proposta, ou mesmo manter a Instituição como se achava, tomou uma resolução pessoal desastrosa, em prejuízo da pública que poderia e deveria ter sido adotada.” (Marsillac, 1971: 428)



Havia o medo de que o ministro Leonel Miranda extinguisse o Instituto Nacional de Câncer. Esse medo era compartilhado por Francisco Fialho, Jorge Marsillac Motta, Adayr Eiras de Araújo e outros membros do INCA que por toda a vida lutaram pela construção da instituição. Neste sentido, eles apresentaram ao ministro dois projetos para tentar evitar a asfixia do Instituto. Um primeiro, elaborado por Marsillac e Eiras, propunha transformar o Instituto do Câncer numa Fundação do Ministério da Saúde. Já o projeto apresentado por Francisco Fialho propunha sua subordinação a uma universidade.

A subordinação do Instituto a uma instituição de ensino não era vista com bons olhos pelos cancerologistas e funcionários do INCA. A maioria dividia a opinião de que o Instituto corria grande risco de ter alterada sua missão institucional, passando a se centrar somente na área a formação em cancerologia. A oposição ao projeto era tão forte que, em 29 de maio de 1969,

quando Francisco Fialho tomou posse na diretoria do Instituto, a solenidade de transmissão do cargo foi assistida por poucos médicos e funcionários. Ao

contrário de Jorge Marsillac Motta e Adayr Eiras de Araújo, Fialho acreditava, que o Instituto iria se tornar um *espetacular viveiro de futuros cancerologistas*.

Na sua visão, o INCA era “muito caro” para servir apenas à assistência aos cancerosos (Fialho, 1969).

A posição de Fialho mostra que, embora existisse uma resistência geral ao desmonte da instituição, em seu interior germinavam diferentes projetos que vislumbravam formas diversas de o Instituto contribuir com a política do câncer no País. A posição de Fialho se

relaciona ao ideal de diversos cancerologistas que viam no fortalecimento do ensino da especialidade a tarefa prioritária a ser cumprida. Ou seja, havia um grupo dentro do INCA, que, de certa forma, era favorável à reforma administrativa do Instituto. Por outro lado, essa mudança implicava um enfraquecimento hierárquico da instituição e o seu distanciamento frente ao SNC. As divisões em torno dessas propostas acabou gerando um clima de animosidade e descontentamento entre os cancerologistas.

Em face da vigorosa reação da maioria dos médicos do INCA e da cobertura dada pela imprensa à possível privatização do Instituto, Leonel Miranda viu-se compelido a voltar atrás de sua decisão. No entanto, ordenou que ele fosse entregue à Federação de Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara (FEFIEG – atual Uni-Rio), entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura. A FEFIEG foi instituída em 20 de agosto de 1969 pelo Decreto-Lei nº 773, com o objetivo de reunir e integrar, sob a forma de fundação, estabelecimentos isolados do sistema federal de ensino entre os quais foi incluído o INCA. Faziam parte da FEFIEG, entre outras instituições, a Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e a Escola Central de Nutrição. Foi neste momento que o câncer saiu da esfera do Ministério da Saúde e entrou na esfera do Ministério da Educação. Como consequência prática da mudança, o Instituto momentaneamente deixou sua especificidade em relação ao câncer, passando a tratar também outras doenças.

Além do descontentamento com a cessão do Instituto, a crise estava sendo provocada pela exigência da direção de que fosse cumprido expediente diário, obrigando a maioria dos médicos a abdicarem de seus plantões em outros hospitais. Vários médicos pediram demissão por não concordarem com a “partilha maldita”, nas palavras de Marsillac. Foram organizadas assembléias, lançados manifestos de repúdio condenando o *açodamento* com que se houve o Ministério em concretizar a entrega de seu patrimônio e uma fundação (*Jornal do Brasil*, 05/06/1969, p. 20).



Francisco Fialho

O episódio da cessão do INCA à FEFIEG, gerado à revelia dos diretores e dos cancerologistas do Instituto pelo Ministério da Saúde, teve ampla repercussão nos meios médicos e na imprensa. Por não aceitarem as determinações do ministro e estarem em total desacordo com o anteprojeto da Reforma Administrativa que seria aplicada ao Instituto Nacional de Câncer, Adair Eiras de Araújo e Jorge Marsillac foram exonerados de seus cargos.

Os dois anos e três meses durante os quais o INCA esteve subordinado ao Ministério da Educação foram caracterizados como um retrocesso em todas as frentes de atuação do Instituto Nacional de Câncer, com conflitos internos e repercussão externa (Bodstein, 1987; Motta, 1983). Dirigiram o Instituto neste período Francisco Fialho (1969-70) e Ugo de Castro Pinheiro Guimarães (1970-72) que procuraram enfatizar a área de ensino, de formação e capacitação profissional.

Em 1971, o Instituto retornou ao Ministério. Nesse momento, devido aos anos de crise, ele encontrava-se totalmente combalido, em virtude da transferência de quase a metade de sua equipe técnica para outras instituições de saúde (Frauzino, sd). Além disso, a capacidade de atendimento aos doentes tinha sido extremamente reduzida. De acordo com Motta (1983), no período em

que o Instituto esteve vinculado ao Ministério da Educação, não houve um programa de reestruturação. A instituição sairia de sua maior crise fragilizada, tanto no que diz respeito aos recursos humanos – cerca de 200 funcionários saíram do Instituto – quanto pela escassez financeira. No campo dos recursos humanos, o problema era ainda mais grave pela impossibilidade novas contratações. Uma das conseqüências mais graves da crise para o Instituto Nacional de Câncer foi a redução do número de leitos. O Instituto passou a ocupar apenas a metade do prédio em que funcionava.

A Campanha Nacional de Controle do Câncer – que funcionava no 3º andar do INCA – também foi atingida pela transferência do Instituto para a FEFIEG. Durante o período compreendido entre 1969 e 1973, todo o processo de organização da campanha oficial contra o câncer foi interrompido.

Neste ínterim, em 1970, já na gestão de Rocha Lagoa no Ministério da Saúde, o SNC foi transformado em Divisão Nacional do Câncer (Decreto nº 66.623). Para chefiar a nova Divisão, foi indicado Moacyr Santos Silva, um dos opositores à rígida posição de Francisco Fialho na direção do Instituto. Dois anos depois, em 1972, a Divisão Nacional do Câncer, na época dirigida por João Sampaio Góes, foi transferida para Brasília.

123

Outro pioneiro do Instituto, o médico João Carlos Cabral – chefe do Serviço de Radiodiagnóstico (1970-1978) e diretor em 1978 – fala sobre a saída de funcionários do INCA no período da gestão de Leonel Miranda no Ministério da Saúde

“... um cancerologista não se faz de um dia para o outro, a formação de um especialista dessa área se faz durante muito tempo e foi lamentado que aqui pontificaram grandes vultos da cancerologia nacional e, devido aos fatos ocorridos naquela ocasião, um grande número desses colegas foram e não voltaram mais, e o tempo que se demandou para a substituição deles foi muito grande e essa ausência eu acho

que é lamentada até hoje. [...] Isso sem levar em consideração as perdas forçadas a que o Hospital se viu obrigado durante a instalação do regime de 1964. Existia aqui um cirurgião renomado, ex-diretor da casa, Dr. Luís Carlos de Oliveira, que foi retirado desta casa por motivos políticos e que fez muita falta – está lá o retrato dele lá. Dr. Luís Carlos de Oliveira Júnior, um dos maiores cirurgiões que eu já conheci, e foi retirado daqui sob a alegação de que ele era comunista, [...]. Foi aposentado compulsoriamente. [...], além de outros que foram também afastados, mas que eu não conheci direito” (Cabral, 1985).



O Plano Nacional de Combate ao Câncer

Quando em 1970, o Serviço Nacional do Câncer foi transformado em Divisão Nacional do Câncer (DNC), foi implantado o Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), que incluía em suas metas o ensino e pesquisa no campo da oncologia. A *Revista Brasileira de Cancerologia* ficaria responsável pela divulgação de cursos para aperfeiçoamento de médicos clínicos.

Na prática, o Plano Nacional de Combate ao Câncer iniciou suas atividades durante a gestão de João Sampaio Góes. Caracterizou-se principalmente pelo combate ao câncer em âmbito nacional e pela formação de recursos humanos, em especial, citotécnicos, uma vez que as atividades de radioterapia e diagnóstico precoce do colo uterino eram vistas como fundamentais para evitar o alastramento da doença. Na época, as maiores frequências registradas para as neoplasias malignas no Brasil, eram as de colo uterino, pele, mama e cavidade bucal. Tais localizações eram justamente as que permitiam diagnóstico precoce, sendo, portanto, representativa a porcentagem das lesões aí sediadas passíveis de detecção (Garrafa e Rosa, 1975).

Em 1972, Moacyr Alves dos Santos foi designado para a direção do INCA. João Sampaio Góes Júnior estava na direção da Divisão Nacional do Câncer. Moacyr Alves ficaria na direção do Instituto até 1974, sendo substituído por Adair Eiras de Araújo, ainda com João Sampaio na direção da Divisão.

Orçamento destinado ao Serviço Nacional de Câncer, 1956-1969



Fonte: Braga e Paula, 1986.

Quando o INCA voltou à administração do Ministério da Saúde, assumiu nova orientação. Um novo regimento foi elaborado buscando como meta a elevação do padrão dos serviços médicos oferecidos pelo Instituto à população. No entanto, a escassez aguda de recursos financeiros federais, suprimidos desde inícios dos anos 1960, constituiria um entrave à execução dos serviços.

A retomada das atividades e da própria campanha contra o câncer em âmbito nacional aconteceria, segundo Marsillac, de maneira árdua a partir de 1974, durante a gestão de Eiras de Araújo, e somente em 1977 ganharia novamente força. Adair Eiras de Araújo permaneceu na direção do Instituto Nacional de Câncer até inícios de 1978. Neste período houve um incremento na área assistencial, com a construção de novos ambulatórios e um bloco cirúrgico, que ocupava todo o 11º andar do Instituto. Aumentou-se, ainda, o número de leitos do Hospital e contrataram-se alguns funcionários (Mota, 1983).

O Programa de Controle do Câncer

Em 1975, João Sampaio de Góes Júnior foi substituído por Humberto Torloni na direção da DNC. Neste mesmo ano, foi criado novo programa – ‘Programa de Controle do Câncer’ (PCC). Esse Programa trazia em sua justificativa a situação alarmante do câncer no País. A incidência já havia alcançado cifras elevadas nos principais centros urbanos e em diversas capitais ocupava um dos primeiros lugares das causas de morte. O Programa foi efetivado durante o período de 1976 a 1980, sendo sua atuação dirigida para medidas de profilaxia e detecção através do diagnóstico precoce. O Programa oficializava a universalização dos procedimentos relativos ao controle do câncer em âmbito da Previdência Social e instituía comissões locais e regionais com vistas à ação integrada no combate à doença.

Vale ressaltar, ainda, o incentivo dado à formação de profissionais não só nas faculdades de medicina, mas também nas de odontologia, uma vez que os dados estatísticos em hospitais filiados à Campanha Nacional de Câncer, em 1968, indicavam que o câncer da boca ocu-

pava o segundo lugar em incidência (Garrafa e Rosa, 1975). Partia-se do princípio de que cânceres de outras naturezas poderiam ser tratados quando detectados na fase inicial. Nesse sentido, com a aplicação dos métodos de prevenção, seria possível reduzir a incidência do câncer. De acordo com Garrafa, naquela época, os cânceres de maior incidência no País eram exatamente aqueles mais sensíveis à prevenção e detecção.

A DNC participaria do Programa por meio do incentivo à formação de profissionais, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Cancerologia e faculdades afins. Além disso, participaria dos programas de prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa do câncer.

Dois anos depois do início do Programa de Controle do Câncer, em 23 de janeiro de 1978, a DNC foi extinta, e, em seu lugar, foi criada a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), que compunha a Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNEPS). A DNDCD era uma divisão do Ministério da Saúde sem recursos orçamentários próprios. João Yunes foi nomeado Secretário da SNEPS. Neste mesmo ano, Humberto Torloni assume a direção da SNEPS, e a DNDCD passa a ser dirigida por Alberto Coutinho Filho (1978-79).

Apesar da extinção da DNC e da criação de uma estrutura que tentaria reorganizar todas as atividades relativas ao câncer, o Instituto Nacional de Câncer continuaria passando por séria dificuldade financeira e de pessoal. Não havia repasse de verba por parte da DNDCD. Muito poucos recursos foram direcionados para as atividades do Instituto tanto no que se refere à assistência tanto no tocante à pesquisa e formação de pessoal.

A década de 1970 chegou ao fim deixando claro que houve por parte dos gestores da saúde, uma série de iniciativas para intervir na institucionalização das ações neste campo. Vários órgãos foram criados ou reformados, a partir dos que já existiam, no decorrer de um curto período de tempo, acompanhados de programas que refletiam as estratégias políticas para o setor e as prioridades definidas pelas lideranças da área.

Nessa lógica, a década começa com a criação da Divisão Nacional do Câncer, em 1970, e a implantação, dois

anos depois, do Plano Nacional de Combate ao Câncer. Em 1975 seria elaborado o Programa de Controle do Câncer, implementado a partir do ano seguinte (1976). Dois anos depois, em 1978, a Divisão Nacional do Câncer daria lugar à Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Dessa forma, em oito anos foram implantadas duas reformas institucionais e dois modelos estratégicos de ação pública nesta área.

Todas essas alterações institucionais, em tão curto período de tempo, evidenciam uma atenção política com o tema e disponibilidade para enfrentar os custos que tais medidas acarretam, pois toda reforma institucional demanda articulação política para sua elaboração e implementação. Tornava-se evidente que o câncer estava ganhando relevância política na agenda de prioridades da saúde, fortalecendo-se como problema público. Os anos 1980 intensificaram essa trajetória institucional, que acompanharia as grandes transformações que estariam por vir na saúde pública brasileira.

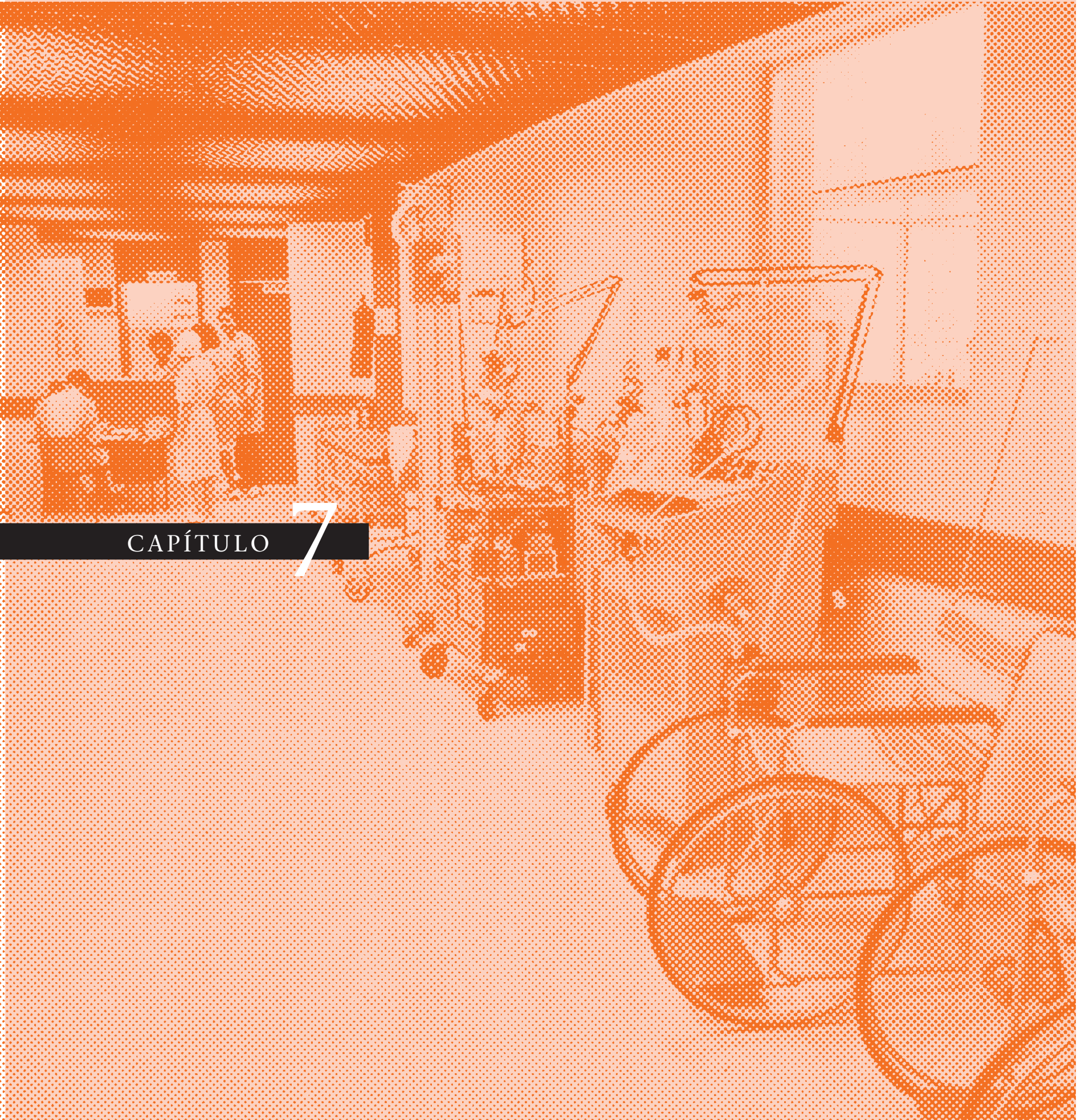
125



Campanha de prevenção do câncer realizada pela Fundação das Pioneiras Sociais, 1975

CAPÍTULO

7



Parcerias públicas em benefício público: co-gestão e inovação institucional no INCA

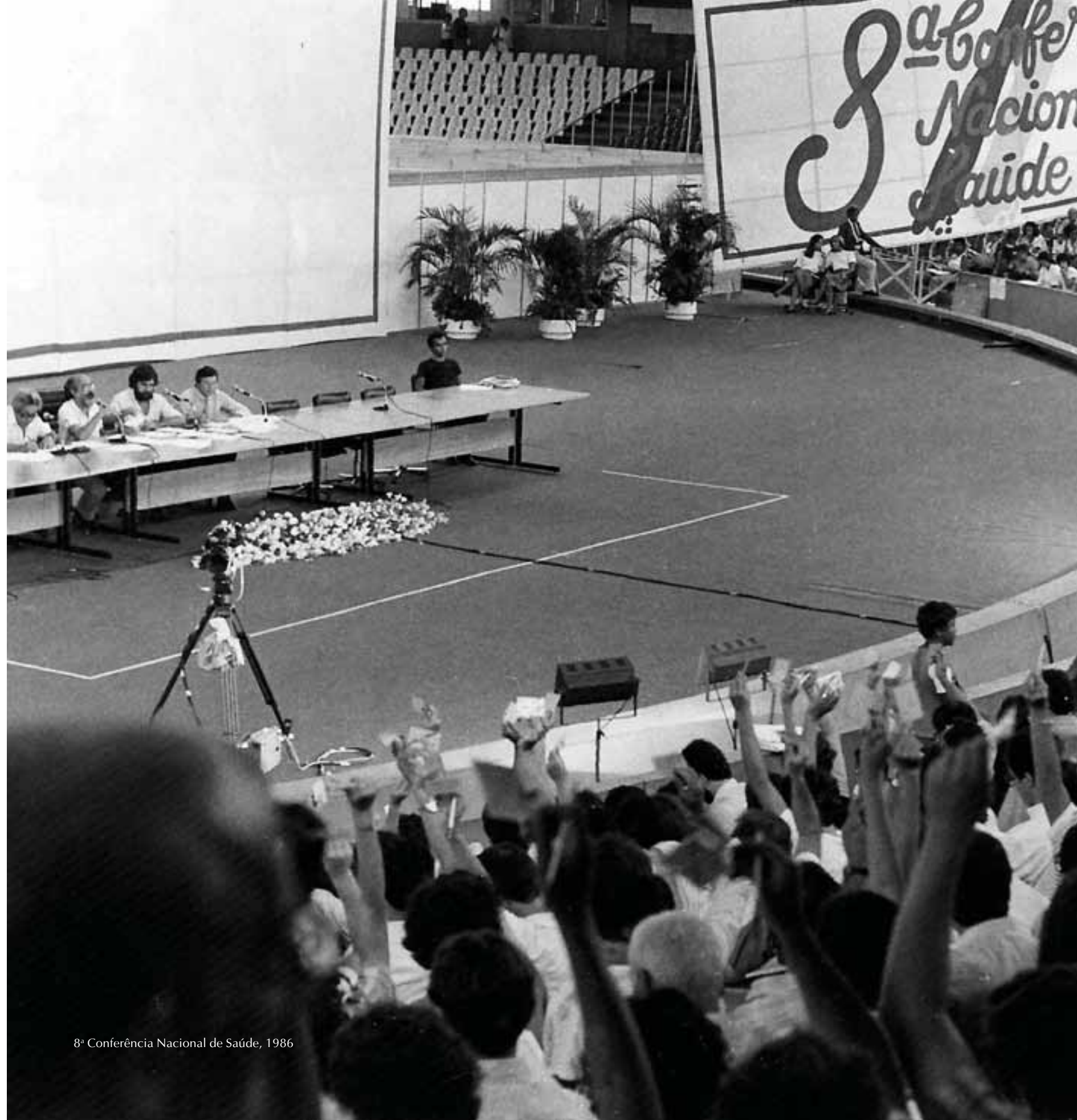
Nos primeiros anos da década de 1980, o processo de redemocratização que se iniciava possibilitou o surgimento de diversas propostas de reformulação para a sociedade em geral e para a saúde em particular. Nesse momento, o INCA, começando a superar as dificuldades por que passara nas décadas anteriores, conseguiu pôr em marcha um processo de expansão baseado em um engenhoso modelo institucional onde os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social partilhavam sua gestão. Esse modelo inovador possibilitou um salto de qualidade em suas atividades, devolvendo-lhe o papel de protagonista no campo das ações médicas e das formulações de políticas para o controle do câncer no país.

Para entendermos as mudanças que ocorreram no Instituto nesse período é preciso estar atento ao contexto político no qual essas propostas foram elaboradas, bem como aos princípios que a orientavam, e ao significado político que espelhavam. A implementação do sistema de co-gestão representou uma inversão na lógica que vinha orientando a política de saúde nas décadas anteriores, – que favorecia e estimulava a medicina privada –, ao demonstrar a viabilidade de uma parceria entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA. Ou seja, a co-gestão possibilitou uma parceria entre instituições públicas, visando ao benefício público. Nesse sentido, o INCA foi palco de uma experiência pioneira em gestão na saúde pública.

A co-gestão e a política pública de saúde: principais diretrizes

No contexto de transição política de um regime autoritário para o fortalecimento das instâncias democráticas – que a assinatura da lei da anistia, em 1979, havia evidenciado –, a área da saúde também passaria por mudanças que reforçariam seus fóruns políticos, instâncias de debate e proposições para o setor. Medidas destinadas a enfrentar os problemas decorrentes da excessiva centralização administrativa que caracterizava a estrutura do Ministério da Saúde, e as dificuldades constatadas na gestão da Previdência Social, se destacaram como prioritárias nas novas proposições políticas para a área. Nesse sentido, as duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas no decorrer da década de 1980 foram palco de importantes debates e proposições para o setor da saúde no País, induzindo políticas que teriam repercussão direta sobre o Instituto Nacional de Câncer.

A VII CNS, realizada em março de 1980, ou seja, cinco meses antes da instituição do sistema de co-gestão no INCA, destacava pela primeira vez como tema central a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Dentre os subtemas selecionados para debate constavam a regionalização e organização de serviços de saúde nos estados; a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde; e a participação comunitária. Essa orientação temática acompa-



8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986



nhava as resoluções que haviam sido aprovadas na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e que foram incorporadas às metas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Por outro lado, estimulava o debate, trazendo para a arena política questões relativas à implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que, elaborado em 1979 com o intuito de reestruturar os serviços básicos de saúde, ainda não havia sido implantado (BRASIL – Ministério da Saúde. Anais da VII CNS, 1980).

O INCA, por sua vez, teria que enfrentar, nesse mesmo ano de 1980, a redução de seus recursos. Ao terminar o II Programa de Controle do Câncer (PCC), foi paralisada a destinação de verbas à Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), para manutenção das campanhas de combate ao câncer em todo o país. A escassez de recursos federais agravou ainda mais a situação das instituições ligadas ao câncer, em especial do INCA.

“Então tinha acabado o PNCC. Não havia mais orçamentariamente recursos para um segundo convênio: não foi incluído, como programa específico no 3º PND como havia sido no 2º PND (...) então passou a ser uma atividade de rotina do Ministério, como tuberculose, como dermatologia, como psiquiatria, ou seja, vivendo de recursos orçamentários do Ministério e não mais de recursos específicos a ele alocados(...). O desafio seria equacionar o câncer dentro da linha mestra que era de serviços básicos de saúde, já que a política do Ministério foi esta (...) tratava-se então de definir o papel do Instituto Nacional do Câncer. O que é isso? Para que serve?” (Pastorello, 1985)

O Ministério da Saúde, naquele momento conduzido por Waldyr Arcoverde, procurou reverter esse quadro de crise propondo a transferência do complexo hospitalar (principalmente câncer e psiquiatria) para o Ministério da Previdência e Assistência Social. O ministro Arcoverde teve um papel importante nesse processo ao gerar condições favoráveis à integração do sistema nacional de saúde. A nova modalidade de articulação interinstitucional contou também com o apoio do Presidente do Inamps, Júlio Dickstein (Motta, 1983).

Nesse contexto, as lideranças de três instituições públicas vinculadas a esse setor se articularam para pro-

por ao Ministro da Saúde uma nova alternativa de gestão. Edmur Flávio Pastorello, superintendente da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Nildo Aguiar, diretor do Inamps e Ary Frauzino Pereira, diretor do INCA, defendiam um convênio de co-gestão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Esses dois Ministérios passariam a gerir conjuntamente as instituições hospitalares. O objetivo era o de promover a coordenação dos ministérios com os governos dos estados e dos municípios.

A co-gestão era entendida, então, como uma administração conjunta que procurava manter a identidade das instituições envolvidas por meio da co-participação gerencial e administrativa, envolvendo recursos humanos, materiais e financeiros. Caberia à Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), criada em março de 1980, discutir e organizar a co-gestão, que funcionaria por meio de um Conselho Técnico-Administrativo (CTA). Esse Conselho definiria a programação dos trabalhos do Instituto, a partir de proposta orçamentária encaminhada pelo seu diretor. Na prática, essa articulação faria com que o INCA ficasse subordinado ao CTA, formado por seis membros indicados pelo Ministério.

Juridicamente a co-gestão nasceu da Portaria Interministerial nº 9, de 26 de agosto de 1980. Nesse ano, o INCA passou a ser gerido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Assistência e Previdência Social (MS/MPAS). Para Marsillac (1985), a co-gestão foi “salvadora e oportuna”. No seu entender, o empenho de Ary Frauzino e do ministro Waldyr Arcoverde para que esse modelo de gestão fosse adotado, impediu a ampliação da crise financeira que já afetava fortemente o Instituto. Para Motta (1983), a articulação criou um novo conceito administrativo na instituição e permitiu a ampliação da área de produção e divulgação de conhecimentos sobre o câncer.

“Em suma, a co-gestão significou um artifício jurídico para satisfazer necessidades e preencher lacunas entre as instituições cooperantes. De um lado, o Ministério da Saúde pode se beneficiar dos recursos do Inamps, antes direcionados às entidades privadas – mesmo quando o INCA

atendia a beneficiários da previdência, não recebia qualquer remuneração pela prestação dos serviços. De outro o Inamps, pode usufruir de um hospital especializado no tratamento do câncer, sem similar na rede privada. A cooperação resultou em benefícios comuns e garantiu a recuperação e progresso de uma instituição pública, remunerada com recursos públicos, e cujo relativo abandono significava prejuízo para o próprio interesse público”. (Motta, 1983: 9)

Ao viabilizar a aplicação de um novo modelo de gestão, o INCA demonstrava na prática a possibilidade de integração entre duas instituições prestadoras de serviços de saúde, rompendo com a dualidade institucional que se encontrava nas origens de nosso modelo de política pública de saúde. Por outro lado, a co-gestão representou uma modalidade de resposta institucional aos problemas que estavam em pauta na agenda política, indicando uma sintonia entre o debate nacional sobre saúde e um órgão específico do Ministério da Saúde. Essas afinidades com o debate político na área da saúde teriam continuidade nos anos seguintes, acompanhando as transformações que estavam em curso na área da saúde pública, orientadas pelo projeto de Reforma Sanitária, que vinha sendo gestado em diferentes instâncias políticas e institucionais envolvendo diferentes categorias profissionais. Esse modelo de gestão seria estendido também a outras instituições na área da psiquiatria, da tuberculose (hospitais) e ao Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz.

Em 1981, visando buscar soluções para a crise que vinha enfrentando o sistema previdenciário, quando se tornava evidente a necessidade de uma avaliação da aplicação de recursos, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Seu objetivo era o de propor alternativas à prestação de assistência médica viabilizando outras formas de financiamento e aplicação dos recursos da previdência. De acordo com essas diretrizes, foi elaborado um plano que resultou na apresentação, em 1983, da proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS consubstanciaram mais um mecanismo institucional na direção de fortalecer a descentralização dos serviços de saúde e de maior integração entre as ins-

tâncias executivas municipais, estaduais e federais. Propunha convênios entre o Ministério da Previdência, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, que envolvia postos do Inamps, centros e postos de saúde locais, ambulatórios e hospitais de ensino (Bodstein, 1985). Nesse sentido, o modelo preconizado pelas AIS seguia os mesmos princípios que haviam orientado o modelo de co-gestão, dando prosseguimento e fortalecendo as diretrizes que já estavam sendo aplicadas no INCA. Apresentavam uma clara intenção de valorização do setor público, por meio de mecanismos de integração institucional, e com essa orientação invertia a lógica que até então vinha orientando a política de saúde, voltada para a compra de serviços no setor privado (Scorel, 1999).

As AIS viabilizavam assim uma parceria entre os Ministérios, com a incorporação também nos anos seguintes do Ministério da Educação. Essa estratégia de ação política para a saúde intensificou o antigo debate em torno da relação entre o Inamps e o Ministério da Saúde, centrado no tema de como unificar as ações de saúde e assistência médica, divididas desde sua origem entre o MPAS e o MS. Com este tema em pauta, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986.

A VIII CNS foi um evento significativo para a história da saúde pública brasileira. Expressou em sua realização a parceria institucional que já vinha sendo imple-

mentada pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação, contando com a participação efetiva em sua comissão organizadora de representantes dos três ministérios (Scorel, 2005).

Marcada por expressiva participação da sociedade civil, com mais de 4 mil participantes – a conferência anterior havia contado com cerca de 400 participantes –, foi responsável pela consolidação das propostas de criação de um sistema único e descentralizado de saúde, que assegurasse o acesso universal à população brasileira. As propostas aprovadas no decorrer da Conferência consubstanciaram a matriz da Reforma Sanitária, cujos princípios fundamentais foram incorporados na nova Constituição brasileira, que seria promulgada dois anos depois, em 1988. Com a nova carta, ficava assegurado a todo cidadão brasileiro que *“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”* (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Foi, portanto, nesse ambiente político e intelectual, voltado para a busca de soluções que possibilitassem a maximização e a racionalização dos recursos da Previdência Social, buscando formas de integração entre os diferentes ministérios prestadores de serviços de saúde, e de valorização das instituições públicas de saúde, ancoradas nas propostas de Reforma Sanitária, que a co-gestão foi implementada no INCA. Ela respondia às novas diretrizes e à busca de novas estratégias para melhorar a prestação de serviços públicos de saúde no País, e, nesse sentido, a experiência do INCA seria importante para fortalecer uma nova proposta de gestão para outros setores públicos de saúde.

Paralelamente a esses eventos que foram definindo uma trajetória de reformas e mudanças para a política de saúde no Brasil ao longo de toda a década de 1980, o INCA, contando com os novos recursos e possibilidades administrativas e financeiras que o modelo de co-gestão lhe proporcionava, atravessou esse período procurando se reerguer institucionalmente, redefinindo seu papel e suas atribuições nesse novo cenário institucional projetado para a saúde pública brasileira.



Assembléia Constituinte, 1988

Reformulação institucional e referência na política nacional de controle do câncer

O fortalecimento do INCA, por meio da gestão conjunta, proporcionou a ampliação de suas áreas de assistência médica, ensino e pesquisa, além de lhe conferir a coordenação das ações de câncer em âmbito nacional. Os anos 1980 marcaram, portanto, o crescimento e a retomada de sua missão institucional. A partir de então, ele passaria a operar como uma referência institucional nos diversos campos da cancerologia.

Antes do advento da co-gestão, o INCA passava por sérias dificuldades financeiras e carência de profissionais (Motta, 1983: 3). A possibilidade de ampliação dos serviços dependia de investimentos elevados e sistemáticos para sua concretização, que só foram viabilizados com o advento da co-gestão. Ary Frauzino, que dirigiu o Instituto entre 1980 e 1985, em editorial à *Revista Brasileira de Cancerologia*, exaltou os “novos tempos” do Instituto e a continuidade da publicação da Revista, que havia ficado suspensa por mais de cinco anos:

“A Revista Brasileira de Cancerologia volta a ser editada como uma decorrência, natural e esperada, do esforço conjugado de todos quantos estamos empenhados no cumprimento dos programas desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Câncer. Quem quer que esteja, direta ou indiretamente, vinculado aos problemas de proteção e recuperação da saúde no Brasil tomou conhecimento de que o INCA, a partir de 1980, depois de enfrentar toda a sorte de dificuldades, os mais diversificados contratemplos, depois de atingir uma situação de extrema precariedade, iniciou uma trajetória de recuperação nas áreas de prestação de assistência, bem como nos campos de ensino e pesquisa (Frauzino, 1984:4)”.

Para enfrentar inicialmente os problemas encontrados e investir na retomada e no incremento das ações desenvolvidas pelo INCA, de imediato duas questões precisavam ser solucionadas: a administração dos recursos financeiros, viabilizando o repasse de verbas oriundas do Ministério da Previdência; e a contratação de profissionais para suprir a grave carência neste campo. Para isso, foi reativada a Campanha Nacional de Controle do Câncer.

Naquele momento, os ministérios não podiam efetuar contratações, em decorrência de impedimento legal instituído por decreto do então Presidente da República, João Figueiredo. Foram discutidas algumas alternativas para o problema. Uma delas propunha contratos por excepcionalidade, permitidos por lei. Uma segunda sugeria o repasse dos funcionários do Hospital de Oncologia do Inamps e, ainda, uma outra proposta previa a contratação de pessoal pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC). Essa última estratégia foi considerada a mais viável. Pela CNCC se faria também o repasse de verbas do Inamps para o INCA, evitando onerar o orçamento do Ministério da Saúde. Sendo assim, a



Revista Brasileira de Cancerologia, 1988

CNCC, desativada desde o final do Programa Nacional de Combate ao Câncer, ressurgiu como instrumento para viabilizar a transferência de recursos para o desenvolvimento do programa de ações integradas INCA/CNCC/Inamps (Bodstein, 1987). Essa iniciativa fortalecia o setor público, à medida que os recursos do Inamps para a compra de serviços relacionados ao câncer em vez de se endereçarem à iniciativa privada eram repassados ao INCA por meio da CNCC e do Ministério da Saúde (Carvalho, 2006).

Por outro lado, ao favorecer a recuperação do INCA, esse mecanismo aumentou significativamente sua capacidade de resposta em diversas áreas, como na de radioterapia, por exemplo, se apresentando como uma alternativa à continuidade dos convênios do Inamps com as clínicas privadas, no formato existente até então. Dessa maneira, o novo desenho de parceria institucional quebrou a relação que havia se estabelecido desde os anos 1960 entre o Inamps e o setor privado de prestação de assistência médica.



Sala de radiologia do INCA, década de 80

Edmur Flavio Pastorelo assumiu a direção da CNCC em 1980, sendo substituído por Geniberto Paiva Campos em 1985. No curto intervalo entre março e julho de 1983, Ary Frauzino ocupou a direção. Em outubro de 1980, foram feitas as primeiras contratações e elaborou-se um plano de orçamento para os anos seguintes. Também foram iniciadas a contratação de pessoal, a compra de equipamentos, a ampliação das instalações físicas e os programas de intercâmbio com universidades, secretarias de saúde e órgãos governamentais. Em 1982, as obras de recuperação física do Hospital tiveram continuidade, e as atividades de ensino e pesquisa ganharam impulso.

Com essa nova configuração institucional tripartite, a Campanha se estabelece em novos parâmetros e

passa a ser o principal elo no gerenciamento dos recursos que financiavam a co-gestão. A CNCC passa a ser um importante agente nesse processo de mudança gerencial, contribuindo para a simplificação do processo decisório, ao deter maior autonomia para gerir os recursos de forma descentralizada.

A co-gestão favoreceu a projeção do Instituto Nacional de Câncer, em âmbito nacional, como um centro de referência para o estudo e o tratamento do câncer em todo o País. Em dois anos, o número de consultas aumentou em 100%. O Instituto ampliou o ensino nas áreas de radioterapia, cirurgia, quimioterapia, imunologia, física médica e enfermagem, bem como as atividades de pesquisa básica e clínica. Era chegada a hora, portanto, de se



Sala de quimioterapia. INCA década de 1980

estabelecerem novos critérios de desenvolvimento de uma política nacional de combate ao câncer.

A partir daí, inicia-se um processo de redefinição das relações do INCA e da CNCC com as instituições de câncer no Brasil. A Sociedade Brasileira de Cancerologia foi órgão atuante na transmissão da nova orientação política da CNCC para aquelas instituições. Fundamentalmente devia-se explicar qual a proposta da co-gestão e qual o sentido do repasse de recursos da Previdência para o Instituto Nacional de Câncer. O meio mais eficaz para se criar uma nova base de relacionamento do INCA e da CNCC com as demais instituições de câncer era a recuperação do antigo prestígio do Instituto, chamando a atenção para o importante papel que ele desempenhava no campo da cancerologia no Brasil. A questão central era a consolidação de uma nova relação de trabalho e de cooperação com os hospitais de câncer, definindo-se uma política de controle do câncer nos estados.

Nessa linha de raciocínio, foi entregue à CIPLAM um projeto para a criação de um Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC) para todo o país. Tinha como objetivo organizar um consórcio, congregando todos os órgãos atuantes na área de prevenção e atividades básicas de saúde, que racionalizasse a prestação de assistência médica. Destinava-se a coordenar 22 instituições hospitalares, assegurando um padrão assistencial abrangente e uniforme.

Em agosto de 1982, a CIPLAM aprovou a proposta de criação do SICC. Os objetivos eram claros:

“...promover a utilização de modernas formas de gestão administrativa, econômica e técnica em todos os níveis do sistema; proceder à descentralização executiva das atividades técnicas e administrativas pertinentes ao combate ao câncer no país; assegurar suporte econômico e financeiro às instituições que integram o SICC para execução de suas atividades assistenciais; promover a execução dos planos e programas dessa área, estabelecer metas e recursos; bem como assegurar o aperfeiçoamento das instituições envolvidas (INCA, 1982)”.

A partir de 1983, todas as atividades relativas ao câncer, antes sob a coordenação da Divisão Nacional de

Doenças Crônico-Degenerativas (DNDGD), foram transferidas para o INCA. Dois novos centros foram criados: o Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO), no próprio Instituto Nacional de Câncer, quando do início de suas atividades realizava transplantes alogênicos (entre pessoas diferentes) e autólogos (de uma pessoa para si mesma) de medula óssea, atendendo a pacientes do Rio de Janeiro e demais regiões do Brasil; e o Centro de Referência para os Tumores da Infância (CENARTI), funcionando no Centro de Investigação e Treinamento em Patologia Pediátrica, no Rio de Janeiro.



Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea

Nessa linha de ação, o INCA gradativamente vai retomando seu papel como instituição central no controle do câncer no país, atuando em nível nacional por meio de programas diversos de prevenção, informação, registro e formação de recursos humanos, além da ação de assistência em seus hospitais.

Uma nova proposta de trabalho para os anos de 1983 e 1984 foi elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, com base em questionários enviados às instituições de câncer. A proposta sugeria ainda que o INCA assumisse um papel central na condução da nova política de combate ao câncer. Para tanto, fazia-se necessário que o Instituto consolidasse sua posição de centro de referência nacional. Era preciso que ele passasse por uma revisão institucional, ultrapassando seu perfil de hospital voltado para o diagnóstico e tratamento do câncer rumo ao de hospital-instituto com capacidade de acompanhar o comportamento da doença em todo o País. Dessa forma, o INCA assumiria gradativamente a responsabilidade pelo funcionamento das demais instituições, se comprometendo também com o levantamento das taxas de mortalidade e morbidade por câncer, além da elaboração de normas de procedimento para o controle da doença.

As seções do INCA

Os anos 1980 foram de grandes transformações para as várias seções do Instituto. Nessa época, eram responsáveis pela direção do INCA: Ary Frauzino Pereira (1980-1985) e Walter Roriz de Carvalho (1986-1990). O advento da co-gestão modificou sensivelmente as condições do Hospital: ampliou-se o índice de atendimento e prestação de serviços médicos; aumentou-se o número de leitos e houve uma redução nas taxas médias de permanência. No que se refere às atividades ambulatoriais, houve um aumento significativo das consultas externas e de internações cirúrgicas.

As seções de radioterapia, hemoterapia, medicina nuclear e patologia clínica tiveram após a implantação do sistema de co-gestão *um desenvolvimento dos mais ex-*

pressivos. Essas atividades passaram por um desenvolvimento técnico acentuado, sendo inteiramente reorganizadas com novos recursos humanos, equipamentos e procedimentos administrativos, além da ampliação do tempo de trabalho (Motta, 1983: 13-15).

O Serviço de Radiodiagnóstico do Instituto recebeu equipamentos modernos na área de imagenologia, aparelhos de ultra-sonografia e de tomografia computadorizada (Cabral, 2001). Foram criadas novas instâncias gerenciais, além de novos programas e serviços, como o CEMO e o CENARTI. O modelo de gestão compartilhada permitiu ao INCA desenvolver o Programa Integrado de Medicina Nuclear, Radioterapia e Atividades Afins (PIMN). Também nessa época, a Seção de Hemoterapia ampliou a unidade de Separação Celular, para apoiar o recém-inaugurado Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

O Setor de Imunossorologia adquiriu equipamentos de radioimunoensaio para o diagnóstico de vírus da hepatite B. Foi designado o Subsistema de Hemoterapia da Cidade do Rio de Janeiro, com o Serviço de Hemoterapia do INCA orientando a instalação das unidades hemoterápicas do Hospital Fernandes Figueira e do Hospital



Retirada de medula óssea para transplante no INCA.

Raphael de Paula Souza. Em 1985, o Instituto foi o primeiro no País na realização de teste para Aids em doadores de sangue e em hemoderivados (Guimarães, 2001).

O Laboratório de Anatomia Patológica ganhou grande impulso durante a chefia de Antônio Nascimento. Na área de ensino e formação de pessoal, atraiu patologistas de outros estados e, até mesmo de outros países, para treinar no Instituto Nacional do Câncer. *No meio da década de 1980, assumiu a chefia o médico Antônio Nascimento, [...] que usou todo o seu talento para o ensino e lide-*

rança, [...], para iniciar uma verdadeira revolução dos procedimentos relativos à rotina de Patologia Cirúrgica e Citopatológica, com profundos reflexos no funcionamento do INCA (Guimarães et alii, 2003).

A Seção de Medicina Nuclear, chefiada pelo médico Dauro de Sá Villela Pedras, ampliou substancialmente sua área de atuação com a incorporação de novos equipamentos e recursos humanos. É importante chamar a atenção para o fato de que a área de medicina nuclear foi organizada por meio do Programa Integrado de Medi-



Corredor do INCA

cina Nuclear (PIMN) em convênio com o Hospital dos Servidores do Estado, compartilhando recursos técnicos (Motta, 1983: 14).

A exemplo de outras seções, a de Farmácia iniciou uma nova fase. A farmacêutica Elizabeth Michiles foi convidada para integrar a equipe da Seção. Dentre os principais desafios, estavam: *1. determinar a nova política de ação da assistência farmacêutica no INCA; 2. participar de padronização de medicamentos; 3. elaborar o Manual de Padronização de Medicamentos; e 4. viabilizar o convênio com a Central de Medicamentos CEME /MS* (Pires et alii, 2002). Com a co-gestão, firma-se o convênio para a programação de medicamentos com a CEME.

No decorrer da gestão de Walter Roriz de Carvalho (1986-1990), o Instituto obteve, dentro do Projeto Brasil-Canadá, um equipamento de planejamento computadorizado para radioterapia. Nessa época, foram concluídas as obras do bloco D, exclusivo para a radioterapia.

A Seção de Urologia do INCA alcançou prestígio entre os anos de 1983 e 1995, durante a chefia do médico urologista Antônio Luiz Correia Seixas. Seus profissio-

nais foram responsáveis pela participação em vários congressos nacionais e internacionais e pela publicação de trabalhos em revistas de excelência.

Em 1987, o Programa de Oncologia (Pro-Onco) da CNCC foi institucionalizado com o objetivo de implantar ações de âmbito nacional no campo da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer. Em março de 1990, o Pro-Onco foi transferido para o INCA. No Instituto, permaneceu atuando em três áreas distintas: informação, educação e prevenção, trabalhando em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os serviços e hospitais de câncer, as universidades e setores da sociedade civil (Abreu, 1987).

Em 1989, foi estabelecido o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (PNCT). Entre os principais objetivos do Programa estavam: ações educativas para prevenção à iniciação do tabagismo e promoção de ações políticas e legislativas de regulamentação dos produtos derivados de tabaco (INCA, 2004).

A co-gestão possibilitou, ainda, uma ampliação sensível da área de produção e divulgação de conhecimentos sobre o câncer, além do investimento na formação e capacitação de especialistas nesta área. Durante a gestão de Ary Frauzino (1980-1985), a Residência Médica do Instituto foi credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, e passou a oferecer 70 vagas para as áreas de oncologia cirúrgica, oncologia clínica, radioterapia, anatomia patológica, radiologia, cirurgia plástica, anesthesiologia e cirurgia de cabeça e pescoço.

Acompanhando em detalhes as transformações por que passaram os diversos setores do Instituto, é possível constatar que suas seções ampliaram seu raio de atuação de forma acentuada, e que houve um aumento substancial dos atendimentos e da prestação de serviços médicos. Podemos concluir que a implantação da co-gestão possibilitou ao INCA fortalecer-se como espaço de atuação, transformando-se no órgão de referência e de comando das ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento da doença em todo o território nacional.

Dessa forma, o INCA chegou ao final da década de 1980 consolidando-se como um centro de referência no



Medicamentos utilizados no tratamento do câncer

tratamento e prevenção de câncer no Brasil. Não apenas em função da qualidade e quantidade de serviços prestados, mas pelo conhecimento que foi capaz de transmitir por meio da disseminação do conhecimento de seus profissionais por vários estados brasileiros. Assim, o INCA, como órgão coordenador da política nacional de prevenção e controle do câncer, deve ser entendido como um núcleo catalisador de competências científicas na

área médica. Nesse sentido, um grande número de especialistas, recrutados e treinados na instituição, firmaram-se, em todo o país e em círculos internacionais, como referências de atuação científica, preventiva e terapêutica, no campo da cancerologia. Quando têm início os anos de 1990, a Instituição já se encontrava em condições de enfrentar e responder os novos desafios decorrentes do processo de implantação da Reforma Sanitária brasileira.



Cartazes veiculados durante a década de 1990



CAPÍTULO 8

O INCA, o SUS e os desafios da saúde pública brasileira

A década de 1990 abre um período marcado por importantes significados. Iniciava-se o primeiro governo democraticamente eleito pelo voto direto nas urnas em 1989, depois de 25 anos de regime autoritário. Apesar das incertezas que a liderança de Fernando Collor de Melo acarretavam – recém chegado ao cenário político nacional – as expectativas diante de mudanças para a nova década eram grandes.

Em particular na área da saúde, a recente consagração da “saúde com um direito de todos e dever do Estado”, reconhecida na nova Constituição brasileira, permitia às lideranças deste setor apostar na possibilidade de melhorias efetivas na prestação de serviços à população brasileira. A garantia de acesso universal rompia com a lógica excludente que havia marcado a trajetória das políticas de saúde até então, e, aliada ao princípio de descentralização e unificação dos serviços, finalizava a dualidade entre medicina preventiva e medicina curativa, procurando integrar os Ministérios da Previdência Social e o Ministério da Saúde. Por outro lado, estas medidas estimulavam o debate acerca das estratégias necessárias para viabilizar a implementação dos projetos preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária.

Neste sentido duas arenas disputariam a primazia como fórum de decisão da política de saúde para o País: o Ministério da Saúde e o Congresso Nacional. No âmbito do Legislativo, uma série de medidas, leis e normas

foram votadas e aprovadas, espelhando o confronto de interesses neste campo, que envolvia cada vez mais um número diversificado de atores, como secretários estaduais e municipais de saúde, considerando o papel que passaram a desempenhar em função das propostas de descentralização dos serviços de saúde. Em particular, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, que regulamentava o SUS, e duas Normas Operacionais Básicas, de 1993 e de 1996, se destacaram como referências legislativas neste processo de normatização e regulamentação da saúde pública brasileira.

Na esfera do Executivo federal, o Ministério da Saúde (MS) veria crescer seu poder de intervenção sobre as decisões e regulamentações definidas para a saúde, em particular no decorrer do governo Fernando Henrique Cardoso, e da gestão do ministro José Serra. A partir de 1990, o MS se torna a principal arena decisória no processo de definição da política de saúde para o País, e detentor de maior poder neste processo. (Arretche, 2005: 294).

Diante desta configuração institucional, é importante compreendermos como o INCA participou desse processo, e que atribuições e responsabilidades foram-lhe delegadas tanto na esfera legislativa, como também pela política interna, pelas diretrizes internas definidas pelo MS, em acompanhamento das diretrizes políticas mais gerais definidas para a saúde. Ou seja, é importante compreender como o INCA acompanhou e sofreu as

conseqüências das disputas e dos debates realizados em torno dos desdobramentos propostos para o SUS. Que papel lhe foi atribuído nesse processo, e como se consolidou sua relação com as instâncias estaduais e municipais nesse contexto em que o debate acerca da relação intrafederativa ganhou relevância no cenário político nacional.

Não podemos portanto compreender o papel e a importância cada vez maior do INCA no âmbito da política nacional de saúde, se não compreendermos as mudanças que se puseram em curso nas relações institucionais no âmbito dos serviços de saúde. Estas mudanças passaram por três questões-chave: a incorporação por parte do Ministério da Saúde das ações de assistência médica; a redefinição das relações entre as três instâncias federativas – Governo federal, estados e municípios – e suas respectivas atribuições no âmbito das ações de saúde; e a reconfiguração da presença dos serviços privados de saúde no cenário nacional.

As ações de assistência médica, antes executadas principalmente pelo Ministério da Previdência Social, por intermédio do Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps), foram incorporadas ao MS em 1990, acarretando três anos depois a extinção do Inamps. Dessa forma, quebrou-se a lógica que vinha sendo adotada desde os anos 1960, quando a Previdência pagava aos estabelecimentos privados a ela conveniados pelos serviços de assistência médica prestados aos seus segurados. Ficaria a partir daí, o MS responsável pelas ações na área da medicina curativa, de forma universal, não restritiva. Por outro lado, essa incorporação pressupunha o repasse de recursos financeiros do MPAS para o MS, questão que se tornaria cada vez mais polêmica, em particular a partir de 1993, quando o então ministro da Previdência, Antonio Britto, suspendeu o repasse de verbas para o MS (Arretche, 2005: 298).

A questão do financiamento do SUS seria durante toda a década de 1990 um dos principais objetos de debates e propostas, com o intuito de viabilizar os princípios assegurados pela Constituição em 1988. Diretamente atrelada a esse tema, surgia a necessidade de definir quais

seriam as atribuições das esferas executivas federal, estadual e municipal, e quais as regras que normatizariam as relações entre elas. Nesse campo, situava-se também a definição sobre que modalidade de serviço seria atribuída às esferas estaduais e municipais, a quem caberiam a prestação de assistência médica hospitalar e a execução de serviços básicos de saúde, envolvendo ações de medicina preventiva.

Para atender a essas definições, as relações intrafederativas passariam assim por diversas formas de regulação, na definição de custos e responsabilidades financeiras delegadas a cada ente federativo, bem como nas responsabilidades do Governo federal com relação às regras para repasses de recursos aos estados e municípios. As duas Normas Operacionais Básicas (NOB) adotadas procurariam atender a esses objetivos. A primeira delas, a NOB 93, estabelecia parâmetros para que os estados e municípios definissem as atividades de saúde que incorporariam como suas atribuições. A NOB 96 manteve algumas diretrizes da primeira, mas adotou medidas de indução e estímulo para que estados e municípios intensificassem suas ações na área de saúde pública, e se comprometessem com investimentos na área de medicina preventiva, aumentando o repasse de recursos com esse intuito (Arretche, 2005: 302).

Acompanhando essas reformulações que procuravam fortalecer o papel do setor público na prestação de serviços de saúde, os atores com interesses constituídos na área da medicina privada investiram com sucesso em medidas que asseguraram sua autonomia e permitiram o aumento da procura pela medicina de grupo e cooperativas médicas, inseridas no que foi definido como medicina suplementar (Pereira, 1996: 443). Dessa forma, durante os anos de 1990, constatam-se o crescimento do setor privado de saúde e um gradativo afastamento das metas preconizadas pelo movimento da Reforma Sanitária.

Nesse percurso de transição institucional, o INCA fortaleceu sua presença e seu papel no processo de consolidação de serviços públicos de saúde de qualidade a toda população brasileira. Paralelamente ao crescimento do poder político do Ministério da Saúde na imple-

mentação das prioridades políticas definidas para o setor da saúde, o INCA foi também fortalecendo seu papel no interior do MS, consolidando-se como referência na definição de políticas de controle do câncer no país. Essa orientação se amparava no fato de que, apesar dos avanços na área de assistência ao câncer, as ações de diagnóstico, tratamento e prevenção não estavam alterando o perfil da mortalidade da doença no País, que continuava a atingir níveis altíssimos. Em vários estados, constituía a segunda causa de morte, superada apenas pelas doenças cardiovasculares (Koch, *et alii*, 1986).

A primeira referência legislativa nessa direção foi em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. Em seu artigo 41, o INCA foi identificado como órgão de referência no estabelecimento de parâmetros e avaliação da prestação de serviços oncológicos ao SUS. O regimento do Ministério da Saúde atribuía ao Instituto competência de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

“Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia” (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990)

Os decretos presidenciais de 1991, 1998 e 2000 reforçariam o papel do INCA como órgão responsável por assistir o Ministro da Saúde na formulação da Política Nacional e como agente condutor das ações do Ministério na prestação de serviços oncológicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A criação do SUS trouxe, portanto, desafios para as instituições vinculadas à saúde pública brasileira, quando precisaram buscar mecanismos que assegurassem a implementação de serviços públicos de qualidade, nas esferas federal, estaduais e municipais.

Em diálogo com a sociedade e seus pares no meio científico, e tendo como meta responder às demandas apresentadas pelo SUS, foi criado em 1992 o Conselho Consultivo do INCA (Consinca), responsável pela elaboração de normas para assistência oncológica, no âmbito do SUS. O Consinca era formado por entidades re-

presentativas de vários setores, entre elas: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Sociedade Brasileira de Radioterapia; Sociedade Brasileira de Cancerologia; Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica; Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica; Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica; Associação dos Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue); e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (INCA, 2004: 14).

Nesse sentido, o INCA foi bem-sucedido em suas respostas aos desafios apresentados pelo SUS no decorrer dessa década. A adesão a um projeto de universalização da prestação de serviços pressupunha que a instituição deveria se preparar para atender ao aumento da demanda por parte da população. Sua estrutura foi se tornando cada vez mais complexa, acompanhando a crescente especialização nesse campo e a ampliação da prestação de serviços médicos em sua área de atuação. Incorporou as inovações tecnológicas e apresentou intenso investimento em pesquisa, na formação profissional e na sistematização de dados estatísticos que pudessem orientar a definição de políticas para o setor, assegurando por meio dessas medidas sua consolidação institucional. Comprovou com essa trajetória a viabilidade de um serviço público de qualidade que concilia ações de prevenção e vigilância, de assistência oncológica e de ensino, pesquisa e divulgação técnico-científica, amparadas em forte projeto de desenvolvimento institucional.

A seguir apresentamos alguns eventos que se destacaram nesse percurso de uma década e que exemplificam a trajetória institucional neste período, quando o INCA definitivamente se consolida no cenário da política nacional de saúde.

Caminhos da história institucional na década de 1990

Nesse trajeto de uma década, o INCA contou com a liderança de Marcos Moraes, que ocupou o cargo de diretor-geral da instituição durante oito anos seguidos, de 1990 a 1998. Neste ano foi sucedido por Jacob Kligerman,

que permaneceu à frente do INCA até o ano de 2003. No decorrer desse período, fortaleceram-se as atribuições do Instituto como interlocutor do Ministério da Saúde na definição de políticas públicas para o controle do câncer, destacando-se entre elas as de:

“assistir ao ministro do Estado na formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Câncer; planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento das neo-plasias malignas e afecções correlatas; exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, na área de cancerologia; realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia e prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas” (INCA, 2004: 10).

As seções do Instituto viriam a ser profundamente afetadas por esse processo. Foi um momento de crescente

especialização médica, acompanhado de uma ampla e extensa diversificação de suas atividades e de novas estratégias de prevenção e controle da doença. Além disso, ampliaram-se os programas em curso e criaram-se outros voltados à detecção precoce do câncer. Ao INCA coube assumir a organização de algumas instituições como o Hospital de Oncologia (antes vinculado ao Inamps) e o Hospital Luiza Gomes de Lemos (vinculado à Fundação das Pioneiras Sociais). Ficou responsável ainda pela condução do Pro-Onco, Programa de Oncologia da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, que passou a ser dirigido pela Coordenação de Programas de Controle de Câncer do Instituto.

Houve um aumento de clientela, acompanhado pelo crescimento da capacidade técnica, pela aquisição de novos equipamentos e pela contratação de recursos humanos. Vários acordos foram assinados visando à cooperação técnico-científica na área de pesquisa e de con-



Hospital do Câncer II



Hospital do Câncer III

trole do câncer. O INCA firmou-se definitivamente como um centro de referência para o estudo e o tratamento do câncer em todo o País.

Fundação Ary Frauzino

Para apoiá-lo financeiramente, criou-se a Fundação Ary Frauzino (FAF), em 1991. A Fundação foi organizada com o intuito de apoiar o INCA em sua função de órgão normativo e executor da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer no País. Entidade filantrópica, dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira, contou entre seus fundadores com: Marco Moraes, Jayme Brandão de Marsillac, Ulpio Paulo de Miranda e Magda Cortês Rodrigues Rezende. Nas palavras de Marcos Moraes, *criamos a Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF) com o objetivo de apoiar o Instituto Nacional de Câncer em todas as suas áreas de atuação* (FAF, 2005: 7).



Os recursos administrados pela Fundação provi-nham da prestação de serviços médico-assistenciais do INCA ao SUS (que remunerava os serviços de assistência oncológica prestados pelo Instituto); de doações de pessoas físicas e empresas; e de convênios e contratos de patrocínio. Os recursos eram aplicados em projetos voltados para atividades assistenciais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer. Eram aplicados também: na formação de profissionais; em campanhas educativas; em pesquisa básica e aplicada; e na promoção e realização de eventos científicos e de divulgação de conhecimentos (FAF, 2005: 8).



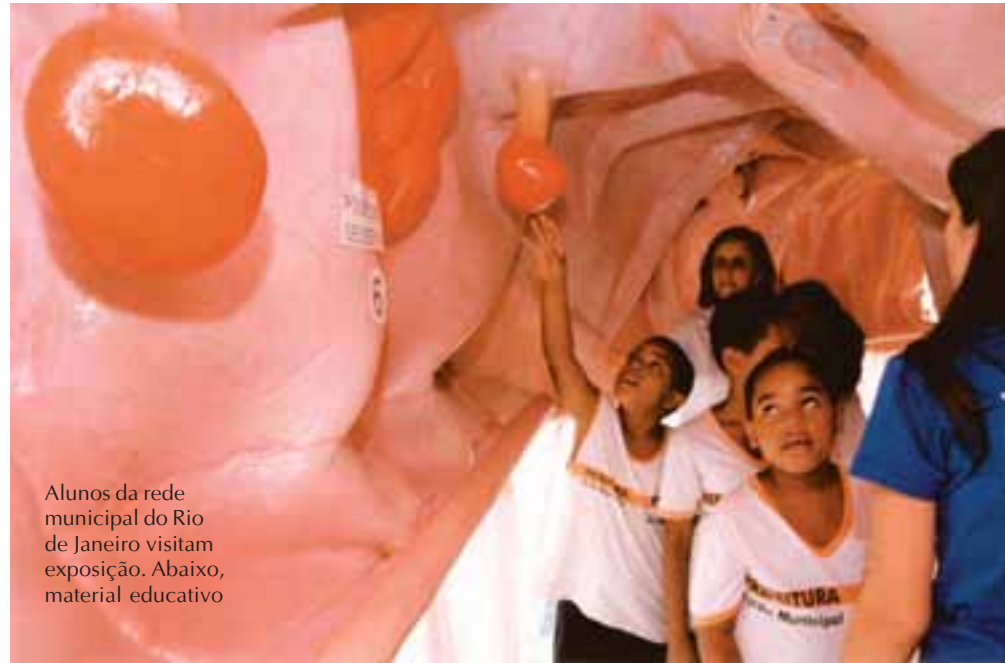
Exposição educativa.
Dia de Combate
ao Fumo 2005



Exposição educativa.
Dia de Combate
ao Fumo 2005

Oficina de Rede de Atenção Oncológica





Alunos da rede municipal do Rio de Janeiro visitam exposição. Abaixo, material educativo



O INCA como um centro especializado de ensino e pesquisa oncológica – O Pro-Onco

Outra importante inovação institucional foi a que ocorreu no Programa de Oncologia (Pro-Onco), que havia sido criado em 1986, subordinado à estrutura técnico-administrativa da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC). Em 1991, com a nova Lei Orgânica da Saúde que havia sido aprovada em 1990, o Ministério da Saúde passou por mudanças internas e a CNCC foi desativada. Novos organogramas foram aprovados para o INCA, e o Pro-Onco foi transferido para o Instituto, com a denominação de Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Barreto, 2005).

O objetivo era estruturar um serviço de abrangência nacional voltado para as ações de prevenção e diagnós-

tico precoce da doença. Entre os muitos problemas enfrentados estava o da inexistência de informações confiáveis e abrangentes sobre a incidência do câncer no Brasil. Duas linhas básicas de trabalho guiaram a atuação do Pro-Onco: a educação e a informação sobre o câncer.

Na área da educação, a atuação estava voltada especificamente para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer no colo uterino, na mama feminina, na boca e na próstata, por estarem entre os de maior incidência no país. Várias campanhas educativas foram organizadas, incentivando às mulheres para a prática do auto-exame das mamas e realização de exames ginecológicos. Entre as ações nessa área, destaca-se o programa Viva Mulher – Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero –, que se voltava para todas as mulheres brasileiras entre

148

Faça auto-exame mensal. Após os 40 anos, faça mamografia regularmente.

O CÂNCER DE MAMA TEM CURA. QUANDO DETECTADO NO INÍCIO, O ÍNDICE DE SUCESSO COM O TRATAMENTO É SUPERIOR A 90%. QUASE SEMPRE NÃO É PRECISO RETIRAR TODA A MAMA, E SIM APENAS PARTE DELA. MAS, SE ISTO FOR NECESSÁRIO, A RECONSTRUÇÃO IMEDIATA POR MEIO DE CIRURGIA PLÁSTICA OFERECE EXCELENTES RESULTADOS.

O CÂNCER DE MAMA TEM CURA. MAS VOCÊ TEM QUE FAZER A SUA PARTE.

PREVINA-SE. SE VOCÊ TEM IDADE SUPERIOR A 30 ANOS FAÇA O AUTO-EXAME MENSALMENTE E TENHA SUAS MAMAS EXAMINADAS POR MÉDICOS OU ENFERMEIROS UMA VEZ POR ANO. A PARTIR DE 40 ANOS FAÇA MAMOGRAFIA REGULARMENTE.

Como fazer o auto-exame:



- 1 • Em pé, em frente ao espelho. Observe o bico dos seios, a superfície e o contorno das mamas.
- 2 • Em pé, em frente ao espelho, levante os braços. Observe se com o movimento aparecem alterações de contorno e superfície das mamas.
- 3 • Deitada, a mão direita palpata a mama esquerda. Faça movimentos circulares suaves apertando levemente com as pontas dos dedos.
- 4 • Deitada, a mão esquerda palpata a mama direita. Repita deste lado movimentos circulares apertando levemente com as pontas dos dedos.

AS MULHERES QUE MENSTRUAM DEVEM FAZER O EXAME DE PREFERÊNCIA NA SEMANA SEGUINTE À MENSTRUAÇÃO. SE ENCONTRAR UM CARDOÇO OU QUALQUER ALTERAÇÃO PROCURE IMEDIATAMENTE UM MÉDICO.

**Aos 50,
você
já tem
quase
tudo.**

**Mas
não
precisa
ter
câncer
de
próstata.**

Coordenação de Programas de Controle de Câncer - PROSONEC
Avenida Secretária 37 (34) - Bloco B - 1ª Andar
CEP: 20040-510 Curitiba - Rio de Janeiro RJ - Brasil
Tel.: (021) 204 4000 Fax: (021) 2049207

INCA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASIL

CÂNCER DE BOCA

**ABRA
A
BOCA
E ABRA
OS OLHOS**

PREVINA-SE FAZENDO O AUTO-EXAME

INCA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministério da Saúde

LEMBRE ALGUÉM.

É HORA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO. PARA MULHERES DE 35 A 49 ANOS QUE NUNCA FIZERAM O EXAME.

Red Ribbon is a symbol of awareness for cervical cancer. It is a red ribbon that is worn around the wrist. It is a symbol of awareness for cervical cancer. It is a red ribbon that is worn around the wrist. It is a symbol of awareness for cervical cancer. It is a red ribbon that is worn around the wrist.

Campanhas publicitárias

35 e 49 anos de idade. A divulgação dos fatores de risco e dos mecanismos de prevenção era feita de forma permanente, por meio de campanhas e dos agentes sanitários. O Programa tinha como meta tentar reduzir em até 50% a incidência deste tipo de câncer (Abreu, 1997). O objetivo era prestar um serviço rápido e eficiente, informando as mulheres e incentivando-as a se submeterem aos exames preconizados na prevenção e detecção da doença. As propagandas enfocavam a importância da detecção precoce como um meio eficaz para a cura: “*A cura é possível. Conhecer é necessário*”. Em 1999, o Programa contou com a assessoria do Cancer Care International, da Fundação Ontário, no Canadá. Nesse mesmo ano, foi criado o Conselho de Bioética (ConBio-INCA), responsável por discutir, no contexto da política sanitária brasileira, as questões morais e filosóficas da assistência oncológica, a fim de orientar a adoção de medidas de prevenção e atendimento médico-hospitalar (INCA 2002: 22).

O trabalho desenvolvido pelo Pro-Onco recebia apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde e dos serviços e hospitais de câncer. Nesse aspecto, as estratégias institucionais adotadas por esse setor do INCA acompanhavam as preocupações e diretrizes destacadas no âmbito da política nacional de saúde, quando procuravam estabelecer articulações com os governos estaduais e municipais. Estabelecia-se, assim, um trabalho de parceria entre um órgão federal e as instâncias executivas locais.

A informação sobre o câncer também recebeu atenção especial do Pro-Onco. Em 1991, o Brasil passou a contar com cinco Registros de Câncer de Base Populacional, sendo um em cada região brasileira: Belém, Fortaleza, Campinas, Goiânia e Porto Alegre. Em 1997, já eram 11 os Registros de Câncer instalados no País: Belém, Recife, Fortaleza, Natal, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas, Goiânia, Curitiba e Porto Alegre. Com isso, gradativamente constituía-se uma rede de comunicação e sistematização de informações para subsidiar as políticas tanto no âmbito nacional como regional. O Pro-Onco foi responsável ainda pela publicação de dois importantes trabalhos: (1) *Câncer no Brasil: dados dos re-*

gistros de câncer de base populacional e (2) *Estimativas de incidência e mortalidade no Brasil* (Abreu, 1997).

Para dar subsídios a essa estratégia de ação institucional, o Pro-Onco desenvolvia, desde o início de suas atividades em 1986, programas de formação e capacitação de profissionais de nível médio. No decorrer da década de 1990, essas atividades se concentraram na formação de registradores, que inicialmente era itinerante, passando, a partir de 1994, a ser um curso regular, ministrado todos os anos. Além disso, manteve-se o curso de formação de citotécnicos, que, com duração de um ano e em regime de tempo integral, formava cerca de 30



Registro Hospitalar de Câncer, 1993



Atual sede da CONPREV

profissionais por ano. Atualmente esse curso é voltado para qualificação de profissionais de vários estados do País, capacitando-os a atuar no Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero.

Em 1998, já na gestão de Jacob Kligerman, o Pro-Onco passaria por nova reformulação institucional. A Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (Contapp) e o Pro-Onco foram transformados em uma única coordenação responsável pela prevenção do câncer – a Conprev e os serviços assistenciais nas unidades hospitalares foram unificados.

Outras Seções

Os anos 1990 foram importantes também para outras seções do INCA.

O Serviço de Hemoterapia alcançou grande desenvolvimento tecnológico nas áreas de Imuno-Hematologia, Imunossorologia, Fracionamento de Sangue e Aférese. Passou a abrigar um Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, para a oferta de células precursoras de medula óssea (Guimarães *et alii*, 2001).

A prevenção do câncer no calendário anual

31 de maio: Dia Mundial sem Tabaco

29 de agosto: Dia Nacional de Combate ao Fumo

27 de novembro: Dia Nacional de Combate ao Câncer

Campanhas educativas



O INCA E O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

A Seção de Medicina Nuclear foi transferida para o 3º andar do Instituto, ganhando acomodações maiores e novos aparelhos cintilográficos, aumentando o número de exames (Antonucci e Guimarães, 2002).

A Seção de Farmácia, que havia sido inaugurada em 1961, a partir de 1992, passou por uma reforma importante, quando contratou novos farmacêuticos e técnicos, com o objetivo de: *implantação do Sistema de Dispensa de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU); racionalização do uso de medicamentos; informatização dos serviços prestados; e incentivo ao processo de implantação da melhoria de qualidade dos medicamentos e correlatos comprados pelo INCA* (Guimarães et alii., 2002: 617-621).



Os Hospitais de Câncer II e III e a unificação da Mastologia no INCA

Em 1992, com a reformulação orientada pela Lei Orgânica da Saúde que criou o SUS, os Hospitais de Oncologia e o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, respectivamente, Hospital do Câncer II e Hospital do Câncer III, foram incorporados ao Instituto. Após a incorporação, o atendimento – cirúrgico e quimioterápico – da mulher com câncer de mama passou para o Hospital do Câncer III e as atividades de ginecologia foram concentradas no Hospital do Câncer II. *A unificação teve como objetivo reduzir os gastos operacionais e obter um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais, o*

que gerou maior produtividade e qualidade dos serviços prestados pelo Instituto (Guinarães et alii, 2002: 138). Com a incorporação das instituições, o INCA passou a contar com mais duas seções de Mastologia, além da existente no Hospital do Câncer I.

O Hospital do Câncer II foi construído em terreno doado por Getúlio Vargas para o Instituto Brasileiro de Oncologia. O prédio, com sete andares, foi inaugurado em 1967 e incorporado ao Inamps. Após sua integração ao INCA, passou a ser unidade assistencial que concentrava as atividades do Serviço de Ginecologia Oncológica da instituição. O Hospital do Câncer III dedicava-se exclusivamente ao tratamento do câncer de mama e apa-



Vista do INCA III

relho genital. Construído em 1956, o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, atendia somente a casos de câncer feminino e dispunha de consultórios ginecológicos, laboratórios de citologia e histopatologia e da Escola de Citopatologia, para formação de citotecnologistas. Em 1977, foi construído, anexo ao Centro Luiza Gomes, o Hospital Santa Rita, para tratamento de câncer ginecológico, que também foi incorporado ao INCA (Guimarães *et alii*, 2002: 135-138).

Desde a gestão de Marcos Moraes vinha-se lutando pela unificação das seções de Mastologia das três unidades médico-hospitalares. Porém, a unificação só ocorreu em 1999, por determinação de Jacob Kligerman, concentrando todo o atendimento cirúrgico e quimioterápico da mulher com câncer de mama no Hospital Luiza Gomes de Lemos, que se transformou em um dos maiores centros de tratamento desse tumor. A parceria com os Hospitais do Câncer I e III teve impacto positivo. Em pouco tempo conseguiu-se reduzir o intervalo entre a matrícula e o início do tratamento.

Em 1998, foi inaugurado o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico – uma unidade hospitalar dedicada exclusivamente aos cuidados paliativos –, sendo essa a primeira de uma série de ações internas de reorganização do Instituto, com o objetivo de tornar a prática da cancerologia mais associada à oferta equilibrada dos serviços prestados à população.

No ano seguinte, o Programa de Qualidade em Radio-terapia (PQRT) foi inaugurado. O objetivo era estender o Programa a todos os serviços de radioterapia que prestavam atendimento ao SUS, fazendo com que o tratamento radioterápico fosse aplicado em conformidade com os padrões internacionais de qualidade e segurança. Por ter obtido significativos resultados, o PQRT foi incluído entre os Programas Nacionais do INCA (INCA, 2004: 65).

Em 2003, uma crise administrativa deixa as Unidades Assistenciais do Instituto parcialmente desabastecidas. A mobilização de diretores e funcionários do INCA e a rápida interferência do Ministério da Saúde

restabelecem a normalidade no atendimento aos pacientes, mas resultam em mudanças nos processos gerenciais. Sob a direção de José Gomes Temporão (2003-2005), o Instituto estabelece um modelo de gestão mais participativo, baseado nos princípios da ética, transparência e responsabilidade social, comprometido com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade, integralidade e descentralização, e, em especial, acesso aos serviços.

Durante a gestão de José Gomes Temporão no INCA foram implantados os projetos “Expande”, “Humanização” e “Acreditação Hospitalar”. Outros avanços foram a criação do Banco Nacional de Tumores e DNA e o lançamento da Campanha de Doação de Medula Óssea em todo o território nacional, que, em apenas um ano, duplicou o número de cadastramentos no Registro de Doadores de Medula Óssea (Redome). Estimulou a colaboração com outras instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, a Anvisa, o Instituto Adolfo Lutz, a Unicamp, a USP, a School of Hygiene and Public Health, da Universidade Johns Hopkins, a Organização Mundial da Saúde, a União Internacional contra o Câncer, a Fundação Swiss Bridge, entre outras.

A expansão da assistência oncológica – os Projetos Expande, Acreditação Hospitalar e Humanização

Uma das atribuições do INCA é a reorganização da assistência oncológica no Brasil. O Projeto Expande foi lançado em 2000, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de expandir a capacidade de serviços oncológicos do Sistema Único de Saúde e garantir para toda a população assistência oncológica integral de qualidade. O Ministério da Saúde publicou a portaria 3.535, que regulamentou o Projeto Expande e atribuiu ao INCA sua coordenação. O Projeto consolidou-se durante a gestão de José Gomes Temporão. Com esse fim, planejou-se a criação de centros de oncologia em hospitais gerais – os já conhecidos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) –, para a expansão da oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de

cuidados paliativos em áreas geográficas antes sem cobertura para a população local.

No Rio de Janeiro, um dos maiores pólos da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a assistência oncológica se dá no âmbito dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, dos serviços isolados de quimioterapia (PQQT) e dos serviços isolados de radioterapia (PQRT). Os Cacon são hospitais gerais, vinculados ao SUS, que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à atenção integral ao paciente com câncer, desde o seu diagnóstico até os cuidados paliativos. Em 2003, foram implantados em Minas Gerais (Divinópolis e Montes Claros), Rio de Janeiro/RJ (duas unidades), Tocantins (Araguaína), Rio Grande do Sul (Ijuí) e Bahia (Itabuna). Em 2004, havia mais quatro unidades em processo de implantação nos municípios de Maceió, Brasília, Belém e Rio Branco. Para o período 2004-2007, a meta era estabelecer pelo menos mais oito unidades no Maranhão (São Luiz e Imperatriz), no Pará (Tucuruí) e outros estados brasileiros. O Programa dava prioridade às regiões onde a assistência oncológica não estava disponível ou era insuficiente e inadequada (INCA, 2004).

O Projeto Expande inaugurou uma nova forma de assistência oncológica, fortalecendo, por um lado, o modelo de atenção integral ao paciente de câncer, concentrando os serviços em uma mesma estrutura organizacional e, por outro, contribuindo para o crescimento dessa rede de assistência a partir de critérios epidemiológicos e de cobertura. Ao mesmo tempo em que amplia o atendimento à população, contribui para a capacitação de profissionais. O processo de implantação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, mobiliza recursos do INCA e do Ministério da Saúde. Ao INCA cabe a assessoria técnica à Coordenação de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e às Secretarias de Saúde, além do credenciamento e acompanhamento das atividades dos Cacon inaugurados.

O Projeto Acreditação Hospitalar tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos à população e colocar à disposição de médicos e funcioná-

As transformações do INCA e a prestação de serviços médico-hospitalares ao SUS

“A capacidade instalada do INCA é inteiramente destinada ao SUS, em plena consonância com o artigo 41 da Lei nº 8.080/1990, que regulamenta a responsabilidade legal do Instituto de parâmetro da prestação de serviços oncológicos a esse Sistema e da importância estratégica que isso representa para o Brasil. Nos últimos anos, o perfil assistencial dos três hospitais do INCA foi sendo gradualmente ajustado a essas necessidades, que implicam um atendimento integrado e padronizado de serviços oncológicos.

Em 2002, o INCA concluiu as mudanças estruturais e operacionais promovidas em seus três Hospitais do Câncer (HC I, HC II e HC III), que resultaram na fusão de serviços duplicados ou triplicados; na racionalização e normalização de processos; na documentação das rotinas assistenciais; na organização e divulgação de 24 condutas diagnóstico-terapêuticas; e na aplicação de indicadores de atendimento e de qualidade. Nesse processo, foram fundamentais a informatização do Instituto e a avaliação comparativa da gestão.

A evolução do perfil dos pacientes atendidos nos três hospitais do INCA (de apenas 26,9% de pacientes com tumores malignos em 1992 para 75% em 2002) demonstra o quanto esses hospitais cumpriam o papel de unidades assistenciais gerais no início da década passada. Com a progressiva utilização da capacidade médico-hospitalar instalada para a real vocação e destinação dessas unidades, não só corrigiu-se essa distorção, aumentando a frequência dos casos de câncer aqui atendidos, mas principalmente reorientaram-se os critérios de atendimento às finalidades e responsabilidades do Instituto frente ao SUS.

Por outro lado, essas alterações tiveram impacto direto na produção hospitalar do Instituto. Com a redefinição do perfil do paciente atendido no INCA, nos últimos anos, reduziu-se, por exemplo, o número de matrículas, mas com aumento do número de procedimentos. Os dados, a seguir, são apresentados por unidade assistencial” (INCA, 2002: 35).

rios dos hospitais um ambiente seguro e agradável para se trabalhar, de acordo com as normas do Consórcio Brasileiro de Acreditação.

O projeto Humanização, vinculado à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, busca a qualidade de vida dos pacientes e não apenas a ausência da doença. No Hospital do Câncer IV, vários setores foram reformulados com o intuito de adaptar a unidade aos padrões de um hospital exclusivamente voltado aos cuidados paliativos (INCA, 2005).

Área de Ensino Médico

No decorrer dos anos 1990, a área de ensino ganhou mais visibilidade e amplitude. O Programa de Ensino em Oncologia aumentou significativamente a oferta de cursos nas áreas de enfermagem, grandes áreas da saúde e ensino técnico. O programa de residência médica compreende 13 áreas de especialização, são elas: anesthesiologia; cirurgia de cabeça e pescoço; cirurgia plástica; hematologia e hemoterapia; mastologia; medicina intensiva; medicina nuclear; cancerologia clínica; cancerologia cirúrgica; oncologia cirúrgica/ginecologia/mastologia; patologia; radiologia; e radioterapia. As grandes áreas da saúde abrangem oito categorias profissionais: estoma-

tologia; farmácia; física médica; fisioterapia; nutrição; patologia clínica; psicologia e serviço social.

O ensino de enfermagem é um dos mais procurados do INCA. Oferece vários cursos, entre eles: Programa de Residência em Enfermagem Oncológica; Enfermagem Oncológica; Assistência de Enfermagem em Radioterapia; Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos; Assistência de Enfermagem em Tumores Ginecológicos etc. O ensino da cancerologia nos cursos de graduação, especialização e aperfeiçoamento em enfermagem vem se constituindo em fator estratégico para ampliação do controle da doença no País. O INCA forma ainda Técnico em Citologia, Histologia, Patologia e Radiologia. (INCA, 2004)

156



Tratamento quimioterápico no INCA



Cartaz comemorativo da criação da residência médica no INCA

Estratégias institucionais nos registros de doadores de medula óssea – política solidária

Criado em 1983, o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) é um dos mais importantes e atuantes do País no tratamento de doenças do sangue, como a anemia aplástica e as leucemias. Cabe ao INCA, por meio da coordenação técnica do CEMO, sediar o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome), o Registro de Receptores de Medula Óssea (Rereme) e o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP). Na gestão de José Gomes Temporão, o CEMO comemorou

20 anos de atuação, dando início a uma nova política nacional de transplante de medula óssea (TMO). As medidas determinaram mudanças não só no acesso ao sistema de armazenamento de dados sobre exames e busca por doadores, mas no tocante ao aumento da oferta de leitos e do Registro de Doadores. Em 2004, foi lançada a Campanha Nacional de Captação de Doadores de Medula Óssea. Praticamente quintuplicou-se o número de doadores em determinadas regiões do País.

Neste mesmo ano, realizou-se o primeiro transplante de medula óssea com sangue de cordão umbilical, pro-

20 Anos do 1º Transplante de Medula Óssea - CEMO/INCA
8 de novembro de 2004

PÚBLICO-ALVO
Profissionais da Área de Transplante

LOCAL
Instituto Nacional de Câncer
Avenida Moacyr Souto, 515
Praça Cruz Vermelha, 23 - 8º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

PALESTRANTES

INTERNACIONAIS

- Dra. Mary E. Flowers
- Dr. Martin Koröls
- Dr. Pablo Rubinstein

NACIONAIS

- Dr. Wellington M. Azeredo
- Equipe do CEMO

INFORMAÇÕES
Centro de Estudos do HCT/INCA
Praça Cruz Vermelha, 23 / 8º andar
Centro, RJ - Tel: (0xx21) 2506-6152
E-mail: biblioteca@inca.gov.br
Site INCA: www.inca.gov.br

INSCRIÇÕES
De 16 a 29 de outubro de 2004
Site do INCA: www.inca.gov.br
Vagas Limitadas: 250

Logos: OMS, Bagó (Pró e Bem do Brasil), INCA

Cartaz alusivo ao aniversário de 20 anos do primeiro transplante de medula óssea realizado pelo CEMO

veniente do Banco de Sangue do INCA. Em maio de 2005, foi inaugurado o Banco Nacional de Tumores e DNA, com o intuito de reunir informações necessárias para a elaboração do perfil genético da população brasileira, possi-



Enfermaria do Hospital do Câncer I

bilitando estudos voltados ao aprimoramento do diagnóstico e do tratamento do câncer. Espera-se com isso que, nas próximas décadas, seja possível definir terapias individualizadas, a partir de características regionais e étnicas de cada paciente, aumentando a eficiência no tratamento (INCA, 2004).

Essas foram algumas das referências que espelham a trajetória institucional do INCA e suas transformações internas. O Instituto chegou assim ao início do novo século assegurando sua vocação pública para liderar as ações nesse campo em constante mudança. Os desafios, entretanto, se tornam cada vez mais complexos e se diversificam. Acompanhando as diretrizes mestras indicadas no SUS, o problema da inclusão e da garantia de acesso da população aos serviços vinculados ao tratamento e prevenção do câncer permanece como questão a ser enfrentada. Só que nesse novo contexto se deslocam para a necessidade de expansão dessas ações para outras regiões do País, pois elas continuam concentradas nos grandes centros urbanos. A consolidação de ações descentralizadas e a intensificação de políticas focais e específicas se apresentam como os novos desafios deste novo século que se inicia. Acompanhando sua trajetória histórica, podemos acreditar que o INCA apresenta condições de enfrentá-las com competência e sucesso e que permanecerá reafirmando seu protagonismo na política de controle do câncer no País, com certeza, com muito sucesso.

“O INCA foi reconhecido em 2002 como instituição de referência mundial no controle do câncer. Na publicação *Programas nacionais de controle do câncer – políticas e diretrizes gerenciais*, lançada durante o 18º Congresso Internacional de Câncer da UICC – Union Internationale contre le Cancer, realizado em Oslo, a OMS considerou o Programa de Controle de Câncer do Brasil um dos cinco melhores das Américas”. (INCA, 2002: 31)



Ações educativas no atendimento pediátrico do INCA



Brinquedoteca do INCA I

Linha do tempo

1900-1910 – Progressivo aumento do número de comunicações e artigos sobre o câncer na Academia Nacional de Medicina.

1911 – O periódico médico *Archivos Brasileiros de Medicina* passa a publicar a “seção permanente do cancro” dirigida pelo médico Álvaro Ramos. Primeiro espaço editorial voltado exclusivamente para artigos sobre o tema.

1919 – Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Surgimento da primeira instância de saúde pública direcionada ao câncer: a Inspetoria da Lepra, Doenças Venéreas e Câncer.

1922 – Inauguração do Instituto do Radium de Belo Horizonte.

1929 – Inauguração do Instituto de Câncer Dr. Arnaldo, em São Paulo.

1929 – A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro organiza a Semana do Câncer. O evento foi realizado entre 4 e 10 de novembro em conjunto com a Academia Nacional de Medicina e congregou um grande número de médicos interessados na doença.

1930 – Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

1935 – I Congresso de Câncer no Rio de Janeiro. Surgimento das primeiras propostas para a organização de uma rede de atuação nacional contra o câncer.

1937 – Reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, embrião do que viria a ser o INCA

1938 – Inauguração do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, no Hospital Estácio de Sá.

1941 – Criação do Serviço Nacional de Câncer.

1944 – Aprovação do estatuto do SNC. O Centro de Cancerologia é transformado em Instituto de Câncer. Estrutura do SNC: Instituto de Câncer; Seção de Organização e Controle e Seção Administrativa. Diretor do Instituto: Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho.

1946 – O SNC passa a funcionar no Hospital Gaffrée Guinle.

1953 – Criação do Ministério da Saúde.

1954 – Mario Kroeff deixa o SNC, sendo substituído por Alberto Coutinho

1957 – Inauguração do prédio do Instituto de Câncer na praça da Cruz Vermelha.

1961 – Reconhecimento oficial do Instituto Nacional do Câncer pelo Decreto nº 50.251 de 1961.

1968 – Inauguração oficial da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

1969 – O INCA é cedido à Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, saindo da órbita do Ministério da Saúde.

1970 – O SNC passa a ser denominado de Divisão Nacional do Câncer. Decreto nº 66.523.

1971 – Recondição do INCA ao Ministério da Saúde. Lei nº 5.734 de 16/11/1971.

1978 – A Divisão Nacional do Câncer é extinta, sendo criada a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDGD), que compunha a Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNEPS).

1980 – O INCA passa a ser gerido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Assistência e Previdência Social.

1983 – A Portaria nº 92 transfere para o INCA as atividades até então exercidas pela DNDGD.

1986 – Criação da Semana Nacional de Combate ao Fumo.

1987 – Criação do Projeto de Integração Docente-Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC), que objetivava instituir a cadeira de cancerologia nas universidades públicas e privadas do País.

1988 – Criação do Dia Nacional de Combate ao Câncer.

1988 – Criação do Serviço Terapêutico Oncológico, renomeado para Hospital do Câncer IV em 2004.

1991 – Criação do Pró-Onco, Coordenação de Programas de Controle do Câncer.

1991 – Incorporação do Hospital de Oncologia ao INCA.

1991 – Novo regimento do Ministério da Saúde, que passou a atribuir ao INCA a função de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. O regimento foi mantido pelos decretos de 1998 e 2000.

1991 – Criação da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF), entidade filantrópica de direito privado, que presta assistência social e é dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira.

1992 – Criação do Conselho Consultivo do INCA (Consinca), responsável pela elaboração de normas para assistência oncológica, no âmbito do SUS, por meio de conceitos e processos discutidos em reuniões semanais.

1992 – Incorporação dos Hospitais de Oncologia e do Centro de Ginecologia Luiza Gomes de Lemos (1992), respectivamente, Hospital do Câncer II e Hospital do Câncer III.

1993 – Criação da casa Ronald McDonald, através de parceria entre o INCA, o McDonald's e a AACN.

1996 – Criação do Programa Viva Mulher, voltado para a prevenção e controle do câncer do colo do útero

1998 – 17º Congresso Mundial de Câncer, promovido pela União Internacional contra o Câncer (UICC), no Rio de Janeiro, nos dias 23 a 28 de agosto.

1999 – Criação do Conselho de Bioética (ConBio-INCA), que discute, no contexto da política sanitária brasileira, as questões morais e filosóficas da assistência oncológica, a fim de orientar a adoção de medidas de prevenção e atendimento médico-hospitalar.

2003 – Crise político-administrativa do INCA.

2003 – Início do processo de gestão participativa e compartilhada do INCA

2004 – Lançamento da Campanha Nacional de Doação de Medula Óssea

2005 – Inauguração do Banco Nacional de Tumores

Referências Bibliográficas

SITES

<http://www.curie.fr/>
<http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
<http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2078.html>
<http://www.icavc.com.br/>
<http://www.mariokroeff.org.br/>
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ConstituicaoConstitui%C3%A7ao.htm
<http://www.sbhm.org.br/>

DEPOIMENTOS ORAIS*

Entrevista: Adayr Eiras de Araújo, realizada em 27/02/1985
 Entrevista: Dr. Jorge Marsillac, realizada em 14/01/1985
 Entrevista: Ary Frauzino Pereira, 30/01/1985
 Entrevista: Osolando Júrice Machado, realizada em 26/01/1985
 Entrevista: Nildo Eimar de Almeida Aguiar, realizada em 06/02/1985
 Entrevista: Edmur Flávio Pastorello, realizada em 16/01/1985
 Entrevista: D. Ligia Pratini de Moraes, realizada em 30/01/1985
 Entrevista: Carmem Prudente, realizada em 26/12/1985
 Entrevista: José Monteiro de Castro dos Santos, realizada em 28/01/1985
 Entrevista: Luiz de Oliveira Neves, realizada em 14/02/1985
 Entrevista: João Carlos Cabral, realizada em 13/02/1985
 Entrevista: Edelberto Luiz da Silva – consultor jurídico do Ministério da Saúde, sd.

FONTES PRIMÁRIAS**Academia Nacional de Medicina**

– PASTAS DE TITULARES DA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
 MARIO KROEFF
 KROEFF, Mario. Discurso de posse na Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, 18 de julho de 1940.
 ALBERTO LIMA DE MORAES COUTINHO
 COUTINHO, Alberto Lima de Moraes. Discurso de posse na Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, 7 de novembro de 1957.
 COUTINHO, Alberto Lima de Moraes. Projeto de lei para a instituição obrigatória da prevenção do câncer ginecológico no Brasil. Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1973.

Biblioteca Nacional – Periódicos

JORNAL DO BRASIL - 25/05/1969 a 05/06/1969

Leis, Decretos e documentos oficiais

BRASIL. DECRETO nº 1.146, de outubro de 1936. Considera o Instituto de Câncer Dr. Arnaldo de utilidade pública.

BRASIL DECRETO nº 1.100, de 30 de maio de 1962. Cria o Comitê de Ensino de Cancerologia.
 BRASIL. ATOS DO PODER EXECUTIVO. Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública a que se refere o Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923.
 BRASIL. Decreto-Lei nº 3.643, de 2 de setembro de 1941. Cria o Serviço Nacional de Câncer
 BRASIL. DECRETO nº 1.5971, de 04 de julho de 1944. Aprova o regulamento do Serviço Nacional de Câncer, do Departamento Nacional de Saúde.
 BRASIL. DECRETO nº 1.6297 de 29 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.
 BRASIL. DECRETO nº 19.923, de 27 de abril de 1931.
 BRASIL. DECRETO nº 24.814, de 14 de julho de 1934.
 BRASIL. DECRETO nº 26.313, de 04 de fevereiro de 1949, Altera o regulamento do Serviço Nacional do Câncer.
 BRASIL. DECRETO nº 4.625, de 31 de dezembro de 1922.
 BRASIL. DECRETO nº 4.374, de 15 de junho de 1942.
 BRASIL. DECRETO nº 5.519, de 15 de agosto de 1928.
 BRASIL. DECRETO nº 8.824, de 24 de janeiro de 1946. Doação pela Prefeitura do Distrito Federal de uma sede ao Serviço Nacional do Câncer.
 BRASIL. DECRETO nº 9.388, de 13 de maio de 1942.
 BRASIL. DECRETO nº 50.251, de 1961. Reconhece oficialmente o Instituto Nacional do Câncer.
 BRASIL. DECRETO nº 61.9688, de 22 de dezembro de 1967. Institui a Campanha Nacional de Combate ao Câncer.
 BRASIL. DECRETO-LEI nº 200, de 25/02/1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal.
 BRASIL. DECRETO-LEI nº 773, de 20 de agosto de 1969. Cria a Federação de Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara (FEFIEG).
 BRASIL. DECRETO nº 65.253 de 01/10/1969. Cria a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).
 BRASIL. DECRETO nº 66.623, de 1970. Transforma o Serviço Nacional do Câncer em Divisão Nacional do Câncer.
 MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1990.
 MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1991.
 MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1992.
 MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1993.
 MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1994.
 MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1995.

* Todos os depoimentos citados foram produzidos para o projeto “História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil”, coordenado por Regina Cele Andrade Bodstein, realizado na ENSP/Fiocruz entre 1985 e 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1996.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1997.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1998.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 1999.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2000.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2001.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2002.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2003.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2004.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2005.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Relatório anual. 2006.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Evaldo de. Pro-Onco 10 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 43 nº 4, out/nov/dez 1997.
ALMEIDA, Marta de. “Da Cordilheira dos Andes a Isla de Cuba, passando pelo Brasil: os congressos médicos latino americanos e brasileiros (1888-1929)” Tese de doutorado do Programa de História Social da FFLHC da USP. São Paulo, 2003.
ARAÚJO, Adayr Eiras. O ensino de cancerologia. *O Hospital*. v.75, ano 1, janeiro 1969.
ARAÚJO, Adayr Eiras e MARSILLAC, Jorge. Reforma Administrativa do Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Câncer. Planejamento, março 1969.
ARAÚJO, Adayr Eiras. Política da Luta contra o Câncer no Brasil. *Arquivo de Oncologia*, nº1, v. 9, 1968.
ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia T; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio; SUAREZ, Julio Manuel (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz / OPAS/OMS, 2005, pp. 285-306.
AZEVEDO, Sérgio Lima de Barros. A luta contra o câncer na França e na Alemanha. In: KROEFF, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Documentário do Serviço Nacional de Câncer, 1947, pp. 35-38.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 51, v. 3, 2005, pp. 267-275.
BARRETO, João de Barros. Serviço Nacional de Câncer. *Arquivos de Higiene*, ano 13, nº1. abril 1943.
BARRETO, João de Barros. Projeto de luta anti-cancerosa no Brasil in: *Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v. 1, 1936, pp. 83-204.
BARRETO, João de Barros. Serviço Nacional de Câncer. *Arquivos de Higiene*, ano 12, nº 1, abril 1942.
BODSTEIN, Regina. (coord.) *História e Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.
BRAGA José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Góes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
O BRAZIL-MEDICO: REVISTA SEMANAL DE MEDICINA E CIRURGIA. Notas e Informações. Ano 43, nº 44, 1929, p.1345.
O BRAZIL-MEDICO: REVISTA SEMANAL DE MEDICINA E CIRURGIA. Editoriais. 29/01/1921.
CAPANEMA, Gustavo. Exposição de motivos do Sr. Ministro da Educação e Saúde ao Decreto-Lei nº 3.643 de 2 de setembro de 1941, que cria o Serviço Nacional de Câncer. In: KROEFF, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Documentário do Serviço Nacional de Câncer, 1947, p. 117.
CARVALHO, Alexandre Octavio Ribeiro de. O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil. Dissertação de mestrado profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Política e Bens Culturais da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de e FARIA, Lina. O ensino de saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. v. 4, nº 2, Setembro 2006, p. 291-324.
CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*. Universidade Federal de Santa Catarina, nº40, jan/jul 2002, pp. 137-182.
CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. A reforma sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados: Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 36, nº 3, 1993, pp. 361-392.
CAVALCANTE, Patrícia Barreto; OLIVEIRA, Denise de; PEREIRA, Claudenizia de e FONTES, Emanuela Cândido. O câncer e a questão da exclusão no âmbito da política de saúde. Comunicação

- apresentada ao VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 16, 18 de setembro de 2004.
- CAVALCANTE, Arthur de. Luta contra o Câncer: memória de higiene e demografia apresentada ao sexto Congresso Médico Latino Americano (Havana, 1922). *Archivos Brasileiros de Medicina*. Outubro de 1922, pp. 723-745.
- CHAGAS, Carlos. Inauguração do Instituto de Rádium em Bello Horizonte: Discurso pronunciado pelo Dr. Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 7 de setembro de 1922. Rio de Janeiro, s.n, 1922.
- CLARK, Oscar. O Câncer será raro no Brasil?. *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, ano 35, v. 2, nº 6, agosto de 1921, pp. 65-67.
- CLARK, Oscar. *O que deve saber o prático sobre tumores malignos?* Rio de Janeiro. 1921.
- CLARK, Oscar. Raio x e Câncer do Útero: a Técnica de Erlangen. *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, ano 35, v. 2, nº 5, julho de 1921, pp. 39-41.
- COSTA JUNIOR, Antonio F. da. Curieterapia: lesões pré-cancerosas, diversos casos tratados, casos curados. *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, ano 35, v. 2, nº 12, outubro de 1921, pp. 164-166.
- COUTINHO, Alberto Lima de Moraes. A educação na luta contra o câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro: v. 14, nº 17, dezembro de 1957.
- ESCOREL, Sarah. *Saúde pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2000.
- ESCOREL, Sarah.; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia T; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio; SUAREZ, Julio Manuel (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz / OPAS/OMS, 2005, pp. 83-119.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.
- ESTATUTOS DA LIGA BRASILEIRA CONTRA O CÂNCER. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v. 2, 1936,
- ESTATUTOS DA LIGA PAULISTA DE COMBATE AO CÂNCER. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v.2, 1936,
- FARIAS, Roberval Cordeiro. O Serviço Nacional de Câncer. *Arquivos de Higiene*. Ano 16. v. 1.
- FONSECA, Cristina M. O. As Campanhas Sanitárias e o Ministério da Saúde 1953-1990. In: BENCHIMOL, Jaime. (Org.). *Febre Amarela: A Doença e a Vacina, uma História Inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas . Dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz. 2007.
- FRAUZINO, Ary. 'Novos Tempos' (Editorial). *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº1, v. 29, set.1984, pp. 4-5.
- GARRAFA, Volnei e ROSA, Lauro Nunes da. Câncer da boca no Brasil: um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 25, nº2, 1975.
- GRAÇA, Firmino Von Dollinger. *Lições sobre o câncer*. Ed. Guanabara, 1945.
- GRAÇA, Firmino Von Dollinger. O estado atual da therapeutica do câncer. Trabalho apresentado ao 10º Congresso Brasileiro de Medicina, reunido por ocasião da Comemoração do 1º centenário da Academia Nacional de Medicina. *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, ano 43, nº 45, Rio de Janeiro, 9 de novembro de 1929. pp. 1358-1362.
- GUIMARÃES, Antonio de Palma. *Arnaldo Vieira de Carvalho, biografia e crítica*. São Paulo, sd.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva e ANTONUCCI, Jane Benatti. A história da medicina nuclear no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 48. v. 3. 2002.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva e CUNHA, Edson Toscano. A história da cirurgia torácica no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº47. v. 3. 2001.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva e GUIZZARDI, Miguel Fernando. A história da radioterapia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 43. v. 6. 2000.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva e MELLO, Eduardo L. Riello de. História da cirurgia abdomino-pélvica no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 49, v. 3. 2003.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva, AZEVEDO, José Guido de e GUADAGNINO, Maria da Conceição Muniz. História da hemoterapia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 47. v. 1. 2001.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva, FERMAN, Sima Esther e GONÇALVES, Alberto Ribeiro. A história da oncologia pediátrica no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº48. v. 2. 2002.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva, FIALHO, Francisco e ZARDO, Lucilia. A história da patologia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 49. v. 3. 2003.

- GUIMARÃES, Darcy da Silva, KOGUT, José e LEAL, Paulo R. Albuquerque. História da cirurgia plástica no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº46. v. 4. 2000.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva, OLIVEIRA JR, Amarino Carvalho de e CABRAL, João Carlos. História do radiodiagnóstico no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 47, v. 2. 2001.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva, PAIVA, Sérgio Ré, SOARES, João Luiz Campos e CARMO, Pedro Aurelio. A história da mastologia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº48. v. 1. 2002.
- GUIMARÃES, Darcy da Silva, PIRES, João Martins Dias e CARVALHO, Iva Nolasco. A história da farmácia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº48. v. 4. 2002.
- GUIMARÃES, Ugo Pinheiro. Discurso proferido na inauguração da nova sede do Instituto de Câncer em 23 de agosto de 1957. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.15nº18, 1958.
- GUIMARÃES, Ugo Pinheiro. Organização e execução da luta anti-cancerosa no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.16,nº19, junho de 1959.
- GURGEL, Nascimento. “Estudo do Câncer” in: *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, nº 8, ano 28, 1914, p. 208.
- HALFELD, Guilherme. Um pouco da vida de Borges da Costa. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, nº2, 1952, pp. 110-113.
- HELLER, John H. The American New of Câncer Control – Delivered at the Seventh International Cancer Congress. – London – July 7, 1958 – U. S. Department of Health, Education and Welfare.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- IMAULT-HUART, Marie-Joseph. História do cancro. In: LE GOFF, Jacques. *A doença tem história*. Lisboa: Terramar; 1991.
- JUNQUEIRA, Antonio Carlos Campos. Câncer e charlatanismo. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 21, nº 30, dezembro 1965.
- KEYSSER, Franz *Die Elektrochirurgie*. Leipzig: Fischers Medizinische Buchhandlung 1931.
- KROEFF, Mario. História da luta contra o câncer no país – Pioneiros – Evolução da Cirurgia Brasileira. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 14, nº2, fev. 1968.
- KROEFF, Mario. *Imagens do meu Rio Grande*. sl, 1971.
- KROEFF, Mario. O papel da electro-cirurgia numa campanha anti-cancerosa. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v. 1, 1936, 205-210.
- KROEFF, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Documentário do Serviço Nacional de Câncer, 1947.
- KROEFF, Mario. Serviço Nacional de Câncer. *Arquivos de Higiene*, ano 17, nº 3-4, set-dez. 1947.
- KROEFF, Mario. *Tratamento do Câncer pela Eletro-cirurgia*. Rio de Janeiro, sl, 1936.
- KROEFF, Mario. *Tratamento do Câncer pela Eletro-cirurgia*. Rio de Janeiro, sl, 1936.
- LIMA, Heitor Cirne. IV Jornada Brasileira de Cancerologia. Inauguração da sala professor Prudente. 18 de outubro de 1965. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 30, v. 21, dez 1965.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira e HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Org.). *Saúde e Democracia - História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz / OPAS/OMS, 2005, p. 27-58.
- LIMA, Nísia T; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio; SUAREZ, Julio Manuel (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz/OPAS/OMS, 2005.
- LÖWY, Ilana. *Cancer de chercheurs cancer de cliniciens: trajectoire d'une innovation thérapeutique*. Paris: Editions des archives contemporaines, 2002.
- MACHADO, Orsolano. Seguintos do paciente de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 29, v.21, dezembro 1965.
- MAGALHÃES, Fernando. Luta contra o câncer. *Congresso Nacional dos Práticos. Publicações científicas*. 1923, pp. 231-237.
- MARSILLAC, Jorge de. Finalidades e fundamento das clínicas de prevenção e diagnóstico do câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 17, nº 21, 1960, pp. 5-50.
- MARSILLAC, Jorge de. A luta contra o câncer no Brasil. *Arquivos de Oncologia*. Salvador, nº1, v. 18, 1967.
- MARSILLAC, Jorge de. Aplicação precipitada e desastrosa da reforma administrativa no Instituto Nacional de Câncer. In: Anais da Câmara dos Deputados. Brasília: Câmara dos Deputados, v. 20, out. 1971, pp. 422-431.
- MARSILLAC, Jorge de. Notas sobre o câncer como problema de saúde pública. Arquivo de Oncologia, nº1, v. IX, 1968.
- MARSILLAC, Jorge de. O Instituto Nacional de Câncer no seu XXX aniversário 1938-1968. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE – DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE – SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER, 30 anos de atividade do Instituto Nacional de Câncer – XXX aniversário – 1938-1968, Rio de Janeiro, Brasil, 1968.

- MARSILLAC, Jorge de. O ensino de cancerologia (histórico e execução no Brasil). In: MARSILLAC, Jayme de Brandão; ROCHA, Antônio Fernando Gonçalves. *Cancerologia: Conceitos atuais*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1980, pp. 411-415.
- MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1977.
- MENECUCCI, Telma M. G. A Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, Gilberto, MARQUES, Eduardo e ARRETCHE, Marta, *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, pp. 303-325.
- MERHY, Emerson e QUEIROZ Marcos. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE – SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER, 30 anos de atividade do Instituto Nacional de Câncer – XXX aniversário – 1938-1968, Rio de Janeiro, Brasil, 1968.
- MIRRA, Antonio Pedro. Epidemiologia do câncer no Brasil. Registros de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 30, v.21, dez 1965.
- MIRRA, Antonio Pedro. Registros de câncer: importância e problemática. Registros de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, nº 30, v.21, dez 1965.
- MOTA, Paulo Roberto. A co-gestão no Instituto Nacional de Câncer: Uma análise administrativa. *Cadernos EBAP*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1983.
- NEVES, Luiz e SILVANY FILHO, A. M. Displasias mamárias. *Arquivos de Oncologia*, v.II, nº 1, 1966.
- OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek de. *Programa de saúde do candidato Juscelino Kubitschek*. Ministério da Saúde. Distrito Federal: DENRU, 1957.
- PEREIRA, Carlos, A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, v. 39, nº3, 1996.
- PINELL, Patrice. *Naissance d'un fléau . histoire de la lutte contre le cancer em France 1890-1940*. Paris : Métailié ; 1992.
- PORTER, Roy. Le Dix-huitième siècle. In: CONRAD, Lawrence I; NEVE, Michael; NUTTON, Vivian; WEAR, Andrew e PORTER, Roy. *Histoire de la lutte contre la maladie: la tradition médicale occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières*. Paris: Institut Synthélabo pour Progrès de la Connaissance, pp. 381-494.
- PORTER, Roy. *The Greatest Benefit to mankind: a medical history of humanity*. New York: W. W. Norton & Company, 1999.
- PORTUGAL, Olympio. A luta anticancerosa em São Paulo. *Anais do I Congresso Brasileiro do Câncer*. Rio de Janeiro, 1936, pp. 211-20.
- PORTUGAL, Olympio. O problema do câncer. *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, ano XXIV, nº4, 22 de janeiro de 1910, pp. 34-36
- PRUDENTE, Antonio. Câncer: problema de saúde pública: controle do câncer em sentido integral. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 39, nº3, março 1960.
- PRUDENTE, Antonio. Discurso pronunciado pelo professor Antonio Prudente durante as comemorações do 10º aniversário do Instituto Cultural. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 21, nº30, dezembro 1965.
- PRUDENTE, Antonio. *O câncer precisa ser combatido*. Calvino Filho, 1943.
- PRUDENTE, Antonio. *O Câncer*. Biblioteca do Médico Prático, v. I, São Paulo: Calvino Filho Editora, 1939.
- RABELLO, Eduardo. Aspecto social do problema do câncer. Conferência realizada no II Congresso de Higiene, reunido em Belo Horizonte em dezembro de 1924. In: KROEFF, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Documentário do Serviço Nacional de Câncer, 1947, pp. 11-3.
- RABELLO, Eduardo. Luta contra o câncer – papel do Departamento de Saúde – pré-câncer de pele. Indicações da biópsia, exeresse cirúrgica e do radium (comunicação à Academia Nacional de Medicina). *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro; ano XII; 1922, p. 723-741.
- RAMOS, Álvaro. Secção Permanente do Cancro. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro. Ano I, nº1, pp.31-39, 1911.
- REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Edição especial dedicada à inauguração do Instituto Nacional de Câncer. nº 18, v. 15. ago 1958.
- REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Mesa-redonda sobre câncer, realizada no *Diário Carioca*. “A organização da Fundação Laureano”. nº 4, v. 7, jan\jun, 1951.
- ROESTER, Ivo. Discurso do Dr. Ivo Roester saudando os congressistas na sessão solene de abertura da jornada, no dia 6/10/63, no auditório do Banco do Brasil. *Arquivos de Oncologia*. Vol. VI, nº1, 1965.
- SALLES, Pedro. Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, nº 17, 1966, pp. 54-63.
- SANGLARD, Gisele Porto. Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e as práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940. Tese de doutoramento apresentada ao PPGHCS da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2005.

- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. A Pós Revolução Brasileira In: JAGUARIBE, Helio et al *Brasil, Sociedade Democrática*, 1985. Rio de Janeiro, José Olympio Editora, pp. 223-335.
- SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER. Fumo e Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. V. 20, nº 28, out. 1964.
- SILVA, Moacyr Santos. Discurso proferido no encerramento da III Jornada Brasileira de Cancerologia pelo Dr. Moacyr Santos Silva. *Arquivos de Oncologia*, v. VI, nº 1, 1965.
- SODRÉ, Antônio Augusto de Azevedo. Frequência do câncer no Brasil. *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, ano XVIII, nº 23, 15 de junho de 1905, pp. 229-232.
- SODRÉ, Antônio Augusto de Azevedo. O câncer tem cura? *O Brazil-Medico: Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, editoriais. 29/01/1921, p.70.

REFERÊNCIA DAS IMAGENS

Capítulo 1

- Página 14 • LYONS, A.S. e PETRUCELLI, R.J. "Medicine: an illustrated history". Abradalle Express.1987.
- Página 15 • PORTER, Roy. "The Cambridge Illustrated History of Medicine". Cambridge. 1996.
- Página 16 • IMBAULT-HUART, Marie José. Histoire du cancer. *L'Histoire*. Paris: SES, nº 74, 1984, pp. 74-77.
- Página 18 • LYONS, A.S. e PETRUCELLI, R.J. "Medicine: an illustrated history". Abradalle Express.1987.
- Página 19 • LYONS, A.S. e PETRUCELLI, R.J. "Medicine: an illustrated history". Abradalle Express.1987
- Página 20 • PORTER, Roy. "The Cambridge Illustrated History of Medicine". Cambridge. 1996.
- Página 21 • PORTER, Roy. "The Cambridge Illustrated History of Medicine". Cambridge. 1996.
- Página 21 • PORTER, Roy. "The Cambridge Illustrated History of Medicine". Cambridge. 1996.
- Página 22 • www.scielo.br/img/fbpe/rb/v34n4/11242f1.jpg.
- Página 23 • Centro de Memória da Eletricidade no Brasil. "A vida cotidiana no Brasil moderno". Fundação casa de Rui Barbosa. Rio de Janeiro, 2001.

Capítulo 2

- Página 25 • Acervo COC/ FIOCRUZ.
- Página 26 • Acervo COC/ FIOCRUZ.
- Página 28 • Acervo Academia Nacional de Medicina.
- Página 34 • Fotografia de Luiz Antonio Teixeira
- Página 35 • Acervo Instituto Radiun (BH). Reprodução fotográfica: Luiz Antonio Teixeira

- Página 35 • Acervo Instituto Radiun (BH). Reprodução fotográfica: Luiz Antonio Teixeira
- Página 36 • Nataline, G e Amaral, J. L. G. Quatrocentos e cinquenta anos de história da medicina paulista. São Paulo: Imprensa Oficial, 2004.
- Página 39 • Acervo COC/ FIOCRUZ

Capítulo 3

- Página 41 • Academia Nacional de Medicina
- Página 42 • Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro
- Página 43 • Acervo Família Kroeff
- Página 44 • Acervo Família Kroeff
- Página 45 • Acervo Academia Nacional de Medicina, pasta Ugo Pinheiro Guimarães
- Página 46 • Acervo Família Kroeff
- Página 48 • Acervo Fundação Getúlio Vargas
- Página 49 • Acervo Academia Nacional de Medicina. Reprodução fotográfica: Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno
- Página 50 • Acervo Fundação Getúlio Vargas
- Página 51 • Acervo Fundação Getúlio Vargas
- Página 53 • Acervo Família Kroeff

Capítulo 4

- Página 58 • Acervo Família Kroeff
- Página 59 • Acervo Família Kroeff
- Página 60 • Acervo Família Kroeff
- Página 61 • Acervo Família Kroeff
- Página 62 • Acervo Família Kroeff
- Página 63 • Acervo Família Kroeff
- Página 65 • Acervo Família Kroeff
- Página 67 • Acervo Família Kroeff
- Página 68 • Acervo Família Kroeff
- Página 69 • Acervo Família Kroeff
- Página 70 • Acervo Família Kroeff
- Página 70 • Acervo Família Kroeff
- Página 71 • Acervo Família Kroeff
- Página 71 • Acervo Família Kroeff
- Página 71 • Acervo Família Kroeff

Capítulo 5

- Página 76 • Acervo Família Kroeff
- Página 79 • Acervo Academia Nacional de Medicina
- Página 83 • Acervo Academia Nacional de Medicina. Reprodução fotográfica: Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno.

Página 84 • <http://www.hlaureano.org.br/fundacao.php>

Página 84 • Acervo COC/ FIOCRUZ

Página 86 • Acervo Família Kroeff

Página 88 • Acervo Família Kroeff

Página 90 • Acervo Agência O Globo

Página 90 • Acervo Agência O Globo

Página 91 • Acervo Família Kroeff

Página 91 • Acervo Família Kroeff

Página 93 • Acervo CEMEMOR. Reprodução fotográfica: Adília Maria Teixeira da Silva

Página 93 • Acervo CEMEMOR. Reprodução fotográfica: Adília Maria Teixeira da Silva

Página 94 • Acervo família Kroeff

Página 95 • Acervo família Kroeff

Página 96 • Acervo família Kroeff

Página 97 • Acervo família Kroeff

Página 98 • Acervo família Kroeff

Página 98 • Acervo família Kroeff

Página 99 • Acervo família Kroeff

Página 101 • Acervo família Kroeff

Capítulo 6

Página 104 • Acervo Agência O Globo

Página 106 • Acervo Família Kroeff

Página 107 • <http://www.guaratuba.com.br>

Página 109 • Acervo Agência O Globo

Página 110 • Acervo Agência O Globo

Página 111 • Acervo Agência O Globo

Página 112 • Acervo Agência O Globo

Página 114 • Acervo Agência O Globo

Página 116 • PCRJ. Reprodução

Página 120 • Acervo Academia Nacional de Medicina. Reprodução fotográfica: Manuela Costa

Página 121 • Acervo da Academia Nacional de Medicina

Página 122 • Acervo Academia Nacional de Medicina. Reprodução fotográfica: Manuela Costa

Página 123 • Acervo da Academia Fluminense de Medicina

Página 125 • Acervo Agência O Globo

Capítulo 7

Página 128 • Acervo RADIS/ FIOCRUZ

Página 131 • <http://www.senado.gov.br>

Página 132 • Acervo Academia Nacional de Medicina. Reprodução fotográfica: Roberto de Jesus e Vinícius Pequeno

Página 133 • Acervo Agência O Globo

Página 134 • Acervo Agência O Globo

Página 135 • Acervo Agência O Globo

Página 136 • Acervo Agência O Globo

Página 137 • Banco de Imagens do INCA

Página 138 • Banco de Imagens do INCA

Página 139 • Acervo INCA

Página 139 • Acervo INCA

Capítulo 8

Página 144 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinícius Pequeno

Página 144 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinícius Pequeno

Página 145 • Banco de Imagens do INCA

Página 146 • Banco de Imagens do INCA

Página 146 • Banco de Imagens do INCA

Página 146 • Banco de Imagens do INCA

Página 147 • Banco de Imagens do INCA

Página 147 • Banco de Imagens do INCA

Página 148 • Banco de Imagens do INCA

Página 149 • Banco de Imagens do INCA

Página 149 • Banco de Imagens do INCA

Página 149 • Banco de Imagens do INCA

Página 150 • Acervo Academia Nacional de Medicina. Reprodução fotográfica: Roberto de Jesus e Vinícius Pequeno

Página 151 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinícius Pequeno

Página 151 • Banco de Imagens do INCA

Página 151 • Banco de Imagens do INCA

Página 152 • Banco de Imagens do INCA

Página 152 • Banco de Imagens do INCA

Página 152 • Banco de Imagens do INCA

Página 153 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno

Página 156 • Acervo INCA

Página 156 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno

Página 157 • Acervo INCA

Página 158 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno

Página 158 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno

Página 159 • Fotografia Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno



PROFISSIONAL DE SAÚDE, VOCÊ TEM MILHÕES DE MOTIVOS PARA PARTICIPAR.
 É HORA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO, PARA MULHERES DE 35 A 49 ANOS QUE NUNCA FIZERAM O EXAME.

Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, De 35 Anos a 49 Anos.



INCA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

**O CÂNCER
TE DÁ
MEDO?**



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Declare seu amor
por você mesma.**



Aprenda a prevenir
o câncer de colo do útero.

Câncer de Mama



MINISTÉRIO DA SAÚDE



O que eles vendem não é o que você leva



Cigarras faz mal até na propaganda



SEU MELHOR AMIGO
(antes das 10 horas & depois das 4)



A CIGARRA PODE ESTAR EM SUAS MÃOS



Formato:
25 x 26 cm

Tipologia:
miolo e capa
Stone Serif
Swis 721 Cn Bt
Optima

Papel:
Couchê matt 150 g/m²

Tiragem:
4.000 exemplares

CTP, Impressão e acabamento:
Gráfica Esdeva

Rio de Janeiro, novembro de 2007.

